



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№7/2012



Грипп и острые
респираторные
инфекции у детей

Экологический
паспорт ДОУ

Лечение ожогов
и ран народными
средствами

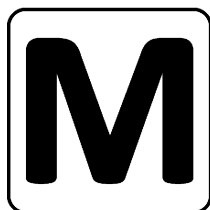
Готовность
к обучению
детей 6 и 7 лет

«Здоровые ножки»:
вечерняя гимнастика



ГОСТЬ НОМЕРА:

Надежда
Николаевна
ГРЕБНЕВА



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№ 7/2012



Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553, 36804 (в комплекте)

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

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

Содержание

Редакционный совет	3
Индекс	4
Колонка редактора	5
Гость номера <i>Н.Н. Гребнева</i>	6

ГИГИЕНА

Здоровье дошкольника

Турбасова Н.В., Плотникова М.В.

Физическое развитие детей 3—6 лет 10

Факторы окружающей среды

Гулида М.А., Сошкина А.С.

Экологический паспорт ДОУ 16

Оздоровительная работа

Малярчук Н.Н., Вешкурцева Е.В.

Направления здоровьеразвивающей деятельности
в дошкольном учреждении 27

Куркова Н.И., Малярчук Н.Н.

Возможности использования энергизаторов
в дошкольном образовании 34

ПЕДИАТРИЯ

Инфекционные и паразитарные заболевания

Базарова М.В.

Грипп и острые респираторные инфекции у детей 38

Неотложка

Парамонов Б.А.

Средства народной медицины при лечении ожогов и ран.... 45

Реабилитация

Экки Л.М.

Социальная адаптация и физическая реабилитация детей
с нарушениями опорно-двигательного аппарата 54

ПЕДАГОГИКА

Физическое воспитание

Мишко Т.П.

Физкультурно-оздоровительная работа в ДОУ 58

Развитие ребенка

Бакиева Н.З., Гребнева Н.Н.

Готовность к обучению детей 6 и 7 лет 61

Психологическая помощь

Боброва К.В.

Интеграция детей с особыми образовательными
потребностями в группу детей с нормой развития 70

Коррекционная работа

Гребнева Н.Н., Бакиева Н.З.

Развитие мелкой моторики у детей 5 лет как средства
коррекции нарушений речи 77

Глухих Т.А., Фатеева Н.М.

Звукопроизношение и его коррекция у детей
с псевдобульбарной дизартрией при адаптации
к обучению 83

Педагогическая копилка

Блинова С.В.

«Здоровые ножки»: вечерняя гимнастика 87

АКТУАЛЬНО

Нормативные документы

Федеральный закон от 28.07.2012 № 139-ФЗ

«О внесении изменений в Федеральный закон «О защите
детей от информации, причиняющей вред их здоровью
и развитию» и отдельные законодательные акты
Российской Федерации» 90

Приказ Минздравсоцразвития и Минобрнауки России
от 11.03.2012 № 213н/178 «Об утверждении методических
рекомендаций по организации питания обучающихся
и воспитанников образовательных учреждений» 100

Приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 № 51н
«Об утверждении Национального календаря профилактических
прививок и календаря профилактических прививок
по эпидемическим показаниям 111

Книжная полка 37, 89, 125

А знаете ли вы? 9, 15, 88

Памятка авторам 126

Как подписаться 127

Анонс 128

Редакционный совет журнала «Медработник ДОУ»

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

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

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

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

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 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).

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 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).

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

Редакционная коллегия

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

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

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

Степанова Ольга Алексеевна — канд. пед. наук, доцент, член-корреспондент Академии профессионального образования, ведущий научный сотрудник ГБНУ города Москвы «Научно-исследовательский институт развития профессионального образования», 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

ГКУЗ Инфекционная клиническая больница № 1 Департамента Москвы, Москва 38	МБ С(К)ОУ С(К) начальная школа — детский сад для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата № 82, г. Тюмень 54
МАДОУ д/с № 50, г. Тюмень ... 27, 34	МДОУ ЦРР — д/с № 63, г. Томск 58
МБДОУ ЦРР — д/с № 7, г. Калачинск Омской обл. 16	Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург 45
МБДОУ № 66 «Детский сад общеразвивающего вида с приоритетным осуществлением деятельности по физическому направлению развития детей “Радость”, г. Норильск 87	ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет», г. Тюмень 6, 10, 27, 34, 61, 77, 83
МБДОУ ЦРР — д/с № 502, г. Новосибирск 70	
Базарова Марина Викторовна 38	Малярчук
Бакиева Наиля Загитовна 61, 77	Наталья Николаевна 27, 34
Блинова Светлана Васильевна ... 87	Мишко Татьяна Петровна 58
Боброва Клавдия Васильевна ... 70	Парамонов Борис Алексеевич ... 45
Вешкурцева	Плотникова
Екатерина Викторовна 27	Марина Васильевна 10
Глухих Татьяна Анатольевна 83	Сошкина Анна Сергеевна 16
Гребнева	Турбасова
Надежда Николаевна 6, 61, 77	Наталья Вячеславовна 10
Гулида Марина Анатольевна 16	Фатеева Надежда Михайловна ... 83
Куркова Наталья Ильинична 34	Экки Любовь Михайловна 54

Уважаемые коллеги!

В течение всего года не умолкали страсти по вопросам организации питания в образовательных учреждениях. В обсуждении активно принимали участие и родители, и руководители образовательных учреждений, и представители Роспотребнадзора, и ученые. И есть о чем спорить. Около 18 млн детей питаются в организованных коллективах. В сентябре в Московском государственном университете пищевых производств прошел Международный форум по проблемам организации питания детей, подростков и молодежи в образовательных учреждениях «Здоровые дети — здоровая страна!», в котором приняли участие более 300 делегатов со всех регионов Российской Федерации и семи иностранных государств. Его инициатором выступило Общероссийское общество защиты прав потребителей образовательных услуг (ОЗППОУ). По мнению участников форума, некачественная еда — одна из причин роста заболеваемости среди детей. По данным Роспотребнадзора, к первой группе здоровья относятся всего 22% наших детей. Отклонения же имеют более половины. Тревожно уже то, что в последнее время в структуре заболеваемости детей увеличивается доля заболеваний органов пищеварения (по данным медицинского университета им. Н.И. Пирогова, у старших школьников они уже занимают второе место).

Эксперты ОЗППОУ проверили более 2,5 тыс. пищеблоков детских учреждений. Результаты печальны: лишь несколько из них удовлетворяют требованиям санитарных правил и норм. Институт отраслевого питания в рамках мониторинга также провел серию проверок. Главная причина ухудшения школьного питания — стремление производителей к экономии. Из рациона в первую очередь изымаются дорогостоящие фрукты и мясо и заменяются более дешевыми продуктами. Кроме того, невысока и эффективность использования денежных средств, выделяемых на питание.

По итогам работы форума были выработаны предложения и рекомендации о совершенствовании организации питания детей в образовательных учреждениях для направления в органы государственной власти Российской Федерации. По мнению участников, необходимо: закрепить среднесуточный набор пищевых продуктов и хотя бы минимальные нормативы их финансирования на федеральном уровне; ввести жесточайший государственный и общественный контроль за поставками продуктов и приготовлением пищи; вернуть Роспотребнадзору право систематических проверок предприятий детского питания; срочно изменить систему контрактов на этот вид деятельности (контракты должны стать более долгосрочными, а главное — отказаться от дешевизны поставляемой продукции как главного условия победы в конкурсе).

Надеемся, что работа форума окажется эффективной, предложения и рекомендации его участников будут приняты, одобрены и воплощены в жизнь. Время покажет...

Главный редактор журнала Л.В. Макарова

Гость номера

Гребнева Надежда Николаевна

*д-р биол. наук, профессор, заведующий кафедрой
медико-биологических дисциплин и безопасности
жизнедеятельности, почетный работник высшего
профессионального образования РФ, ФГБОУ ВПО
«Тюменский государственный университет», г. Тюмень*

Проблема сохранения здоровья детей

По данным Минобрнауки России, число здоровых выпускников общеобразовательных учреждений сократилось до 10%. Несмотря на все усилия медиков не прекращает расти общая заболеваемость детей. Подобные данные приводятся и на многочисленных научно-практических конференциях разного уровня.

Состояние детского здоровья отражает сопряженная изменчивость морфофункциональных параметров организма на разных этапах онтогенеза. Каждому возрастному периоду свойственны свои особенности организации физиологических систем и их реактивности. Для контроля и своевременного выявления групп риска по отклонениям и нарушениям здоровья необходимо осуществление массовых исследований его основных индикаторов — показателей физического и психофизиологического развития, состояния гомеостатических систем, адаптационных возможностей организма с уче-

том индивидуальных особенностей развития и постоянным мониторингом этих показателей. Полученная информация позволит не только правильно разрабатывать профилактические и оздоровительные мероприятия, но и оценивать эффективность проводимой экологической, здравоохранительной и образовательной политики. Подобные исследования признаны приоритетными в программах Минобрнауки и Минздравсоцразвития РФ, Российской академии образования.

Однако в настоящее время отсутствует значимая интеграция органов здравоохранения и образования, нет специалистов с комплексными знаниями в области физиологии и медицины, педагогики и психологии. Потребность в таких специалистах связана с необходимостью просвещения населения и профилактической работы, начинать которую следует с дошкольного возраста: в семьях, ДОУ.

Установлено, что весомый вклад в сохранении здоровья

принадлежит поведенческим факторам: режиму труда и отдыха, взаимоотношениям в семье, условиям и образу жизни, поэтому совершенно недостаточна та роль, которая отводится педагогам в сохранении и укреплении здоровья детей [1].

На состояние здоровья влияет множество самых разнообразных факторов (социально-экономические условия, экологическая обстановка, климатогеографические особенности региона, школьное обучение и др.). Поэтому проблема оздоровления считается междисциплинарной, требующей консолидации усилий всего общества. Среди негативных факторов весомую долю составляют особенности организации деятельности обучающихся в образовательных учреждениях. Научными исследованиями показано, что традиционная организация школьного обучения не только не бережет здоровье детей, но приводит к его ухудшению. Раннее начало обучения, введение многочисленных инновационных технологий не меняют ситуацию, так как зачастую инновации сводятся к введению дополнительных предметов, новой системы оценок успеваемости, новых учебников, повышению требований к учащимся [2; 3]. При этом во многих разработках здоровьесбережения акцент ставится лишь на физическом здоровье. Между тем общеизвестно определение

здоровья, данное ВОЗ, где здоровье трактуется как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов.

В сложившихся условиях любая инновационная технология образования должна включать в себя здоровьесберегающие компоненты. Необходимо не только вводить отдельные программы, ориентированные на охрану здоровья детей, но и определять здоровьесберегающие свойства любой новой педагогической технологии в качестве критерия ее принятия [4; 5].

При этом здоровье должно рассматриваться как комплексное, многогранное явление, включающее в себя физические, психические и личностные компоненты. Общий основополагающий принцип всех ориентированных на здоровье технологий образования — *адаптация обучения к индивидуальным особенностям учащихся, а не наоборот*. Это означает необходимость построения учебно-воспитательного процесса с учетом системного строения ВПФ человека, в соответствии с закономерностями их становления в онтогенезе и с учетом индивидуальных особенностей развития каждого ребенка. Такие знания дает комплекс медико-биологических дисциплин, входящих в федеральный компонент учебных планов всех педагогических специальностей: возрастная анатомия и

физиология, основы медицинских знаний, безопасность жизнедеятельности, а для некоторых специальностей — нейрофизиология, физиология высшей нервной (психической) деятельности, нейропсихология. Но таких знаний не дают учебные планы и программы других специальностей и направлений: филологов, историков, математиков, физиков, географов, экономистов и т.д., где введены дисциплины «педагогика» и «психология», но полностью отсутствуют естественнонаучные дисциплины, в которых даются знания о физиологических закономерностях и особенностях возрастного развития главного «объекта» образовательно-воспитательного процесса — ребенка.

Многолетний опыт нашей работы показывает, что даже в условиях большого города имеет место крайне низкая осведомленность педагогов и родителей в сфере возрастной физиологии и психофизиологии, недостаточна компетентность педагогов при учете индивидуальных различий учащихся. Обучение по-прежнему остается не ориентированным на конкретного ребенка, а здоровье как приоритет образования только декларируется. На практике индивидуальный подход, ориентация на поощрение ребенка встречаются не часто, поэтому обучение, особенно школьное, относится к факторам риска развития нервно-психической и соматической патологии у детей. Для преодоления этой ситуации необходимо повышение «физиологической грамотности» всех участников образо-

вательного процесса, внедрение образовательно-диагностических технологий, направленных на диагностику и коррекцию состояния своего здоровья.

В последние годы наблюдалось увлечение прикладными исследованиями, в том числе в области возрастной физиологии и психологии, при этом недостаточное внимание уделялось изучению динамики процессов роста, развития и созревания ребенка, их изменчивости во времени (секулярного тренда) и в условиях дошкольных образовательных учреждений. В связи с этим в настоящее время практически отсутствуют современные региональные нормативы физиологических и психофизиологических показателей, из-за этого затруднены правильная оценка и прогнозирование состояния здоровья детей. Оценка проводится либо по устаревшим нормативам или нормативам, полученным для других регионов страны. У современных детей уже в начале обучения имеются от 3 до 5 диагнозов (нарушение осанки, кариес, задержка развития речи, ночной энурез и т.д.), при этом они отнесены в группу «практически здоров».

Проведение исследований ростовых процессов и созревания функциональных структур в индивидуальном возрастном развитии детей и подростков с учетом психофизиологических, этнических особенностей, в том числе в аспекте изучения эпохальных сдвигов в развитии челове-

ка, которые активно проводятся сотрудниками кафедры медико-биологических дисциплин и безопасности жизнедеятельности ТГУ, не только расширяют научные представления о формировании детского организма в гипои дискомфортных условиях окружающей среды, но и вносят вклад в дальнейшую разработку фундаментального знания — теорию адаптации. А полученные фактические результаты служат основой для создания новых региональных нормативов роста и развития детей.

Литература

1. Казин Э.М., Блинова Н.Г., Литвинова Н.А. Основы индивидуально-го здоровья человека. М., 2000.

2. Безруких М.М., Сонькин В.Д. Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения. Метод. рекомендации. М., 2002.

3. Гребнева Н.Н. Эколого-физиологический портрет современных детей и подростков в условиях Тюменской области. Монография. Тюмень, 2006.

4. Султанова А.С. Нейропсихологические аспекты разработки инновационных здоровьесберегающих технологий в системе образования // Мат-лы Всероссийской науч.-практ. конф. «Здоровая образовательная среда — здоровое поколение». Тюмень, 2009.

5. Шквирина О.И. Мониторинг физического развития школьников как критерий адаптации к образовательной среде / Мат-лы международной науч. конф. «Физиология развития человека». М., 2009.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Есть медленно полезно

Привычка быстро есть может привести к развитию диабета второго типа, считают исследователи из медицинского университета в Литве. По их наблюдениям, люди, которые привыкли поглощать пищу быстро, страдают от сахарного диабета второго типа в два раза чаще.

Литовская команда исследователей пригласила 234 человека, страдающих диабетом, и 468 человек, у которых этого заболевания не было. Добровольцев опросили, чтобы выяснить факторы риска развития диабета, измерили их рост, вес, окружность талии и бедер, а также скорость, с которой они едят. После того как были учтены все факторы риска диабета второго типа, выяснилось, что у людей, которые едят быстро, шансы на развитие этого заболевания более чем в два раза выше. Ранее было установлено, что привычка торопливо заглатывать еду приводит к перееданию и набору лишнего веса. Литовские ученые также обнаружили, что у тех, кто быстро ест, индекс массы тела выше, чем у тех, кто ест медленно. По мнению ученых, тщательное пережевывание пищи не только способствует ее лучшему усвоению, но и способно защитить от ожирения.

<http://www.takzdorovo.ru>

Физическое развитие детей 3–6 лет

Турбасова Н.В.,

канд. биол. наук, доцент кафедры анатомии и физиологии человека и животных;

Плотникова М.В.,

канд. биол. наук, доцент кафедры медико-биологических дисциплин и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет», г. Тюмень

Важнейший показатель благополучия государства — уровень здоровья граждан. Особенно это касается здоровья подрастающего поколения, поскольку его состояние отражает не только социально-экономическую ситуацию, духовно-нравственный климат в обществе и его отношение к проблемам детства в настоящее время, но и определяет будущее страны, ее статус и развитие в экономической, социальной, научно-образовательной, культурной и других сферах.

Динамическое наблюдение за развитием ребенка необходимо не только для выявления индивидуальных особенностей роста и созревания, но и является диагностическим ключом к своевременному решению вопроса для углубленного специализированного обследования.

Цель нашего исследования — оценить физическое развитие детей 3–6 лет, посещающих дошкольное образовательное учреждение.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в марте — апреле 2010 г. на базе МАДОУ д/с «Чебурашка» № 88 г. Тюмени. В обследовании приняли участие 174 ребенка, в том числе 95 мальчиков и 79 девочек от 3 до 6 лет. Распределение по группам проводилось с интервалом в один год.

На базе ДОУ медицинский кабинет оснащен физиотерапевтической аппаратурой, проводится ЛФК. В детском саду детям для укрепления здоровья каждую неделю выдаются кислородные коктейли. Недостаток витаминов восполняется за счет отваров шиповника,

ГИГИЕНА



клюквы, напитка «лимонника». В обычное меню детского сада входят натуральные соки, салаты, фрукты. Большое внимание уделяется физической культуре и спорту, оборудован спортивный зал, что позволило увеличить количество и продолжительность занятий.

Измерение тотальных размеров тела: длина, масса тела, окружность грудной клетки проводили по общепринятым антропометрическим методикам. Индивидуально физическое развитие оценивали по регрессионным шкалам тотальных размеров тела дошкольников д/с № 88, разработанных нами с помощью метода «сигмальных отклонений» Мартина; был определен индекс Вервека.

Полученные результаты обработаны методами математической статистики с использованием программы «Биостатистика».

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты антропометрических измерений мальчиков и девочек 3—6 лет приведены в табл. 1.

Оценка тотальных размеров тела у детей дошкольного возраста выявила как возрастные, так и половые различия. Показатели длины тела обследованных существенно не отличались от среднестатистических размеров тела дошкольников этого возраста. Также из таблицы видно, что у мальчиков и девочек в возрасте 4—5 лет отмечается первый период вытягивания, когда росто-

вое ускорение опережает прирост массы тела. Увеличение длины тела в среднем составило у мальчиков 12 см, у девочек — 14 см. Темп прироста был выше у девочек. При сравнении пяти- и шестилетних детей дальнейшего увеличения роста у них не наблюдалось. Подобная закономерность отмечалась и при анализе соотношения массы тела девочек и мальчиков 3—4 лет. Отличались по темпу прироста массы тела и пятилетние дети по сравнению с четырехлетними: у мальчиков «пятилеток» масса тела увеличилась на 2 кг, в то время как у девочек — на 3 кг. У «шестилеток» за счет первого вытягивания прирост массы тела был незначителен. В зависимости от пола отличия по длине тела в исследуемых группах имели только трех- и пятилетние девочки: у них был меньший показатель по сравнению со сверстницами. По массе тела все девочки имели более низкие параметры, нежели мальчики-сверстники. Третий тотальный размер — ОГК — исследовался в соответствии с методикой в трех положениях. Известно, что обхватные размеры тела во многом определяются развитием мышечной и жировой ткани, которые создают ту или иную форму тела. Измерение ОГК выявило незначительное увеличение данного показателя с возрастом у всех обследованных детей. Кроме того, мальчики имели несколько большие параметры ОГК, чем девочки.

Таблица 1

Антропометрические показатели ($M \pm m$)

Показатель Группы	Длина тела, см	Масса тела, кг	ОГК, см
Мальчики 3 года $n=23$	94,42±0,40 N — 95,72	14,71±0,12 N — 14,95	54,08±0,18 N — 50
Девочки 3 года $n=21$	92,92±0,29 N — 97,27 ++	13,61±0,07 N — 14,85 +++	53,83±0,14 N — 49
Мальчики 4 года $n=22$	110,15±0,25 N — 102,44 ***	18,54±0,14 N — 17,14 ***	55,25±0,16 N — 51 **
Девочки 4 года $n=19$	110,57±0,27 N — 100,56 ***	15,71±0,09 N — 16,02 ***, +++	55,09±0,28 N — 50 ***
Мальчики 5 лет $n=26$	116,71±0,28 N — 110,40 ***	20,14±0,25 N — 19,70 ***	56,30±0,13 N — 51 ***
Девочки 5 лет $n=18$	116,03±0,37 N — 109,00 ***	19,75±0,34 N — 17,34 ***	55,33±0,19 N — 50 ***, +++
Мальчики 6 лет $n=24$	116,04±0,29 N — 115,98 ***	22,78±0,50 N — 21,90 ***	56,58±0,20 N — 51 ***
Девочки 6 лет $n=21$	117,83±0,52 N — 115,70 ***, ++	20,80±0,19 N — 18,48 ***, ++	55,92±0,28 N — 50 ***

Примечание: n — количество обследованных детей; N — норма; ОГК — окружность грудной клетки; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$ — достоверность различий в зависимости от возраста; ++ — $p < 0,01$; +++ — $p < 0,001$ — достоверность различий в зависимости от пола.

Следующим этапом нашего исследования была разработка регрессионных шкал тотальных размеров тела дошкольников г. Тюмени по статистической системе 1, 2 σ отклонений.

По данным шкалам была проведена индивидуальная оценка

физического развития обследованных детей дошкольного возраста (табл. 2). Как видно, преобладающее число детей соответствовало среднему уровню физического развития. Также большинство детей имели уровень развития выше и ниже среднего. Среди

Таблица 2

Индивидуальная оценка физического развития, %

Показатель ФР Группы	Высо- кое	Выше сред- него	Сред- нее	Ни- же сред- него	Низ- кое	Избы- ток массы тела
Девочки 3 года <i>n</i> =21	9,52 2	14,29 3	57,14 12	14,29 3	4,76 1	—
Мальчики 3 года <i>n</i> =23	—	21,74 5	60,86 14	13,05 3	4,35 1	—
Девочки 4 года <i>n</i> =19	—	15,79 3	68,42 13	10,53 2	5,26 1	—
Мальчики 4 года <i>n</i> =22	4,55 1	22,72 5	54,55 12	18,18 4	—	—
Девочки 5 лет <i>n</i> =18	5,56 1	22,22 4	55,55 10	11,11 2	5,56 1	—
Мальчики 5 лет <i>n</i> =26	7,69 2	19,23 5	46,15 12	19,23 5	7,70 2	—
Девочки 6 лет <i>n</i> =21	4,76 1	9,52 2	61,91 13	14,29 3	9,52 2	—
Мальчики 6 лет <i>n</i> =24	4,17 1	12,5 3	62,5 15	16,66 4	4,17 1	—

Примечание: *n* — количество обследованных детей; верхняя строка — проценты, нижняя строка — количество детей.

дошкольников самый высокий процент с низким физическим развитием имели шестилетние девочки. Средние же показатели региональных критериев «шестилеток» были выше, чем у мальчиков и девочек 3—5 лет. Высокое развитие имели немногие дети, а в группах трехлетних мальчиков и четырехлетних девочек дети с высоким развитием вообще не встречались. Уровень развития выше среднего у детей встречался чаще, чем уровень ниже среднего. Физическое развитие ниже среднего отмечалось

у детей всех возрастов. Наибольшее количество дошкольников с низким уровнем развития встречалось среди мальчиков 3 и 6 лет. Противоположный низкому вариант развития — избыток массы тела не встречался среди детей дошкольного возраста.

Для индивидуальной оценки показателей физического развития (ФР) использовали центильный метод. Анализируя распределение детей по уровням физического развития центильным методом по массе тела, можно отметить, что примерно

56,40% детей имели средний уровень ФР. Высокий уровень развития имели — 5,80% дошкольников, а низкий — 6,29%, уровень выше среднего регистрировался у 16,51% детей и ниже среднего — у 15,01%.

Анализ распределения детей по уровням ФР в зависимости от

длины тела показал, что 51,54% детей относится к среднему уровню, высокий уровень имели 6,25% дошкольников, низкий — 4,66%, выше среднего регистрировался у 17,88% детей, ниже среднего — у 15,01%.

Распределяя детей на уровни ФР по окружности грудной клетки,

Таблица 3

**Индекс Вервека—Воронцова и интенсивность роста у детей
($M \pm m$)**

Группы	ИВВ	Доли- хо- мор- фия	Умерен- ная доли- хо- морфия	Мезо- мор- фия	Уме- ренная брахи- морфия	Бра- хи- мор- фия
Мальчики 3 года $n=23$	$1,012 \pm 0,004$	13,04 3	26,08 6	43,48 10	17,40 4	—
Девочки 3 года $n=21$	$1,020 \pm 0,003$	4,76 1	33,33 7	52,39 11	9,52 2	—
Мальчики 4 года $n=22$	$1,159 \pm 0,004$ ***	4,55 1	27,27 6	40,90 9	18,18 4	9,10 2
Девочки 4 года $n=19$	$1,194 \pm 0,003$ ***, +++	—	31,58 6	52,63 10	15,79 3	—
Мальчики 5 лет $n=26$	$1,164 \pm 0,006$ ***	15,38 4	7,69 2	53,85 14	19,23 5	3,85 1
Девочки 5 лет $n=18$	$1,199 \pm 0,006$ ***, +++	5,55 1	16,67 3	66,67 12	11,11 2	—
Мальчики 6 лет $n=24$	$1,149 \pm 0,010$ ***	8,33 2	25,00 6	41,68 10	16,66 4	8,33 2
Девочки 6 лет $n=21$	$1,194 \pm 0,007$ ***, +++	—	33,33 7	57,15 12	—	9,52 2

Примечание: *** — $p < 0,001$ — достоверность различий в зависимости от возраста; +++ — $p < 0,001$ — достоверность различий в зависимости от пола; n — количество обследованных детей; ИВВ — индекс Вервека—Воронцова; верхняя строка — проценты, нижняя строка — количество детей.

можно отметить, что примерно у 51,89% отмечался средний уровень ФР. Высокий уровень развития отмечен в 7,68% случаев, низкий — в 5,75%, уровень физического развития выше среднего и ниже среднего регистрировался у 17,64% детей соответственно.

Оценка интенсивности процессов роста проводилась с использованием индекса Вервека—Воронцова (табл. 3). ИВВ у детей 4—6 лет был достоверно ($P<0,001$) выше, чем у трехлетних детей. Все девочки имели достоверно ($P<0,001$) высокие цифры ИВВ по сравнению со сверстниками, что свидетельствует о более высокой по сравнению с мальчиками интенсивности ростовых процессов.

Литература

Баранов А.А. Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях: проблемы и пути решения // Российский педиатрический журнал. 1998. № 1. С. 5—8.

Кучма В.Р. Оценка физического развития детей и подростков в гигиенической диагностике системы «Здоровье населения — среда обитания» // Здоровье населения — среда обитания. М., 2003.

Загайнова А.Б. Ростовые процессы и функциональные возможности детей 4—9 лет Тюменской области: Автореф. дис. ... канд. биол. наук Тюмень, 1999.

Поляков В.К. Нормативы индекса массы тела и обхвата талии: их роль в диагностике ожирения у детей школьного возраста / В.К. Поляков, А.П. Аверьянов, Н.В. Болотова // Педиатрия. 2009. Т. 88. № 6. С. 17—20.

Юрьев В.В. и др. Рост и развитие ребенка: краткий справочник. СПб., 2007.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Изучение языков спасает мозг

Изучение иностранного языка может защитить от слабоумия, считают ученые из Йоркского университета в Торонто, Канада. В прошлом году эта же команда выяснила, что полиглоты реже страдают от болезни Альцгеймера. По их мнению, необходимость переключения с одного языка на другой заставляет мозг работать более интенсивно и делает его более устойчивым к развитию деменции в зрелом возрасте. Исследователи изучили истории болезней пациентов с различными типами деменции. Выяснилось, что у людей, которые хорошо знают как минимум два языка, первые симптомы деменции диагностируются на три-четыре года позже, чем у тех, кто говорит только на родном. Сканирование мозга добровольцев показало, что необходимость переключаться между двумя языками тренирует области мозга, отвечающие за многозадачность и концентрацию внимания. По наблюдениям исследователей, именно эти функции одними из первых страдают при развитии деменции в старшем возрасте. Ученые считают, что знание как минимум одного иностранного языка с юности, принятое в современном мире, — хорошая защита для мозга. Однако они уверены, что и в старшем возрасте не поздно взяться за его изучение.

<http://www.takzdorovo.ru>

Экологический паспорт ДОУ

Гулида М.А.,

директор;

Сошкина А.С.,

воспитатель МБДОУ ЦРР — д/с № 7, г. Калачинск Омской обл.

В данной статье представлен экологический паспорт МБДОУ ЦРР — д/с № 7, в котором рассматриваются следующие направления: экологическая ситуация, характеристики территории учреждения и здания, влияние учреждения на окружающую среду, профессиональная и методическая подготовка, выводы и рекомендации.

Цели и задачи составления экологического паспорта:

- оценить готовность учреждения к работе по проблеме экологического образования;
- экологическое состояние микрорайона, на территории которого расположено учреждение;
- влияние учреждения на состояние окружающей среды;
- состояние территории учреждения и прилегающей территории;
- составить перспективный план развития экологического образования учреждения;
- создать благоприятные условия для здоровья детей, посещающих учреждение;
- привлечь внимание родителей к проблеме экологического воспитания;

— установить более тесные связи с организациями по экологическому воспитанию.

1. Экологическая ситуация

1.1. Общая характеристика района

МБДОУ ЦРР — д/с № 7 г. Калачинска Омской обл. находится по адресу: Омская область, г. Калачинск, ул. Калинина, д. № 80.

Учреждение расположено на обособленном земельном участке, на пересечении двух улиц, характеризующихся большими транспортными потоками в западно-центральной микрорайоне города, с восточной стороны находится Муниципальное казенное образовательное учреждение «Гимназия № 1», с южной стороны проходит транспортная магистраль, с северной и западной стороны расположен частный жилой сектор. Через территорию Учреждения не проходят магистральные инженерные коммуникации городского назначения. Недалеко от Учреждения находятся железная дорога, автомобильные дороги, ОАО «Механический завод Калачинский», являющиеся источниками экологической опасности. Расстояние от территории Учреждения до

промышленных, коммунальных, сельскохозяйственных объектов соответствует СанПиН 2.2.1/2.1.1.1200-03 «Санитарно-защитные зоны и санитарная классификация предприятий, сооружений и иных объектов». Источником загрязнения окружающей среды может являться газовая котельная МКОУ «Гимназия № 1», подъездная дорога к Учреждению и ближайшим жилым домам.

Уровень шумового фона, по данным СЭС, соответствует нормативным показателям.

Радиационный фон в норме, радиационных аварий не происходило.

За 2011 г. общая заболеваемость у детей в городе составляет 1367,4 на 1000 детского населения, что на 5,1% ниже, чем в 2010 г. Ведущее место в структуре общей заболеваемости занимают болезни органов дыхания (71,3%). На втором месте — травмы, отравления (8,4%), на третьем — болезни органов пищеварения (6,1%), на четвертом — болезни глаз (2,3%).

В сравнении с 2010 г. у детей отмечается рост болезней системы кровообращения, врожденных аномалий, болезней мочеполовой, нервной систем, органов пищеварения. Несмотря на то что болезни органов дыхания, как и в предыдущие годы, занимают первое место в структуре заболеваемости, в 2011 г. этот показатель снизился на 10,4% и составил 1225,2 на 1000 детского населения.

1.2. Характеристика непосредственного окружения МБДОУ

В ближайшем окружении Учреждения находятся жилые дома, котельная МКОУ «Гимназия № 1», МКОУ «Гимназия № 1», а также магистральная и подъездная дороги к Учреждению и жилым домам.

Главными загрязняющими объектами являются:

- по территории — жильцы близстоящих частных и многоквартирных домов, выбрасывающие мусор в неустановленных местах, и неорганизованные подорожки;
- по шуму — подъездные дороги и стихийные стоянки автомобилей у подъездов домов.

Рядом с Учреждением расположены насаждения деревьев, которые используются при изучении экосистемы «Лес».

2. Характеристика территории учреждения

2.1. Общие данные

МБДОУ ЦРР — д/с № 7 построен в 2010 г. На территории есть спортивные зоны: две спортивные площадки, беговая дорожка, автогородок, защитная зеленая зона из деревьев и кустарников, сельскохозяйственная зона, 8 зон для игр и отдыха детей дошкольного и ясельного возраста, цветники, веранды для прогулок во время ненастной погоды.

Общая площадь территории детского сада — 11072 м², асфальтового покрытия — 2356 м², зеленых насаждений — 4235 м².

Территория Учреждения засажена зелеными насаждениями. Возраст деревьев колеблется от 1 до 3 лет.

2.2. Растительный и животный мир, почвенный покров

Растительный мир

На территории Учреждения представлены различные жизненные формы растений: деревья, кустарники, травянистые растения, мхи, лианы — что дает воспитателям возможность проводить разнообразные занятия по ознакомлению детей с природой. Деревьев на участке достаточно много. Практически все они молодые. Встречаются как отдельно стоящие деревья, так и группы деревьев. Кроме того, вдоль забора посажены полосы зеленых насаждений. Видовой состав деревьев: тополь серебристый пирамидальный, береза бородавчатая, рябина обыкновенная, дуб черешчатый, клены татарский и американский, ива остролистная (верба), вяз мелколистный, туи западная и шаровидная «*Thuja*», ель сибирская, сосна обыкновенная, лиственница, можжевельник обыкновенный.

Фруктовые деревья и кустарники: яблоня культурная: мельба, грушовка московская; осенние сорта: осеннее полосатое (штрейфлинг); зимние сорта: лобо; яблоня полукультурная: алтайское румяное, уральское наливное, триумф. Груша: каратаевская, перун, повислая, дюймовочка, северянка. Вишня: уральская рубино-

вая, маяк, алтайская ласточка, слива, смородина: красная, черная, белая, малина, крыжовник, облепиха, калина, жимолость, рябина черноплодная, шиповник, черемуха — всего 32 вида.

Среди деревьев преобладают молодые экземпляры.

Декоративные растения (кустарники): калина, тамарикс (Гребешник рыхлый), роза морщинистая, сирень обыкновенная 4 сорта, сирень венгерская, черемуха венгерская (красноплодная), желтая акация (карагана древовидная), миндаль — бобовник, бересклет европейский, калина бульденеж (снежный шар), ива пурпурная, шаровидная, свидена (дерен белый), пузыреплодник калинолистный — Дартс голд, пузыреплодник калинолистный — дьябола, ирга, бобовник альпийский, девичий виноград, дербенник, бересклет европейский, спирея японская «голд мод», спирея ниппонская «джуня брайт», спирея маленький принц, спирея Фрейга, спирея бумальда, спирея рябинолистная, спирея Дугласа, лох узколистный, дейция амурская.

В отдельных местах кустарники образуют живую изгородь (в частности — спиреи, лох узколистный, сирень).

Газоны занимают 70—75% территории. Они придают участку ухоженный и опрятный вид, создают приятный глазу спокойный общий фон, идеальный для любых цветов и композиций

растений. На фоне газона особенно ярко проявляется окраска и форма цветов.

Культурные травянистые растения составляют большой видовой ряд. Они присутствуют в оформлении клумб, рабаток, газонов.

Цветы: астры различных сортов, ромашка, примула, настурция, эшшольция, люпин, гвоздика, георгины, нарциссы, виола различной окраски, флоксы, ирисы, гладиолусы, тюльпаны, розы, агератум, львиный зев, мак, петунья, аркотис, бальзамин садовый, бархатцы, гацания жестковая, циннии, пиретрум, цинерария, алиссум, шток-роза, лобелия, портулак, лен, дельфиниум, душистый горошек, ипомея, табак, хризантема.

Культурные растения огорода: петрушка, укроп, бобы, горох, морковь, капуста, репа, свекла, щавель, кабачки, помидоры, тыква, огурцы, лук, лук-батун, фасоль. Овощи огорода меняются.

Однолетние травы (альпийский луг): васильки, эшшольция, лен различной окраски, маки, колокольчики, клевер, спорыш, лапчатка, лютик, тимopheевка луговая, мышиный горошек. Альпийский луг отличается обилием цветов, ароматов, еще одна особенность — они все цветут в разное время на разных уровнях, поэтому, когда такой луг высаживается на равнинной местности, получается, что картина цветущей поляны будет меняться в течение всего теплого периода. Он не требует стрижи.

Лекарственные травы: тысячелистник, мята, календула, мать-и-мачеха, зверобой, крапива двудомная, ромашка пахучая, полынь обыкновенная, подорожник большой, одуванчик лекарственный, чистотел.

Сорные растения малочисленны, вытесняются культурными видами, распространены в основном на огороде. Сорные травянистые растения: крапива двудомная, полынь обыкновенная, ромашка пахучая, подорожник большой, одуванчик лекарственный, ярутка полевая, пырей ползучий, лопух паутинный, осот розовый, бодяк полевой, пастушья сумка, чертополох курчавый, клоповник сорный, щавель конский, сурепица обыкновенная, щирица запрокинутая.

На территории имеется небольшой сухой ручей с водоемом. Каменное русло, начинаясь с узкого «истока», изгибаясь по участку, расширяется, как воронка. Ширина ручья в разных местах варьируется. По краям ручья высажены растения: камнеломка, астильба, незабудки, колокольчики, гибридные ирисы, маки, хосты, папоротники, мать-и-мачеха, проломник мохнатый, виола, маргаритки, конский щавель, лилейник, бизонья трава (москитный злак), лобелия, живучка ползучая. Влажные места выделяются присутствием мхов и лишайников. В русле сухого ручья, между крупными валунами и маленькими камешками, прижилось

молодило (каменная роза). Растение подчеркивает рисунок русла, оттеняя свежей зеленью причудливые арабески камней.

Перечень трав и растений не полный, требует дополнительного изучения. На участке есть упавшие сухие деревья, но они убираются своевременно на хозяйственный двор.

Почва

Благоприятному росту и здоровому виду растений способствуют натуральные супесчаные и суглинистые почвы. Опадающая и перегнивающая листва — натуральное естественное удобрение. Почвы на территории навозные, естественные. На территории Учреждения есть места с искусственным грунтом, состоящим из щебня и других строительных остатков. Удобрения не используются, но привозятся песок, перегной, есть участки насыпных почв. На игровых площадках грунт рыхлый песчаный. Для игровых целей на участки завозится экологически чистый песок. Тропинки выложены декоративным кирпичом. Вытоптанность газонов небольшая, как правило, покрытие растений составляет 70—80%. Там, где разбиты клумбы, рабатки, газоны, овощные грядки, почва рыхлая, мягкая.

Животный мир

На территории Учреждения встречаются: вороны, галки, воробьи, трясогузки, снегири, синицы, голубь, сорока, грач, различные виды насекомых (бабочек и жуков, в том числе божьи коровки,

жужелицы, а также мухи, комары, осы, шмели, пчелы, муравьи, стрекозы, кузнечик, клоп-солдатик) и пауки. Для изучения пернатых в зимнее время на участках дети с помощью родителей, воспитателей мастерят и вывешивают кормушки самых разнообразных конструкций. Ежедневно в кормушки насыпается корм, которым лакомятся зимующие птицы: галки, воробьи, синицы, снегири, зеленушки, сойки, голуби, свиристели.

Перечень обитателей не полный. Животный мир требует дополнительных исследований.

Территорию Учреждения посещают кошки, собаки из близстоящих домов.

2.3. Зонирование территории

Территория Учреждения закрыта для посещения посторонних лиц забором. Вдоль забора по территории Учреждения растут деревья, которые защищают от шума и выбросов автомобильного транспорта. Освещенные игровые площадки групп расположены на восточной, южной стороне. В затененной зоне в западной стороне расположены игровые площадки двух младших групп.

2.4. Загрязнение территории

Запыленность территории высокая, так как автодорога является центральной и отделена от нее несколькими рядами деревьев, но они еще молодые, низкие и пропускают пыль, шум, снег и вредные вещества (твердые и газообразные). Металлический решетчатый забор с двух сторон

пропускает пыль, снег, шум. Автомобили с продуктами питания заезжают на территорию Учреждения 1—2 раза в день. Участок в целом чистый, регулярно убирается дворником. На хозяйственном дворе Учреждения имеется мусоросборник, который два раза в месяц очищается и мусор вывозится за пределы.

Общая площадь зеленых насаждений составляет 4235 м², но стоит заметить, что все насаждения молодые и не в полной мере защищают территорию Учреждения от шума и выброса автомобильного транспорта. Территории под растительностью составляют 38—40% площади, участки, покрытые асфальтом и тротуарной плиткой, — 21%.

3. Характеристика здания

3.1. Характеристика самого здания

Здание Учреждения кирпичное, двухэтажное, площадь занимаемых помещений 1801 м², температурный режим + 20 °С. Входов в здание 4, выходов 12.

Характеристика строительных материалов: кирпич, бетон, стальные и чугунные трубы, дерево, стекло, ДСП.

Помещения детского сада: 8 групп, есть отдельные физкультурный и музыкальный залы, методический кабинет, кабинеты педагога-психолога и логопеда, оборудованные современной видеотехникой, мультимедийной установкой, музыкальными центрами, в большом количестве современными музыкальными инстру-

ментами и необходимой методической литературой по всем направлениям деятельности. Детская мебель подобрана по ростовым показателям и отвечает требованиям техники безопасности, санитарно-гигиеническим нормам, физиологии детей, принципам функционального комфорта. В каждой группе имеются уголки: психологической разгрузки, физкультурный, экспериментирования, мягкие модули, развивающие игры. Цветовой дизайн и оформление помогают сенсорному развитию дошкольников, создают дополнительные зрительные горизонты. Для эксплуатации помещений имеются: центральная система водоснабжения, канализация, системы теплоснабжения, пожаротушения.

3.2. Оформление помещений

Для оформления коридоров используются масляная краска, побелка, декоративный бумажно-слоистый пластик (МДФ), дерево, линолеум, плитка. В группах — водэмульсионная побелка, линолеум; в туалетах — керамическая плитка, побелка. Искусственные цветы используются для оформления проходов и коридоров.

Комнатные цветы в группах и спальнях: драцена, папоротник нефролепис, аспарагус, сансевиера, аукуба, камнеломка, амариллис, дружная семейка, колеус, традесканция, бегония, алоэ, хлорофитум, плющ, герань, маранта, пеперомия, бальзамин, кактус, очиток, каланхоэ, кливия, лимон, циперус, фи-

кус, толстянка, спатифиллум, сенполия, рео, молочай, монстера, кринум, калатея, кислица и др.

Во всех группах оформлены уголки природы, есть комнатные растения. Для исследовательской деятельности есть необходимое оборудование и учебные материалы: ракушки, семена, кора, листья различных деревьев, коллекция камней, дидактические пособия, глобусы, лупы, микроскопы.

Особое место в ознакомлении детей с природой отводится огороду на окне. Здесь мы знакомим детей с огородными культурами, историей их происхождения, этапами роста и созревания. Дети в наших группах являются основными хозяевами огорода в течение всего года; они сажают овощные культуры на зелень и выращивают рассаду, ухаживают за ними, собирают урожай, а затем заносят свои впечатления в журналы наблюдений за ростом растений. Рассказывая детям об овощных и злаковых культурах, мы подчеркиваем, насколько сложен труд земледельца, чтобы они уважительно и бережно относились ко всему, что создано этим трудом. Одновременно отмечаем и радость этого труда на земле, но понять это ребенок может, только когда сам вырастит на подоконнике зелень: петрушку, зеленый лук, укроп и т.д. и угостит всех витаминным супом. Выращивая растения, ребенок входит в мир живой природы, который уже не ломает, а будет только беречь. Так мы воспитываем навыки экологической культуры.

4. Влияние Учреждения на окружающую среду

Коллектив учреждения старается, чтобы не только дети, но и взрослые были экологически грамотными. Администрация учреждения следит за экономией электроэнергии и воды, а также о сохранности оборудования.

Отходы: за день выбрасывается приблизительно 22 кг отходов (в основном пищевых). Практикуется использование безопасных для здоровья детей отходов при изготовлении поделок.

Отопление центральное.

Используемые химические вещества: Диохлор-люкс — используется для дезинфекции. Таблетки хранятся в медицинском кабинете, раствор готовят помощники воспитателей и медицинская сестра. Также используются стиральные и моющие порошки, сода. Вся дезинфекция помещения, борьба с грызунами и тараканами производится районной СЭС.

4.1. Использование воды

В Учреждении для бытовых нужд используется вода из центрального городского водопровода, для осуществления питьевого режима воспитанников вода привозная из артезианских скважин. Все водопроводные краны, санузлы работают исправно, за этим следит заведующий по хозяйственной части. В случае поломки сразу же осуществляется ремонт.

Учреждение потребляет 2304 куб. м воды в год. Примерный по-

казатель использования воды в Учреждении в день: 9,1 куб. м:

- приготовление пищи — 1000 л;
- мытье посуды — 6200 л;
- мытье игрушек — 200 л;
- уборка групповых, служебных помещений и коридоров — 1000 л;
- мытье рук, лица — 600 л;
- стирка белья — 100 л.

Загрязненная вода уходит в канализационные стоки, а затем на очистные сооружения. Оплата за количество использованной воды осуществляется согласно потреблению (по счетчику).

4.2. Использование энергии

В Учреждении используются лампы накаливания и дневного света, 10 прожекторов на фасаде здания и 12 надкрылечных плафонов для уличного освещения, бойлерная, две электроплиты, один пищеварочный котел и электротитан.

Коллектив следит за экономией электроэнергии в течение всего дня.

4.3. Отопление

В Учреждении существует централизованное отопление от Центральной котельной г. Калачинска. В помещениях установлены современные радиаторы отопления. Имеется приточная и вытяжная вентиляция. Температурный режим удерживается путем кратко- и долговременного, сквозного проветривания (во время отсутствия детей).

4.4. Отходы

Отходы делятся на 4 группы:

- пищевые;

- упаковочные (банки, коробки, бумага);

- строительные;

- хозяйственные (лампы накаливания, строительный мусор).

Пищевые отходы (15–20 л) забирают жители города. Бытовой мусор вывозит мусороуборочная машина, а люминесцентные лампы и медицинские отходы — специализированная фирма. Бросовый безопасный материал используется воспитателями для поделок, оформления помещений, изготовления оборудования.

4.5. Бытовые химические вещества

В Учреждении используются моющие, чистящие и дезинфицирующие средства:

- для уборки помещений (стиральный порошок, Диохлорлюкс);

- мытье посуды («Капля Сорти»);

- чистки сантехники («Санитарный», «Пемолукс»);

- мытье рук (туалетное жидкое мыло);

- уничтожения насекомых и грызунов (по мере необходимости под контролем работников СЭС дезинфекции Калачинского района);

- стирки белья (стиральные порошки, хозяйственное мыло).

Определен порядок хранения этих веществ (в недоступном для детей месте). Средства, предназначенные для чистки туалета, для мытья посуды — в специализированном шкафу групповой комнаты. Ответственность за хране-

ние этих веществ возложена на помощника воспитателя и воспитателей групп, медработника и заведующего хозяйством.

Бытовых химических веществ с просроченным сроком годности в Учреждении не имеется.

Средства для борьбы с грызунами находятся под контролем медработника и выдаются строго по назначению, помещения обрабатываются в отсутствие детей.

Персонал Учреждения составляет 28 человек. Детский сад посещают 228 детей.

5. Профессиональная и методическая подготовка

5.1. Программы и методики

Содержание образовательного процесса выстроено в соответствии с комплексной программой, которая реализуется в Учреждении.

«Из детства в отрочество». Программа для родителей и воспитателей по формированию здоровья, развития детей и подготовки их к школе. Авторы: Т.Н. Доронова, Л.Л. Голубева.

Кроха: программа воспитания и развития детей раннего возраста в условиях дошкольных учреждений. Автор Григорьева Г.Г.

Парциальная программа «Предшкола нового поколения».

Программа по адаптации детей и их воспитателей, родителей к требованиям современной школы. Автор Р.Г. Чуракова.

В старшей и подготовительной группах реализуется элективная программа «Увлекательные встре-

чи с английским языком» (2 ч в неделю) автор Е.Р. Петрова. Она является гармоничным продолжением образовательной программы «Из детства в отрочество».

По экологическому воспитанию Учреждение использует программы: С.Н. Николаевой «Юный эколог», «Создание условий для экологического воспитания дошкольников»; Н.А. Рыжовой «Наш дом — природа», «Невидимые ниточки природы», «Экологическая тропинка», «Экологические игры в детском саду»; В.Г. Гусевой «Животные у нас дома»; Л.А. Витте, В.Г. Гусевой «Наши питомцы», М.М. Марковской «Уголок природы в детском саду»; И. Петровой «Растительный мир нашей родины»; А.П. Букиной «В дружбе с людьми и природой», «Экологическое образование в детском саду»; Е. Неволиной «Большая книга животных»; Л.В. Борцовой и др. «Экологические недели в детском саду», ч. 1 и 2; Л.В. Ковенько «Секреты природы — это так интересно»; А.К. Бондаренко «Дидактические игры в детском саду»; Е.И. Золотовой «Знакомим дошкольников с миром животных»; Н.Н. Кондратьевой «“Мы” Программа экологического образования детей»; Э.Г. Пилюгиной «Занятия по сенсорному воспитанию с детьми раннего возраста»; П.Г. Самоуковой «Методика ознакомления детей с природой в детском саду».

Литература разделена на три раздела:

- методическая;
- для детей;
- для родителей.

5.2. Приоритетные направления работы

Одно из приоритетных направлений работы нашего Учреждения — экологическое воспитание.

Проводятся экологические праздники, природоохранные акции, организуются конкурсы, выставки.

В коллективе работают 28 сотрудников, из них: администрация — 1, медицинская сестра — 1, кухонные работники — 3, машинист по стирке и ремонту белья — 1, сторож — 2, заведующий хозяйством; специалисты: учитель-логопед, музыкальный руководитель, инструктор по физкультуре, а также 12 воспитателей и 9 помощников воспитателя.

Работники детского сада принимают активное участие во всех мероприятиях экологической направленности: семинары, открытые занятия. В 2010 г. воспитатель Сошкина А.С. прошла дистанционные курсы повышения квалификации по теме «Экологическое воспитание в дошкольном учреждении» на базе педагогического университета «Первое сентября».

5.3. Дидактические материалы

В средних и старших группах детского сада ведется подборка игр, игрушек природоведческого

характера. Оформлены зоны, созданы макеты (деревенский двор, зоопарк, времена года, лес). Каждый год пополняется список дидактических игр («Кто где живет?», «Зоологическое лото», «Где чья мама?», «Собери урожай» и др.).

Энциклопедии: «Тайны живой природы», «Кто живет в океане?», «Мой первый атлас», «Энциклопедия комнатных растений», «Мой первый атлас животных», «Атлас звездного неба», «Большая энциклопедия животных», «Что растет в саду и огороде?», «Животные», «Экологическая азбука для детей».

Литература для взрослых: журнал «Юный натуралист», книга «Охрана окружающей среды и экология Красногорского района».

Собраны коллекции шишек, камней, ракушек, семян, бумаги, ткани, ниток, календарей.

Для проведения занятий используются глобус, компас, карты России, лупы, микроскопы.

5.4. Основные направления работы

С детьми в течение года в Учреждении проводятся экологические викторины, конкурсы, разгадываются кроссворды, ставятся экологические сказки. В свободной деятельности дети играют в настольные игры по экологии, словесные игры, игры-импровизации. В непосредственно образовательной деятельности используются различные игровые материалы с использованием ИКТ.

Дети дежурят в уголках природы, ухаживают за растениями, животными, летом занимаются цветниками, огородом, зимой подкармливают птиц.

Инструктор по физкультуре проводит в спортивном зале, на улице физкультурные занятия, праздники, спортивные досуги, открытые просмотры для родителей.

Работа с родителями

Родители принимают активное участие в подготовке праздников, участвуют в выставках «Человек и природа», «Повесим мусор на елку», в проектах «Сундучок Лесовичка», «Покормите птиц зимой», «Экологическая тропа», «Огород на подоконнике». Вместе с родителями, воспитателями дети ходят в походы, на экскурсии.

6. Выводы и рекомендации

Растительный покров на территории достаточно разнообразен и может использоваться в целях экологического образования. Однако следует окультурить значительную часть живой изгороди, сада, заменить сорные виды растений на газонные злаки. Отдельные группы сорных растений должны быть оставлены для проведения занятий. При подборе видов для озеленения следует учитывать заброшенные и вытопанные участки.

Рекомендуется расширить видовой состав культурных растений, цветники стараться сажать, соблюдая цветовую гамму; поса-

дить лекарственные растения, злаковые культуры.

Для проведения непосредственной образовательной деятельности с детьми и организации методической работы необходимо создать экологический кабинет. Возможен обмен опытом с другими дошкольными учреждениями г. Калачинска, занимающимися аналогичными проблемами. Регулярно проводить семинары по экологическому образованию среди педагогического состава. Посвятить родительскому собранию экологический вопрос, привлечь внимание родителей к оздоровлению детей. Заинтересовать их в проведении работ по благоустройству территории Учреждения.

Главные аспекты работы педагога с детьми — разнообразие видов деятельности, интегрированный подход в обучении, способствующий формированию не только экологически грамотного, но и всесторонне развитого человека.

Литература

Николаева С.Н. Методика экологического воспитания в детском саду. М., 2002.

Николаева С.Н. Создание условий для экологического воспитания детей. М., 1993.

Николаева С.Н. Как приобщить ребенка к природе. М., 1993.

Рыжова Н.А. Экологический паспорт детского сада: среда, здоровье, безопасность. Учеб.-метод. комплект. М., 2009.

Направления здоровьеразвивающей деятельности в дошкольном учреждении

Малярчук Н.Н.,

д-р пед. наук, канд. мед. наук, профессор кафедры медико-биологических дисциплин и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет»;

Вешкурцева Е.В.,

заведующий МАДОУ д/с № 50, г. Тюмень

Процессы, связанные с развитием маленьких детей, в последнее время вызывают огромный интерес во всем мире. В соответствии с Конвенцией ООН о правах ребенка проблематика развития детей раннего возраста междисциплинарна и связана со здравоохранением, питанием, образованием, социальными науками, экономикой, а также защитой детей и их социальным благополучием [5]. ВОЗ констатирует: «Проблема сохранения жизни и здоровья детей является важнейшей стратегической задачей сохранения жизни и здоровья населения в целом; инвестиции в здоровье детей на ранних этапах развития предполагают получение большой отдачи на следующих этапах их жизни и полезны для всего населения». Актуальность проблемы сохранения и укрепления здоровья детей дошкольного возраста обусловлена еще и тем, что это период постепенной подготовки ребенка к

систематическому обучению, к восприятию учебных нагрузок в школе. От состояния здоровья во многом зависят успешность обучения, работоспособность и адаптация ребенка к школьным нагрузкам [1].

Исследованиями отечественных и зарубежных ученых давно установлено, что здоровье человека на 50—70% зависит от его образа жизни. Чтобы быть здоровым, человеку нужно овладеть искусством сохранения и укрепления своего здоровья. Обучаться этому искусству человек должен с раннего детства, а дошкольный возраст — самое благоприятное время для выработки правильных привычек [4].

Стремление вырастить здорового ребенка, заботящегося о своем здоровье, стало объединяющей целью деятельности по созданию коллектива и пространства МАДОУ д/с № 50 «Счастливое детство» г. Тюмени, которое изначально было аккредитовано в 2007 г. как дет-

ский сад с приоритетным направлением физического развития детей.

В 2008 г. педагогический коллектив разработал программу «Здоровый ребенок». *Цель* программы: создать условия для обеспечения, формирования и развития здоровья воспитанников ДОУ.

Задачи:

- сохранить и развить соматическое, физическое и психоэмоциональное здоровье;
- заложить в сознание детей правильное понимание здорового образа жизни и привить навыки здоровой жизни;
- создать мотивацию у педагогов на интеграцию воспитательно-образовательной и здоровьесоздающей деятельности;
- вовлечь родителей в процесс воспитания здорового ребенка.

Методологическую основу составляет *социокультурный подход*, направленный на развитие системы духовно-нравственных ценностей подрастающего поколения, применение методик и педагогических технологий, устраняющих разрыв между обучением и воспитанием.

В качестве ведущих выступают следующие *принципы* [3]:

культурологический — развитие физических, интеллектуальных и личностных качеств ребенка в культурных традициях России;

гуманистический — переоценка всех компонентов воспитательно-образовательного процесса с позиций особой ценности ребенка как личности, его прав на свободу, счастье, развитие, при этом здоровье ребенка рассматривается как педагогическая ценность;

антропологический — развитие ребенка в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями;

лично-творческий — актуализация душевных и духовных качеств субъектов образовательного процесса.

Общие приоритеты программы в отношении

воспитанников:

- культивирование осмысленного отношения к собственному физическому и психоэмоциональному здоровью как к единому целому, привитие стойких культурно-гигиенических навыков,
- активизация и развитие познавательных интересов к возможностям собственного тела, формирование представлений о том, как устроен человек, что полезно и что вредно для организма,
- воспитание способности к созиданию собственной телесной организации в посильных для него формах, обучение уходу за своим телом, навыкам оказания элементарной само- и взаимопомощи,

- привитие доступных навыков психологической самокоррекции, а также психологической взаимопомощи в соответствующих ситуациях,
 - формирование произвольной регуляции жизненных функций организма путем развития творческого воображения,
 - четких представлений о роли мужчины и женщины в семье, круге их обязанностей, ответственности перед членами семьи; расширение знаний и представлений детей о нормах здорового поведения в семье,
 - обучение умению проявлять добрые чувства к родителям, другим членам семьи, окружающим; развитие эмоционального сопереживания проблемам других людей,
 - превращение здорового образа жизни в норму повседневного бытия;
- педагогов:*
- сохранение профессионального здоровья,
 - развитие культуры здоровья педагогов через формирование ценностного отношения к собственному здоровью и здоровью воспитанников,
 - повышение уровня профессионального мастерства для оптимизации педагогического процесса на основе интеграции образовательной и здоровьесоздающей деятельности;
- родителей:*
- повышение компетентности родителей по вопросам форми-

- рования и развития здоровья ребенка в семье,
- взаимодействие педагогического коллектива и родителей по вопросам сохранения и развития здоровья детей.

Направления здоровьесоздающей деятельности

*Создание здоровьесберегающей
инфраструктуры учреждения:*

- содержание зданий и помещений детского сада в соответствии с гигиеническими нормативами и экологическим дизайном;
- оснащенность групповых помещений, кабинетов, музыкального, спортивного и тренажерного залов, бассейна, спортивной и групповых прогулочных площадок необходимым оборудованием и инвентарем;
- функционирование медицинского кабинета для осуществления санитарно-гигиенической и противоэпидемической работы;
- оснащение пищеблока необходимым оборудованием для организации качественного питания детей и сотрудников;
- обеспечение учреждения квалифицированным составом специалистов (воспитатели, педагог-психолог, медицинские работники, логопед, инструкторы по физкультуре и плаванию, педагоги дополнительного об-

разования), осуществляющих комплексную работу по сохранению и развитию здоровья воспитанников.

Медицинская профилактика и динамическое наблюдение за состоянием здоровья детей:

- ежедневное наблюдение за состоянием здоровья детей с ведением «Листа адаптации» для вновь поступивших и заполнением после углубленного медицинского осмотра «Листов здоровья группы»;
- ежемесячный анализ заболеваемости детей по группам и информирование воспитателей о структуре заболеваемости;
- использование витаминно-, фитонцидо-, светотерапии;
- оказание медицинской поддержки при создании системы комплексной педагогической, психологической и социальной помощи детям с проблемами, основу которых составляют нарушения соматического здоровья;
- санитарно-гигиеническое просвещение родителей.

Методическая работа с педагогами и специалистами, организованная на основе принципов *валеокомпетентности, опоры на жизненный опыт, рефлексивности и интегративности,* включает следующие направления:

- создание творческих и проблемных групп, разрабатывающих отдельные аспекты со-

вершенствования педагогического процесса;

- изучение и внедрение передового педагогического опыта, использование широкого спектра действенных форм повышения квалификации как педагогического персонала, так и других категорий сотрудников дошкольного учреждения;
- организация практических форм работы, предполагающих самообразование и совершенствование технологий педагогического процесса;
- привлечение к работе дошкольного учреждения представителей науки и передовой практики;
- предупреждение профессиональных деформаций и синдрома выгорания сотрудников педагогического коллектива;
- активизация ресурсных возможностей самосовершенствования индивидуального здоровья педагогов.

Формы и методы работы: лекции, теоретические семинары, семинары-практикумы, тематические педагогические советы, мастер-классы, творческие педагогические мастерские, разработка проектов, творческие отчеты, конкурсы, встречи за круглым столом, изучение конкретных ситуаций, демонстрация опыта сохранения и развития здоровья воспитанников через открытые занятия, научно-практические конференции с це-

люю формирования валеологической компетентности педагогического коллектива.

Интеграция воспитательно-образовательного и здоровьеразвивающего процессов осуществляется педагогами через проектную деятельность.

- Решаются следующие задачи:
- создаются условия для творчества и инициативы сотрудников детского сада и формируется мотивация к профессиональному росту;
 - внедряются в образовательный процесс здоровьеразвивающие программы, методики и методы;
 - расширяется сеть образовательных, оздоровительных, сервисных услуг, предоставляемых ДОУ и повышается их качество;
 - ищутся новые формы и методы социального партнерства с семьей;
 - активизируются связи с общественностью по формированию индивидуального (телесного, душевного, духовного) здоровья ребенка.

Сотрудники детского сада в своей профессиональной деятельности руководствуются следующими *принципами*:

научности — использование научно обоснованных и практически апробированных методов и способов сохранения и развития здоровья воспитанников;

природосообразности — организация здоровьеразвивающей деятельности с учетом природы ребенка, его биологических, физиологических и психологических особенностей;

комплексности и интегративности — проведение работы по здоровьезащите комплексно, в ходе всего воспитательно-образовательного процесса;

социального партнерства — совместная выработка решений и разделяемой ответственности специалистов.

Педагоги разрабатывают и осуществляют различные проекты: «Школа Айболита», «Красивая осанка», «Путешествие в страну «Здоровье»», «Малые олимпийские игры», «Для сердца и разума», «Я живу в России».

В качестве реального механизма повышения результативности здоровьеразвивающей деятельности в детском саду выступает *механизм развертывания социального партнерства* — практики совместной выработки решений и разделяемой ответственности специалистов и родителей в вопросах сохранения и развития здоровья детей [2]. Это необходимо:

- для обеспечения веры родителей в профессиональную компетентность и тактичность педагога, его умение понять и помочь решить проблемы семейного воспитания;

- привлечения родителей к работе по проведению спортивных праздников, соревнований, дней здоровья и т.д.;
- вовлечения родителей в совместное с педагогами выполнение проектов по сохранению и развитию здоровья детей.

Принципы взаимодействия ДОУ и семьи: доверительность отношений, личностная заинтересованность родителей, эмансипация, утверждение самооценности родителей.

Формы работы: коллективные, индивидуальные, наглядно-информационные.

Предварительные результаты реализации программы «Здоровый

ребенок» приведены ниже в таблицах 1, 2, 3.

Количество детей с первой группой здоровья в 2011 г. увеличилось на 10,4% по сравнению с 2009 г. У большинства детей (78%) зарегистрирована вторая группа здоровья за счет наличия функциональных отклонений (кариес, ДЖВП, ДХЛЖ, нарушение осанки, уплощенная стопа, нарушение речи). Количество детей с третьей группой здоровья незначительно увеличилось — на 0,6% за счет прибывших детей с диагнозами хронической патологии (табл.1).

Количество детей, часто и длительно болеющих ОРВИ, умень-

Таблица 1

Распределение детей по группам здоровья

Группа здоровья	Количество детей (%)		
	2009 г.	2010 г.	2011 г.
I	36 (10,4)	58 (16,4)	88 (20,8)
II	308 (89)	291 (82,2)	330 (78)
III	2 (0,6)	5 (1,4)	5 (1,2)
IV	—	—	—

Таблица 2

Индекс здоровья воспитанников

Показатели	Количество детей (%)		
	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Количество ЧБД	35 (10)	26 (7)	7 (1)
Количество не болевших детей	65 (18,7)	79 (22)	174 (44,5)
Индекс здоровья	19	22	44,5

Таблица 3

Уровень физической подготовленности детей

Уровни	Количество детей (%)		
	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Повышенный	53 (28,5)	58 (25)	44 (15)
Нормальный	79 (42,5)	156 (67)	226 (77,1)
Пониженный	54 (29)	19 (8)	23 (7,9)

шилось на 9%, при этом увеличилось количество детей, ни разу не болевших простудными заболеваниями, поэтому индекс здоровья с 19% в 2009 г. увеличился до 44,5% в 2011 г. (табл. 2).

Показатели уровня физического развития детей (уменьшение количества воспитанников с пониженным уровнем физической подготовленности) (табл. 3) свидетельствуют об эффективности воспитания физических качеств. Ловкость, быстрота, выносливость и сила детей развиваются как в игровой форме в процессе подвижных игр, так и при обучении детей отдельным спортивным упражнениям и элементам спортивных игр (баскетбол, футбол, хоккей, бадминтон, настольный теннис, городки, кегли и др.).

Таким образом, предварительные результаты свидетельствуют, что осуществление деятельности педагогического коллектива детского сада по реализации программы «Здоровый ребенок» приводит к сохранению и разви-

тию соматического и физического здоровья воспитанников.

Литература

1. Баранов А. Состояние здоровья детей дошкольного возраста // Дошкольное воспитание. 2009. № 9. С. 6—11.
2. Голиков Н.А. Социальное партнерство специалистов ДОУ как механизм повышения результативности их деятельности / Социальное партнерство в дошкольном учреждении: ресурс повышения эффективности деятельности специалистов. Коллективная монография / Под ред. Н.А. Голикова. Ханты-Мансийск, 2007.
3. Малярчук Н.Н. Культура здоровья педагога (личностный и профессиональный аспекты): Дис. ... д-ра пед. наук (13.00.01). Тюмень, 2009.
4. Чимаров В.М. О воспитании культуры здоровья субъектов образовательного процесса дошкольных учреждений // Тюменская область сегодня. 2012. № 49. С. 6.
5. «Global Monitoring Report. Strong foundation: early childhood care and education». Всемирный доклад по мониторингу ОДВ, 2007.

Возможности использования энергизаторов в дошкольном образовании

Куркова Н.И.,

заместитель заведующего МАДОУ д/с № 50;

Малярчук Н.Н.,

д-р пед. наук, канд. мед. наук, профессор кафедры медико-биологических дисциплин и безопасности жизнедеятельности, ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет», г. Тюмень

Дошкольное образование — воспитание и обучение детей младшего возраста — это действия, которые способствуют выживанию, росту, развитию и обучению детей, включая аспекты их здоровья, питания и гигиены, познавательного-речевого, физического, социально-личностного и художественно-эстетического развитию, начиная с рождения ребенка и заканчивая его поступлением в начальную школу в рамках официального и неофициального, формального и неформального образования. Этот подход, в основном направленный на достижение нормального уровня жизни для детей младшего возраста, также важен и с точки зрения перспектив развития взрослых. Он имеет *цель* — помочь им стать здоровыми, социально и экологически ответственными, интеллектуально компетентными и экономически продуктивными.

Одна из задач педагогического коллектива МАДОУ д/с № 50 г. Тюмени — интегрировать воспитательную, образовательную и здоровьеразвивающую деятельность в единый педагогический процесс, который помог бы подготовить ребенка к эффективной жизнедеятельности в социуме.

В качестве одного из способов решения данной задачи мы рассматриваем использование энергизаторов.

Энергизаторы — это активный вид сознательной инициативной деятельности педагога и детей, направленный на достижение трех целей: физического развития ребенка (с помощью двигательной активности), его интеллектуального воспитания (через решение познавательных задач) и достижение эмоционального благополучия (с помощью создания психологически комфортной среды в детском коллективе).

Задачи, которые решают энергизаторы:

- совершенствуют функциональное состояние костно-мышечного каркаса, органов дыхания, кровообращения, сердечно-сосудистой и нервной систем детского организма;
- развивают ловкость, быстроту, выносливость, координационные способности;
- чувство ритма и память ребенка, умение согласовывать движения с речью;
- создают атмосферу игры;
- помогают достигать состояния радости и успеха, поскольку «без радости невозможна гармония здорового тела и здорового духа».

Мы используем различные виды энергизаторов: для решения учебных задач, устранения утомления, отрицательных эмоций, развития взаимопомощи, стимуляции иммунной системы, снятия напряжения с глазных мышц. Приведем примеры некоторых из них.

Для решения учебных задач

«*Зайцы*». Дети образуют пары и встают лицом друг к другу. Каждый участник в паре по очереди называет число до 10. Например, 5 и 9. Дети в уме вычисляют сумму чисел и прыгают 14 раз, завявшись за руки.

«*Земля, воздух, огонь, вода*». Дети становятся в круг. Водящий бро-

сает мяч любому участнику, прозвучав одно из слов: земля, вода, воздух, огонь. Игрок должен поймать мяч, назвать животное и вернуть мяч водящему. Условия игры: слово «земля» обозначает животное, обитающее на суше, «вода» — животное, приспособленное к жизни в воде, «воздух» — птица.

«*Кто летает, плавает, ползает*».

Дети выполняют различные движения при назывании животного, которое летает (машут руками как крыльями), плавает (делают плавательные движения), ползает (имитируют ползание).

«*Съедобное — несъедобное*».

Дети ловят мяч в случае, если названное перед броском слово обозначает съедобный предмет.

«*Поезд*». Дети выполняют роль вагончиков при имитации движения поезда со звуковыми сигналами, при этом каждый ребенок-«вагончик» показывает то, что везет.

Для устранения утомления

«*Перезрелые помидоры*». Воспитатель предлагает детям сделать массаж ушей: «Сначала пальцами массируем мочки ушей, затем разотрем ладонями уши вверх-вниз (повторяем несколько раз), вперед-назад (несколько раз) и “поцокаем” как лошадка». Затем воспитатель говорит детям: «Посмотрите на уши друг друга! Они стали похожи на перезрелые помидоры».

**Для устранения
отрицательных эмоций,
связанных
с ожиданием неудач**

Дети стоят. Воспитатель говорит и показывает: «Быстро-быстро сжимаем и разжимаем пальцы рук, одновременно моргаем» (повторить 2—3 раза). Воспитатель предлагает детям сжать кулаки и произнести следующие слова: «Я справлюсь! Я смогу! Я смелый!»

**Для поддержки
и взаимопомощи**

«Нападение волка». Участники разбиваются на команды, например «зайчики» и «белочки». У каждой команды есть свой «островок» (положить лист ватмана или обруч), который располагается на полу. По команде воспитателя «Двигаемся!» игроки обеих команд начинают передвигаться в разных направлениях, обходя «островки». По команде «Нападение волка!» участники должны быстро встать на свои «островки», спасая других, задерживая их руками, если они не успели на «островок».

**Для стимуляции
иммунной системы**

Осуществляются точечный массаж по А. Уманской и обширное умывание, которые сопровождаются стихами. Суть обширного умывания заключается в том, что ребенок, раздетый до пояса, под

руководством воспитателя выполняет ряд действий: «раз» — обмывает правой рукой левую кисть, «два» — обмывает левой рукой правую кисть; «три» — мокрой правой ладонью проводит от кончиков пальцев левой руки до локтя; «четыре» — мокрой левой ладонью проводит от кончиков пальцев правой руки до локтя; «пять» — мокрые ладони кладет сзади на шею и ведет одновременно вперед; «шесть» — мокрой правой ладонью делает круговое движение по груди; «семь» — мокрыми ладонями проводит по лицу от лба до подбородка; «восемь» — ополаскивает руки; «девять» — отжимает их, слегка стряхивая; «десять» — вытирает руки насухо.

Таким образом, энергизаторы (направленные на достижение физического развития и эмоционального благополучия детей, их интеллектуального воспитания) выступают в качестве одного из эффективных средств интеграции воспитательной, образовательной и здоровьеразвивающей деятельности в дошкольном учреждении.

Литература

Прочная основа. Образование и воспитание детей младшего возраста. Всемирный доклад по мониторингу ОДВ. 2007. С. 18.

Сухомлинский В.А. Сердце отдаю детям. Киев, 1969.

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ ПО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ В ДОУ



ЗИМНИЕ ЗАНЯТИЯ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ С ДЕТЬМИ 5—7 ЛЕТ Планирование, конспекты

Автор — Сулим Е.В.

Представлен оригинальный материал, предназначенный для повышения интереса детей к физкультуре на свежем воздухе в зимний период: обучение ходьбе на лыжах, катанию на санках, скольжению по ледяным дорожкам и спортивной игре «Сноубол». Содержатся планирование физкультурных занятий, конспекты занятий и разнообразные спортивные игры и упражнения.



ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ 6—7 ЛЕТ

Автор — Картушина М.Ю.

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 представлены приемы и методы оздоровления детей: различные виды массажа и самомассажа, комплексы общеразвивающих упражнений и корригирующей гимнастики, физкультминутки, пальчиковый игротренинг и т.д.



БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ Методическое пособие

Автор — Шорыгина Т.А.

В пособии представлены беседы, посвященные здоровому образу жизни — утренней зарядке, закаливанию, подвижным играм на свежем воздухе в любое время года, солнечным и воздушным ваннам. Новые сказки, стихи и загадки автора делают материал пособия увлекательным и доступным для детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста. Вопросы и задания призваны активизировать память и внимание, развить логическое мышление и речь ребенка. Материалы пособия могут использоваться при коллективной и индивидуальной форме обучения. Пособие адресовано учителям, родителям, гувернерам и воспитателям.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.



Пришлите заявку **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40,
по E-mail: sfera@cnt.ru, **по тел.:** (495) 656-75-05, 656-72-05
или закажите в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru

Не забудьте разборчиво написать свой **индекс и обратный адрес**
и заказать **бесплатные каталоги** издательства «ТЦ Сфера»:

«Дошкольное воспитание», «Логопедия», «Педагогика и психология»,
«Начальная и средняя школа», «Подписные издания».

Грипп и острые респираторные инфекции у детей

Базарова М.В.,

канд. мед. наук, врач-эпидемиолог высшей квалификационной категории, заместитель главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам в ГКУЗ Инфекционной клинической больницы № 1 Департамента Москвы, Москва

ПЕДИАТРИЯ



Грипп — одно из самых распространенных инфекционных заболеваний, способное приводить к массовым вспышкам и даже эпидемиям почти ежегодно. Это прежде всего связано с тем, что вирус гриппа крайне изменчив. Ежегодно появляются новые подвиды (штаммы) вируса, с которыми наша иммунная система еще не встречалась и, следовательно, не может легко справиться.

Совокупность данных эпидемиологического и лабораторного мониторинга в Москве показала, что эпидемический подъем заболеваемости гриппом и ОРВИ в сезоне 2011—2012 гг. был смешанной этиологии с преимущественной циркулирующей вирусом гриппа А(Н3N2) и гриппа В.

Сезонный подъем заболеваемости гриппом и ОРВИ начался с сентября 2011 г. и завершился лишь к середине мая 2012 г. В этиологической структуре выделенных возбудителей преобладали возбудители респираторных инфекций.

Всего за сезон 2011—2012 гг. в Москве зарегистрировано 2 млн 640 тыс. больных гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ).

На долю детского населения пришлось более 60% от всех зарегистрированных случаев заболеваний. В стационары города были госпитализированы 46 тыс. человек с диагнозами грипп или ОРВИ, из которых 85% составили дети.

Грипп — это острое, тяжелое вирусное заболевание, которое может поражать верхние и нижние дыхательные пути, сопровождается выраженной интоксикацией и может приводить к серьезным осложнениям. Особую опасность представляет для детей и пожилых людей. Частота заболевания среди детей в 2—4 раза выше, чем среди

взрослых. Известно, что дети грудного и младшего возраста до 2 лет болеют гриппом чаще, чем дети старшего возраста ввиду отсутствия у них иммунологической памяти к вирусу гриппа. Особую опасность грипп представляет для детей с наличием хронических заболеваний. Например, при бронхиальной астме грипп протекает существенно тяжелее.

Грипп и острые респираторные вирусные инфекции — близкие друг другу заболевания (и по способу заражения, и по основным проявлениям), однако это не одно и то же. Грипп вызывает значительно большую интоксикацию, часто протекает тяжело и приводит к различного рода осложнениям, включая острый средний отит, бронхиты и пневмонии.

Источником инфекции является больной человек. Ранее считалось, что зимним эпидемиям гриппа способствует длительное пребывание людей в закрытых помещениях, а также из-за меньшей солнечной активности, которая летом разрушает вирусы. Новое исследование ученых установило, что кроме этих причин важный фактор — собственно строение вирусов гриппа. Ученые провели исследование вирусов гриппа с помощью магнитно-ядерного резонанса и обнаружили, что снаружи вирусы покрыты оболочкой, имеющей свойства жира. При температурах от 40 до 4 °С оболочка вируса в разной степени кристаллизуется. Чем ниже температура, тем тверже

оболочка и тем дольше вирус сохраняется в окружающей среде и более устойчив к моющим средствам. Именно это располагает к лучшему распространению гриппа в холодное время года.

Вирусы выделяются в окружающую среду с капельками слюны, мокротой, отделяемым из носа при кашле и чихании. На короткий промежуток времени вокруг больного образуется зараженная зона с максимальной концентрацией аэрозольных частиц. Частицы размером более 100 мкм (крупнокапельная фаза) быстро оседают. Дальность их рассеивания обычно не превышает 2—3 м. Вирусы могут попасть на слизистые носа, глаз или верхних дыхательных путей непосредственно из воздуха, при тесном контакте с больным человеком, а могут осесть на различных поверхностях и далее попадать на слизистые оболочки и контактным путем при использовании общих с больным предметов гигиены.

Через слизистую оболочку верхних дыхательных путей (носа, глотки, гортани) вирусы проникают в клетки и начинают активно размножаться, вызывая поражение в первую очередь трахеи, а при тяжелом течении болезни в процесс вовлекаются все отделы воздухоносных путей вплоть до альвеол. Всего за несколько часов вирус гриппа воздействует практически во всей слизистой оболочке верхних дыхательных путей.

Инкубационный период при гриппе очень короткий — от

заражения до первых проявлений заболевания проходит в среднем от нескольких часов до трех суток. Грипп всегда начинается остро и на первый план быстро выходят симптомы интоксикации.

Интоксикация имеет следующие проявления:

- в первую очередь высокая лихорадка: при легком течении температура не выше 38 °С; при гриппе средней тяжести — 39—40 °С; при тяжелом течении — выше 40 °С, на фоне высокой температуры может быть тошнота и рвота;
- озноб и головная боль — особенно в области лба и глаз;
- боли в мышцах — особенно в ногах и пояснице, суставах;
- слабость, недомогание и ухудшение, а у детей полное отсутствие аппетита.

Лихорадочный период при неосложненном течении гриппа обычно длится от одного до шести дней, после чего температура тела снижается до нормального уровня. Наиболее короткий, но с бурным подъемом температуры до 39,5—41 °С, лихорадочный период при гриппе *A*, более длительный — при гриппе *B*. Если температура держится дольше, то вероятнее всего возникли какие-либо бактериальные осложнения.

Катаральные явления: осиплость голоса, насморк, кашель (при неосложненном течении это обычно сухой кашель, резь в глазах, слезотечение) сохраняются в среднем 7—10 дней. Очень характерный признак при гриппе —

покраснение лица при общей бледности кожных покровов, а также возможны мелкие кровоизлияния или расширение сосудов склер глаз.

Как уже было сказано выше, длительный лихорадочный период (температура держится дольше 5—6 дней) свидетельствует о возникновении бактериальных осложнений, в связи с чем необходима госпитализация в инфекционный стационар. У детей от 6 мес. до 5 лет течение болезни может быть очень тяжелым, с развитием энцефалических реакций, нейротоксикоза и менингоэнцефалита при слабо выраженных катаральных явлениях со стороны дыхательных путей. Развивающийся отек головного мозга при этих поражениях представляет угрозу для жизни ребенка.

Часто выявляется сегментарное поражение легких, развиваются стеноз гортани, астматический синдром. Наиболее тяжело, с осложнениями, грипп протекает у пациентов с хроническими бронхолегочными, сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом.

Осложнения гриппозной инфекции различаются по времени развития (ранние или поздние), этиологии (вирус-ассоциированные или бактериальные) и по локализации.

Наиболее частым осложнением является пневмония — вирусная первичная (в первые 24—48 ч), вторичная — бактериальная или вирусно-бактериальная, развиваются острый средний отит, синуситы

и другие серьезные заболевания. На фоне присоединения бактериальной инфекции стремительно развивается бактериальная пневмония, в развитии которой наиболее значимые патогены — стафило- и стрептококки (пневмококки), гемофильная и синегнойная палочки, клебсиелла, микоплазма, хламидии, легионеллы, реже другие представители бактерий.

Важный принцип лечения гриппа и других ОРВИ — применение этиотропной терапии в максимально ранние сроки. Имеется достаточно эффективный потенциал противогриппозных средств, которые можно применять в педиатрической практике. Например, ремантадин — ингибитор всех известных штаммов вируса гриппа *A*. Его детскую форму можно применять у детей с 1 года. Другим противовирусным препаратом является арбидол, активный в отношении вирусов гриппа *A* и *B*. Он используется при гриппе независимо от типа вируса. Ингибиторы нейраминидазы представляют собой новое поколение противовирусных препаратов, используемых в лечении гриппа *A* и *B*. Это реленца (занамивир) и озельтамивир (тамифлю). Они избирательно ингибируют активность нейраминидазы вируса гриппа, ответственных за освобождение новых вирусных частиц из инфицированных клеток дыхательных путей. Тамифлю действует на все типы вируса гриппа *A* и *B*, выпускается в капсулах и в виде порошка для

приготовления суспензии. При приеме препарата в 1–2-е сутки заболевания в 40% случаев снижаются тяжесть и продолжительность симптомов гриппа, в 50% — частота осложнений.

Для повышения резистентности организма и укрепления иммунитета используют иммуномодулирующие препараты. Следует обратить внимание на иммуномодуляторы бактериального — ИРС-19 или растительного — имунал происхождения.

ИРС-19 — иммуностимулирующий препарат на основе бактериальных лизатов, выпускается в виде интраназального спрея, применяется как для профилактики, так и для лечения острых и хронических заболеваний верхних дыхательных путей и бронхов, а также для восстановления местного иммунитета после перенесенного гриппа и ОРВИ. Препарат применяют у взрослых и детей с 3 мес. С профилактической целью ИРС-19 применяют по 1 дозе (впрыскиванию) препарата в каждый носовой ход 2 раза в день в течение двух недель. Защитный профилактический эффект сохраняется последующие 3–4 месяца. Для лечения: детям с 3 мес. до 3 лет: по 1 дозе препарата в каждый носовой ход 2 раза в день, после предварительного освобождения от слизистого отделяемого; детям старше 3 лет и взрослым: по 1 дозе препарата в каждый носовой ход от 2 до 5 раз в день до исчезновения симптомов инфекции. ИРС-19 может при-

меняться в самом начале заболевания (грипп или ОРВИ) в качестве средства экстренной профилактики бактериальных осложнений, которые часто сопровождают вирусные инфекции.

Иммунал — растительный препарат на основе сока эхинацеи пурпурной. Рекомендован для предотвращения и лечения простудных заболеваний и гриппа. Существуют две формы препарата — капли и таблетки. Препарат в форме капель принимают 3 раза в день по 5–20 капель в зависимости от возраста (с 1 года); в таблетированной форме: по 1 таблетке 1–4 раза в день в зависимости от возраста (с 4 лет). На острой стадии заболевания начальная доза составляет 40 капель, затем первые два дня принимают по 20 капель через 1–2 ч, после чего продолжают лечение нормальными дозами.

Назначают симптоматические средства, улучшающие функциональное состояние мукоцилиарной системы — эреспал 4 мг/кг в сутки в 4 приема, амброксол, бромгексин и др.; при мучительном выраженном кашле используют противокашлевые препараты, лишь уменьшающие его интенсивность, но не подавляющие эту защитную реакцию, такие как синекод, либексин, глаувент, тусупрекс. *При продуктивном кашле они противопоказаны!*

Необходимо также применять средства, улучшающие метаболизм, что достигается назначением витаминных комплексов, в состав которых входят антиоксиданты.

Профилактика гриппа

Профилактические мероприятия заключаются в первую очередь в ограничении контакта с заболевшими людьми. При невозможности полной изоляции больного необходимо, чтобы окружающие его лица использовали защитные маски с регулярной их сменой каждые 4 ч. Кроме того, следует помнить, что вирусы способны некоторое время задерживаться на предметах личной гигиены больного человека, а также на различных поверхностях в помещении, где он находится. Поэтому важно мыть руки после контакта с предметами, на которых могут оставаться вирусы. Нельзя также дотрагиваться грязными руками до носа, глаз, рта. Следует отметить, что мыло, безусловно, не убивает вирусы гриппа. Но тщательное мытье рук водой с мылом вызывает механическое удаление всевозможных микроорганизмов с кожных покровов рук, что вполне достаточно для защиты от гриппа.

Кроме того, риск заболевания ОРВИ напрямую зависит от иммунитета, т.е. сопротивляемости организма инфекциям. *Для поддержания нормального иммунитета необходимо:*

— правильно и полноценно питаться: пища должна содержать достаточное количество белков, жиров и углеводов, а также витаминов. В осенне-весенний период, когда количество овощей и фруктов в рационе снижается, возможен дополнительный прием комплекса витаминов;

- регулярно заниматься физическими упражнениями, желательно на свежем воздухе, в том числе ходьбой в быстром темпе;
- обязательно соблюдать режим отдыха.

Решающую роль в профилактике гриппа, безусловно, играет *вакцинопрофилактика* — специфическая защита, в отличие от неспецифических препаратов. Для этой цели в настоящее время используются в основном инаktivированные вакцины. Вакцины против гриппа ежегодно обновляются. Вакцинация проводится вакцинами, созданными против вирусов, циркулировавших в предыдущую зиму, поэтому эффективность ее зависит от того, насколько те вирусы близки настоящим. Однако известно, что при повторных вакцинациях эффективность возрастает. Это связывают с тем, что образование антител — защитных противовирусных белков — у ранее вакцинировавшихся людей происходит быстрее.

Прививки против гриппа должны по возможности получать все группы детского населения, начиная с 6-месячного возраста, однако *в первую очередь вакцинация должна проводиться в следующих группах риска:*

- дети с хроническими легочными заболеваниями, включая больных среднетяжелой и тяжелой астмой и хроническим бронхитом;
 - болезнями сердца, в том числе со значительными гемодинамическими нарушениями;
 - серповидноклеточной анемией и другими гемоглобинопатиями;
 - иммунопатологией, включая ВИЧ-инфекцию;
 - получающие иммунодепрессивную терапию;
 - больные сахарным диабетом, хроническими почечными и метаболическими заболеваниями;
 - дети и подростки, длительно получающие аспирин (риск возникновения синдрома Рея после гриппа).
- Для предупреждения возникновения заболевания гриппом у новорожденных и детей в возрасте до 6 мес. особенно важно иммунизировать взрослых, находящихся с ними в тесном контакте.
- Вакцинацию против гриппа можно проводить в любое время года, но лучше ее начинать осенью (сентябрь — ноябрь), перед началом гриппозного сезона. Инаktivированная вакцина у взрослых вводится однократно, тогда как у детей лучше ее вводить двукратно с интервалом в 30 дней. Эти различия определяются тем, что у взрослых вакцинирующая доза с большей вероятностью, чем у детей, играет роль поддерживающей (бустерной).
- На сезон 2012—2013 гг. для стран Северного полушария ВОЗ рекомендовала следующий штаммовый состав противогриппозных вакцин:
- A/California/7/2009 (H1N1)pd m09;
 - A/Victoria/361/2011 (H3N2);
 - B/Wisconsin/1/2010 (линия Ямагата).

Для этой цели в настоящее время используются следующие инаktivированные вакцины:

- гриппол, гриппол плюс, гриппол нео (ТНЦ Институт иммунологии, Москва, Россия) — тривалентная полимер-субъединичная вакцина, содержащая поверхностные антигены вируса гриппа трех подтипов: *A (H3N2)*, *A (H1N1)* и *B*, конъюгированные с иммуностимулятором полиоксидонием;

- ваксигрип — очищенная инаktivированная сплит-вакцина производства компании Пастер Мерье Коннот (Франция), содержащая в одной прививочной дозе не менее 15 мкг гемагглютинаина вируса гриппа *A (H3N2)*, не менее 15 мкг гемагглютинаина вируса гриппа *A (H1N1)*, 15 мкг гемагглютинаина вируса гриппа *B*;

- флюарикс (Смит Кляйн Бичем, Бельгия) — инаktivированная очищенная гриппозная сплит-вакцина;

- инфлювак (Солвей Фарма, Нидерланды) — трехвалентная субъединичная инаktivированная гриппозная вакцина;

- расщепленные сплит-вакцины (Ваксигрип, Флюарикс), а также субъединичные вакцины (Инфлювак, Агриппал) можно вводить, начиная с 6 мес.

Инаktivированные расщепленные вакцины слабо реактогенны. В месте введения возможны легкая болезненность, покраснение и слабая инфильтрация; редко возникают общие реакции в виде повышения температуры тела,

головной боли, недомогания, миалгий и др. Частота местных и общих реакций зависит от возраста. У детей в возрасте до 5—7 лет они возникают реже, чем у взрослых.

В заключение хочется еще раз подчеркнуть, что грипп — тяжелая вирусная инфекция, поражающая людей независимо от пола и возраста. Заболевание гриппом сопровождается большим числом осложнений, особенно у маленьких детей и пожилых людей. Профилактике и лечению гриппа сегодня придается государственное значение: грипп вошел в число наиболее значимых заболеваний, на борьбу с которыми ежегодно выделяется дополнительное финансирование. При этом многие специалисты сходятся в одном: проблему снижения заболеваемости гриппом и ОРВИ невозможно решить только государственными инициативами. Никакая политика, направленная на предотвращение эпидемий гриппа, не станет достаточно эффективной, пока каждый из нас не будет более ответственно относиться к здоровью своему и своих детей. Для профилактики гриппа на настоящий момент существует широкий выбор лекарственных средств. Не следует забывать и о достаточно простых, но очень эффективных мерах: занятия спортом, закаливание, рациональное питание, полноценный сон и др. И безусловно решающую роль в профилактике гриппа играет вакцинация. Весь комплекс мер поможет противостоять заболеванию в период эпидемии.

Средства народной медицины при лечении ожогов и ран

Парамонов Б.А.,

д-р мед. наук, профессор, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург

Рецепты народной медицины не потеряли своего значения до сих пор. Необходимо отметить, что в значительном числе случаев механизмы лечебного действия такого рода препаратов изучены недостаточно хорошо. Лекарственные растения служат основным источником получения огромного количества биологически активных соединений (не все из них установлены и изучены), часть из которых может быть использована при лечении ран, в том числе ожоговых (см. таблицу). В частности действующими веществами ряда растений (дягиля, зверобоя, золототысячника, клевера, майфана, ромашки, тысячелистника) являются эфирные масла, обладающие противовоспалительной и антибактериальной активностью. Лечебное действие липы обусловлено наличием в ней флавоноидов (Г.Г. Журавлева и соавт., 1979). Спорыш и подорожник также содержат флавоноиды, оказывающие бактерицидное действие. Дуб, зверобой, подорожник, ревень содержат дубильные вещества, обладающие вяжущими свойствами (М.Я. Ловкова и соавт., 1990). Из зверобоя в последнее время были выделены анти-

биотики иманин, новоиманин и гиперфорин (Б.Е. Айзерман, 1978). Из перечисленных выше растений лишь некоторые (зверобой продырявленный, подорожник большой, полынь и тысячелистник) используются в России для лечения ран и ожогов (И.Э. Акопов, 1981; Д.Д. Таран и соавт., 1989). В Венгрии был разработан препарат «*Naksol*», предназначенный для лечения ожогов, в состав которого входят экстракты из лепестков розы (*Cs. Fenyvesi*, 1985; *J. Feher, I. Marsofsky*, 1985 и др.). Весьма перспективным представляется местное использование в ранние сроки после ожога производных из *Aloe vera* в виде растворов или геля, что позволяет уменьшить выраженность тканевой ишемии и в ряде случаев приводит к уменьшению глубины поражения. Это связано с тем, что алоэ обладает способностью ингибировать тромбоксаны (*J. Heggers et al.*, 1990). Алоэ обладает антибактериальными и противогрибковыми свойствами. Однако применение ее на раны сопровождается выраженной болевой реакцией. Экстракт лакрицы (солодкового корня) обладает антимикробными, противовоспали-

тельными и ранозаживляющими свойствами (М.Ю. Липченко, Ш.М. Каримов, 1992). Некоторые препараты народной медицины способствуют более быстрому очищению ран от омертвевших тканей. В частности масло калины способствует более раннему появлению макрофагов, что приводит к быстрому удалению тканевого детрита и созреванию грануляций (И.Н. Астахова и соавт., 1995). Ряд препаратов из лекарственных растений действует преимущественно во второй и третьей фазах раневого процесса. Так, масло шиповника, в состав которого входят каротиноиды, токоферолы, насыщенные и ненасыщенные жирные кислоты, позитивно влияет на процессы репаративной регенерации (К.З. Киньябулатова, 1979; М.Д. Машковский, 1987). На основе экстракта из люцерны разработана 10% мазь «Эраконд», обладающая способностью усиливать процессы регенерации. В 80-е гг. XX столетия для лечения поверхностных ожогов стали использовать порошок из коры дерева *Mimosa Tenuiflora*, растущего в Центральной Америке (D. Wasserman et al., 1990). Во Вьетнаме для лечебных целей с успехом применяют водный экстракт коры дерева *Choerospondias axillaris*. В доступной литературе указания на действующее начало этого препарата отсутствуют. Известно также, что облепиховое масло положительно влияет на процессы репаративной

регенерации тканей (Л.А. Шевнюк и соавт., 1979; Н.Е. Акмолова, Л.Д. Лебедева, 1985). Известно, что в последнее время из ряда плодов получены лечебные препараты, предназначенные для лечения ран: липохромин — из плодов шиповника; аромелин — из плодов аронии черноплодной; сорбилин — из плодов рябины обыкновенной (Б.М. Даценко и соавт., 1995). В первой фазе раневого процесса можно использовать настойку и мазь календулы, сок каланхоэ и мазь «Вулнузан», получаемую из маточников поморийских соляных озер (Д.М. Машковский, 1987). Из семян расторопши пятнистой получен бальзам «Натурсил», обладающий противовоспалительными свойствами (А.А. Филимонов и соавт., 1996). До сих пор не потеряла своего значения мазь А.В. Вишневского, содержащая в своем составе древесный уголь, ксероформ и касторовое масло. Линимент бальзамический по А.В. Вишневскому — комбинированный препарат, содержащий в своем составе (масс. %): дегтя — 3,0; ксероформа — 3,0; масла касторового — 94,0. Действие линимента Вишневского обусловлено свойствами входящих в его состав компонентов. Деготь березовый содержит фенол, толуол, ксилол, смолы и другие вещества. Препарат обладает дезинфицирующим и местно-раздражающим действием, в результате чего улучшает кровоснабжение тканей и стимули-

рует регенерацию эпидермиса. Ксероформ (трибромфенолят висмута основной с окисью висмута до 50—55%) — вяжущее, подсушивающее и антисептическое средство. Однако при введении в гидрофобную основу (касторовое масло) его подсушивающее действие, проявляющееся в форме присыпки, утрачивается. Кроме того, при использовании препарата гидрофобная основа мази не в состоянии абсорбировать воду и экссудат. Приписываемое мази определенное осмотическое действие (М.И. Кузин и соавт., 1985) связано, видимо, с методологическими ошибками его определения. Существенно реже применяется мазь Конькова, имеющая в своем составе, кроме дегтя, антисептик этакридин, пчелиный мед, касторовое масло (или рыбий жир) и воду.

Хвойные деревья как источник лекарственных препаратов в фармакопее занимает важное место. В медицине используются сосновая хвоя, почки, сосновая смола и продукты ее перегонки. В качестве основы для мазей используется фитостерин, полученный гидролизом в щелочной среде из древесины сосны (А.М. Халецкий, Л.Н. Федоров, 1946), а также отдельные фракции сосновой смолы (Н.П. Голуб и соавт., 1946). Положительно влияет на раневой процесс пихтовое масло (Б.М. Даченко и соавт., 1995). Весьма перспективным средством является 5% мазь «Биопин», в состав ко-

торой входят сосновая живица и пчелиный воск. Установлено, что этот препарат обладает антиоксидантными свойствами, оказывает стимулирующее влияние на систему неспецифической резистентности, обладает иммуномодулирующими свойствами.

Лечебными свойствами обладают и другие растения, в том числе употребляемые в пищу. В частности для лечения ожогов можно использовать вареную картофельную кожуру (*R. Dattatreya et al.*, 1990). Исследования авторов из Индии и Великобритании показали, что лечебные свойства кожуры различных сортов картофеля зависели от содержания в нем гликоалкалоидов. Эффекты от применения кожуры на ожоговые раны III-а степени были сравнимы с таковыми при использовании коллагена, полученного из кожи овец. Согласно утверждению индийских авторов, аппликация вареной кожуры картофеля приводит к снижению боли, раневое ложе не пересыхает, эпителизация происходит достаточно быстро. Ожоги II степени заживают в течение 10 суток, а III-а степени — в течение трех недель. Картофельную кожуру также можно использовать для подготовки гранулирующих ран к пластике (*M. Keswani et al.*, 1990; *B. Sarma, N. Sarma*, 1998). Для лечения поверхностных ожогов в Индии также используются листья банана (*Madhuri Gore*, 1998). В ряде случаев их перед

аппликацией на раневые поверхности смазывают кокосовым маслом. Ученые из индийского института в г. Мумбаи сообщили о наличии вырожденных антибактериальных свойств растений *neem*, *vad*, *pipal*, *gular* и *pakar* (B. Nabar, R. Bhatt, 1998). В индийской народной медицине также применяются экстракты растений, обладающих антибактериальными (*Picrorhiza kurreea*, *Cassia Fistula*, *Embllica officinalis*, *Euphora thymfolia*, *Curcuma longus*) и противовоспалительными (*Allium sativatum*, *Boerhaevia diffusis*, *Curcuma longa*, *Ricinus communis*) свойствами. В научных сообщениях специалисты из Китая нередко указывают на применение разнообразных лекарственных препаратов растительного происхождения для лечения ожоговых ран. Вместе с тем при этом приводят только народные названия растений, что не позволяет врачам из других стран перенимать китайский опыт. Определенную известность получил препарат «*Bactericide II*», обладающий антибактериальными свойствами и ускоряющий заживление ран. Раневое покрытие «*Chimecherba*» (Китай), сделанное из хитина, хитозана и экстрактов трав весьма эффективно при лечении ожогов III-а степени.

Известны попытки применения для лечения ран листьев салата-латука, шафрана, куркумы, капусты, подорожника, отвара чайного листа, речной тины и

других растений. Вместе с тем объективной оценки лечебных свойств этих препаратов не проводилось.

В Пакистане для лечения ран применяют так называемый *ghee*, получаемый путем многократного нагревания и охлаждения масла. В ряде стран Европы и в России среди населения распространено мнение о возможности лечения ран яичным желтком. В качестве раневого покрытия может использоваться мембрана, покрывающая куриные яйца изнутри (Maeda K., Sasaki Y., 1982). Молочные продукты (концентрированное молоко, йогурт) также иногда применяются для лечения ран.

В 1980—1990 гг. в России получили распространение книги по натуротерапии, в связи с чем участились случаи использования населением мочи для лечения ран. Позитивный эффект связан с наличием в моче некоторого количества эпидермального фактора роста. В ряде случаев (при наличии поверхностных ожогов) такое лечение действительно оказывает положительный эффект. Однако гораздо чаще аппликация мочи приводит к инфицированию ран и развитию гнойных осложнений.

Продукты гидросферы также широко используются для лечения ожоговых ран. В частности из бурых водорослей получают альгиновые кислоты, обладающие ранозаживляющим действием (А.А. Ада-

мян и соавт., 1991; Б.Н. Арутюнян и соавт., 1991; Ю.К. Василенко и соавт., 1992; К.М. Седларик, 1993; С.П. Глянцев и соавт., 1993; В.М. Матасов и соавт., 1995; Б.М. Даченко и соавт., 1995 и др.). Для местной консервативной терапии могут также использоваться препарат «Спирулина» из одноименной водоросли (В.К. Гусак и соавт., 1996), а также полисахариды хитин и хитозан, получаемые из панциря морских ракообразных (крабов, креветок, криля) и некоторых водорослей (А.М. Дубинская, А.Е. Добровольский, 1989). В Индии для лечения ожоговых ран используют кожу лягушек, экстракт из кожи жаб и мышечную ткань варанов.

Отдельно следует отразить возможности применения продуктов пчеловодства для лечения ран (Д.С. Джарвис, 1981; Г.Д. Морс, 1981; Й. Чижмарик, 1981; К.А. Кузьмина, 1981 и др.). Пчелиный воск входит в состав ряда современных рецептов, применяющихся в медицине для заживления ран кожи (Т.Г. Тертерова, 1967; И. Берсерос, 1981; З.А. Макашвили, 1981; Т.В. Баззаев, 1984). В качестве лечебного средства местного действия могут использоваться мед и его сочетания с антиоксидантами и полиэтиленгликолем (*M. Carmakci et al.*, 1990; *N.N. Subrahmanyam*, 1996). Для лечения ран может использоваться также прополис (Н.И. Атясов и др., 1981; С.П. Пахомов, 1981; Н.Ф. Корсун, 1983). Пчелиный воск наряду с сосновой живицей входит

в состав мази «Биопин» (Г.Ш. Мчедлидзе и соавт., 1997).

Весьма известным препаратом народной медицины является мумие. Известны попытки местного применения препарата в виде мази для лечения длительно незаживающих ран и язв (А.М. Лимарев, В.Д. Петрик, 1983; Г.В. Кошлаков, 1984). Вместе с тем в настоящее время нет убедительных данных, свидетельствующих о существенном улучшении результатов лечения.

Весьма часто для лечения ран применяют вещества, предназначенные совершенно для других целей. В частности обыватели часто используют тальк, муку, зубную пасту, порошок кофе и другие вещества.

Необходимо отметить, что средства народной медицины могут использоваться при лечении ожогов наравне с фармакопейными препаратами. Вместе с тем механизмы действия большинства из них до сих пор не изучены. **Поэтому использовать такого рода рецептуры может только врач, знакомый с особенностями раневого процесса при ожогах и способами лечения термической травмы.**

В заключение по данному разделу можно сделать следующее обобщение. Практически все препараты народной медицины недостаточно изучены, за редким исключением, не выявлены механизмы их влияния на ткани организма.

**Некоторые лекарственные растения,
используемые при лечении ожогов**

Название	Используемая часть	Вид (отвар, настой)	Местное действие на раны	Где растет
1	2	3	4	5
Вероника (седая длиннолистная, лекарственная) — <i>Veronica incana</i> L	Облиственные верхушки растения, собранные в начале цветения	Общее, аппликация на раны, компрессы на ушибы, ванны, примочки, настой при солнечном ожоге	Ранозаживляющее, кровоостанавливающее, болеутоляющее, желчегонное	Кавказ, Крым, Европейская часть
Арника горная — <i>Arnica montana</i> L	Настойка из цветков, отвар из корней	Аппликации на раны	Кровоостанавливающее, свертываемость крови	Карпаты, Прибалтика, Приднестровье
Багульник болотный — <i>Ledum palustre</i> L	Листья и молодые веточки (трава), собираемые в августе — сентябре	Наружное применение на раны	Гемостатическое, ранозаживляющее, расширяющее сосуды	Европейская часть, Сибирь, Дальний Восток
Гулявник (жеруха струйчатая) — <i>Descurania Sophis</i> L. Schur	Трава	Отвар	Кровоостанавливающее, жаропонижающее, ранозаживляющее	Верхняя часть РФ, Кавказ, Сибирь, Дальний Восток
Гинура перистонадрезанная — <i>Gunura pinnatifida</i> D.S	Корень, листья	Отвар, местно на раны, сок, сырые листья	Кровоостанавливающее, ранозаживляющее, при укусе змей, пчел	— // —

1	2	3	4	5
Горец (тонкий, вьющийся, таран растопыренный, перечный или водяной перец, Амурский, птичий или гусятница, спорыш) — <i>Polygonum convolvulus</i> L	Цветы и листья. Трава (свежая, тертая)	Сок, листья. Свежеотжатую траву на рану	Ранозаживляющее, кровоостанавливающее, при гнойных ранах, лучевой болезни	Средняя Азия, Сибирь, Европейская часть, Россия, Приднестровье, Приморье, Сахалин, Камчатка, Курилы
Гречиха посевная — <i>Poligonaceae</i>	Цветы и листья	Листья	Ранозаживляющее, кровоостанавливающее	— // —
Дескурания Софии (гулявник или жеруха струйчатая) — <i>Deskurania Sophia</i> L. Schur	Трава	Отвар	Ранозаживляющее, кровоостанавливающее	Европейская часть, Кавказ, Сибирь, Дальний Восток
Живучка женеvская, елочковидная и Хиосская — <i>Ajiga genevensis</i> L., <i>Ajiga genevensis</i> (L.) Schreb, <i>Ajiga chia</i> Schreb	Наземная часть	Настои (6—8 г на 200 мл кипящей воды), остудить, процедить и принимать по 1 ст. ложке 5 раз в день	Ранозаживляющее, обезболивающее, противовоспалительное	Кавказ, Европейская часть
Зверобой продырявленный — <i>Hypericum perforatum</i>	Наземная часть (трава)	Отвар, компрессы, отвар наружно при ожогах	Ранозаживляющее, кровоостанавливающее	Средняя Азия, Европейская часть, Кавказ, Сибирь
Зопник клубненосный — <i>Phlomis tuberosa</i> L	Листья	Настои	Ранозаживляющее, кровоостанавливающее, противовоспалительное	Молдавия, Краснодарский край, Украина

1	2	3	4	5
Клевер луговой — <i>Tifolium pratense L</i>	Соцветия, листья	Водный отвар, свежие толченые листья и сок свежей травы, отваром промывают раны, кладут на них сок свежих листьев	Ранозаживляющее, кровоостанавливающее	Юго-восток и юго-запад зоны РФ
Крапива двудомная — <i>Urtica dioica L</i>	Листья, собранные во время цветения	Толченые листья, свежее растение и сок, настой, наружно	Кровоостанавливающее, снижает экссудацию из ран, оптимизирует грануляцию и эпителизацию пораженных тканей	Европейская часть, Сибирь, Кавказ, Средняя Азия, Дальний Восток
Крестовник обыкновенный — <i>Senecio vulgaris L</i>	Наземная часть растения	Отвар из листков, наружно, экстракт	Кровоостанавливающее	Европейская часть, Сибирь, Кавказ, Средняя Азия, Дальний Восток
Купена приземистая, аптечная — <i>Polygonatum humile Fisch., Polygonatum officinale All</i>	Измельченные корневища	Отвар 0,5 л воды для примочек и компрессов при ушибах, ссадинах (синяков)	Кровоостанавливающее и ранозаживляющее, болеутоляющее	Приморье, Приамурье, Сахалин, Курилы, Индия, Кавказ. Культивируется в России
Люцерна хмелевидная — <i>Medicago Lupulina L</i>	Листья	Настой, отвар, чистый сок, наружно	Ранозаживляющее, противовоспалительное	Повсеместно
Осина — <i>Populus tremula L</i>	Кора, молодые побеги, почки, листья	Внутри	Кровоостанавливающее, противовоспалительное, ранозаживляющее	Европейская часть, Кавказ, Средняя Азия, Дальний Восток, Сибирь
Переступень двудомный — <i>Bryonia dioica Jacq</i>	Корни, собираемые до начала цветения	Внутри	Ранозаживляющее, кровоостанавливающее	Европейская часть, Кавказ, Средняя Азия, Дальний Восток, Сибирь

1	2	3	4	5
Подорожник большой (обыкновенный) — <i>lantago major L</i>	Листья, сок, настой, экстракт, отвар внутрь, наружно	Порошок из высушенных листьев	Ранозаживляющее, кровоостанавливающее	Повсеместно
Рогоз широколистный — <i>ypha latifolia L</i>	Корневища, листья	Настой	Ранозаживляющее и кровоостанавливающее	Средняя Азия, Европейская часть
Сушеница топяная — <i>Gnaphalium uliginosum L</i>	Наземная часть (трава)	Отвар	Ранозаживляющее, кровоостанавливающее	Повсеместно
Тысячелистник обыкновенный, (гречиха дикая, нарезник, кровавник) — <i>Achillea millefolium.</i>	Соцветия, листья и верхушки цветущих растений (трава)	Сок	Ранозаживляющее, кровоостанавливающее	Европейская часть, Средняя Азия, Кавказ, Сибирь
Хвощ полевой — <i>Equisetum arvense L</i>	Вегетативные ветвистые побеги (трава)	Сок — наружно на рану	Кровоостанавливающее	Повсеместно
Щавель водяной — <i>Rumex aquaticus L</i> . Щавель курчавый — <i>Rumex crispus L</i>	Листья. Корни, трава, семена	Цельные листья, отвары корней и листьев, порошок корней со сливками	Ранозаживляющее при язвах, лишаих, как слабительное, антимикробное	Средняя Азия, Кавказ, Сибирь, Дальний Восток
Куркума пахучая — <i>Curcuma aromatica Saliab</i>	Измельченные корневища	Отвар 0,5 л воды для примочек и компрессов при ушибах, ссадинах (синяках)	Кровоостанавливающее, ранозаживляющее, болеутоляющее	Приморье, Приамурье, Сахалин, Курилы, Индия, Кавказ. Культивируется в России
Экспарцет закавказский — <i>Onobrychis transcasicasia Grossh</i>	Листья свежие	Отвары, настои	Ранозаживляющее, кровоостанавливающее	Средняя Азия, Кавказ, Сибирь, Дальний Восток

Социальная адаптация и физическая реабилитация детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Экки Л.М.,

МБ С(К)ОУ С(К) начальная школа — детский сад для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата № 82, г. Тюмень

У обучающихся начальной школы — детского сада № 82 основной диагноз — ДЦП разной степени тяжести. У 80% детей V группа здоровья.

В соответствии с формулировкой ВОЗ понятия «здоровье» и «инвалидность» трактуются как взаимоисключающие, т.е. получается, что у детей, с которыми работает школа, не может быть здоровья. Но для них здоровье — это преодоление болезни.

Первой ступенькой на этом пути становится **адаптивная физическая культура (АФК)** — комплекс мер спортивно-оздоровительного характера, направленных на реабилитацию и адаптацию к нормальной социальной среде людей с ограниченными возможностями здоровья. Магистральным направлением АФК выступает формирование двигательной активности как биологического и социального фактора воздействия на организм и лич-

ность человека. АФК ставит задачи максимального отвлечения от своих болезней и проблем в процессе учебной, соревновательной и рекреационной деятельности, предусматривающей общение, развлечение, активный отдых и другие формы нормальной человеческой жизни.

Основные положения АФК сформулированы С.П. Евсеевым из Санкт-Петербургской академии физической культуры имени П.Ф. Лесгафта. Но программ для детей младшего школьного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата явно недостаточно.

Результатом нашей многолетней работы с детьми данной категории стало создание авторских программ: программа по адаптивной физической культуре (урок) и комплексная программа по АФК.

Цель комплексной программы: физическая реабилитация и со-

циальная адаптация детей с нарушениями ОДА средствами адаптивной физической культуры.

Основная *задача* состоит в овладении каждым ребенком-инвалидом жизненно важными двигательными умениями и навыками с коррекцией и компенсацией двигательного дефекта, а также в формировании: осознанного отношения к своим силам, твердой уверенности в них; умения ставить ближайшие и дальние цели, чтобы целенаправленно воздействовать на определенные стороны собственного развития; положительного отношения к своему телу и здоровью, каким бы оно ни было; умения преодолевать необходимые для полноценного функционирования в обществе физические нагрузки; потребности в систематических занятиях физическими упражнениями; мотивации на здоровый образ жизни; коммуникативных навыков.

В программе используются следующие направления АФК: адаптивное физическое образование и адаптивная двигательная рекреация.

Работая в этих направлениях, мы готовим детей к возможным занятиям адаптивным спортом, который в Тюмени развит хорошо.

Адаптивное физическое образование (АФО) включает уроки физической культуры, ритмики и занятия АФК. Все они взаимосвязаны и направлены на решение одних и тех же целей и за-

дач. Уроки и занятия АФК комплексные, они включают:

- коррекционные и профилактические упражнения;
- теоретические сведения;
- подвижные игры и эстафеты;
- упражнения одного из разделов программы.

Разделы программы представлены следующим материалом: гимнастика (дополнительно включены упражнения с элементами художественной гимнастики, работа на тренажерах, упражнения с кольцами резиновыми и массажными, самодельными малыми мячами, длинной скакалкой и т.д.); легкая атлетика; лыжная подготовка; упражнения с элементами спортивных игр (баскетбол, футбол, волейбол); упражнения с элементами туристского многоборья.

Коррекционные и профилактические упражнения представлены следующим материалом: упражнения для формирования правильной осанки и укрепления свода стопы; упражнения на равновесие, координацию, ориентировку в пространстве; упражнения на дыхание, расслабление; фитбол-гимнастика; упражнения с элементами хатха-йоги; пальчиковая гимнастика; самомассаж ручной и с помощью оборудования; упражнения для укрепления и расслабления мышц глаз.

Сложность планирования и проведения занятий с детьми с нарушениями ОДА состоит в том, что в одном классе учатся дети с разными двигательными воз-

возможностями: от благополучных в этом отношении детей, до детей, которые не могут передвигаться без посторонней помощи. Уроки и занятия планируются в расчете на средних в двигательном плане детей, более сильные дети получают индивидуальные задания, а остальные осваивают конкретное двигательное действие в меру своих возможностей.

Многолетняя практика показала важность использования на уроках и занятиях АФК музыки. Музыкальное сопровождение помогает регулировать амплитуду и темп движений, повышает эмоциональный тонус у детей, создает у них бодрое, радостное настроение. Это очень важно, так как данный контингент детей менее эмоционален. На развитие эмоциональности влияет и использование танцев по показу или заранее разученных. Велико значение произвольных танцев, в которых дети самостоятельно и свободно выполняют элементы танцевальных движений в соответствии с характером музыки.

Адаптивная двигательная рекреация (АДР) направлена на профилактику утомления, восстановление сил, развлечение, оздоровление, интересное проведение досуга и социализацию детей. АДР помогает сформировать независимость и уверенность в своих силах, меняет ценностные ориентации, обогащает духовный мир, улучшает двигательные возможности, повышает жизненный

тонус, физическое и психическое здоровье, дает возможность полнее раскрыть свои способности, испытать радость и полноту жизни от владения своим телом.

АДР представлена соревнованиями, праздниками, развлечениями, днями здоровья, походами, игровыми программами и участием детей в показательных выступлениях. Важная составляющая АДР — подготовка и участие детей в соревнованиях. Несмотря на ограниченные физические возможности детей они принимают активное участие в соревнованиях на уровне школы и города. По результатам внутришкольных лично-командных соревнований по кроссу, пионерболу, игре «Снайпер», детскому боулингу, «баскет-шоу», шашкам, шахматам и т.д. формируется сборная команда школы, которая участвует в таких районных и городских соревнованиях, как: Spartakiada среди людей с ограниченными возможностями здоровья Ленинского АО г. Тюмени; Spartakiada ДЮСШ «НЕГЕ» среди сборных команд четырех специальных (коррекционных) школ; Городской фестиваль ДЮСШ «НЕГЕ» «Мир спорта доступен всем»; Городской детский фестиваль «Спорт! Искусство! Интеллект!» (2-я группа).

Для выступлений на праздниках, концертах и развлечениях готовятся групповые и индивидуальные показательные выступления. Кроме того, наши обучающиеся успешно выступают на

праздниках и фестивалях для детей с ограниченными возможностями вне школы: городской праздник «Весенний перезвон», окружной фестиваль «Мы талантами богаты», областной фестиваль творчества детей «Будущее для всех». Важное место в программе отводится игровой деятельности. Есть мнение, что игры-соревнования «непедагогичны», так как если ребенок часто проигрывает, у него возникает заниженная самооценка. Настоящая проблема состоит в том, чтобы самооценка была адекватна, чтобы ребенок понимал свои реальные возможности и силы. Проведение игровых программ приносит нашим детям массу положительных эмоций, помогает формировать интерес к жизни, желание развиваться, действовать.

Один из компонентов данной программы — просветительская работа с детьми, в основе которой лежит задача повышения уровня мотивации к занятиям физическими упражнениями. В беседах с детьми рассказывается о таких известных людях, как В. Дикуль, А. Маресьев, Ф. Рузвельт, О. Скороходова, Тамерлан, С. Федоров и др., чтобы заострить внимание на том, что инвалидность и дефекты здоровья не могут остановить людей поистине волевых, целеустремленных и одухотворенных.

Тюменских чемпионов Паралимпийских игр Л. Васильеву, Н. Полухина (лыжные гонки и биатлон) и И. Плотникова (плавание) уча-

щиеся школы хорошо знают, так как ежегодные встречи с ними стали традицией. На стенде в спортивном зале школы помещены высказывания известных людей о пользе физической культуры, о вере в себя и свои возможности.

Одна из составляющих комплексной системы работы по адаптивной физической культуре — участие родителей. Ведь только при заинтересованности и поддержке родителей дети смогут достичь результатов. Основные формы такой работы: родительские собрания, индивидуальные и групповые консультации, открытые занятия, спортивно-массовые мероприятия школьного и городского уровня. Это способствует всестороннему развитию ребенка, отказу родителей от вредных привычек, формируя мотивы всех участников на занятия физической культурой и здоровый образ жизни.

Помощь детям с нарушениями ОДА растягивается на много лет, в течение которых эффекты дней, недель и месяцев могут казаться удручающе малыми. Но каждый — пусть даже самый малый шаг прогресса, драгоценен: из этих шагов складывается общий путь улучшения и приспособления к жизни. Далеко не у всех прогресс окажется так велик, как этого хотелось бы, но обретенное ребенком на этом пути останется с ним и будет помогать ему жить более самостоятельно и уверенно.

Физкультурно-оздоровительная работа в ДОУ

Мишко Т.П.,

старший воспитатель МДОУ ЦРР — д/с № 63, г. Томск

ПЕДАГОГИКА

Наш детский сад работает по программе нового типа «Истоки». Программа имеет разделы «Физическое развитие» и «Здоровье».

В разделе «*Физическое развитие*» заложены основы здорового образа жизни, физической культуры, связанные с активными движениями, дающими ребенку ощущение «мышечной радости». Дети получают представления о собственном теле, учатся адекватно реагировать на изменения окружающей среды, что позволяет более осознанно относиться к своему здоровью, избегать опасности.

В разделе «*Здоровье*» отражены современные представления о здоровье ребенка как о сохранении и укреплении жизнеспособности организма в конкретных условиях социальной и экологической среды. Здоровье рассматривается и как одно из условий, определяющих возможность полноценного физического и психического развития, и как результат процесса нормального хода развития.

Определены задачи физкультурно-оздоровительной работы в разных возрастных группах:

- осуществлять комплекс закаливающих процедур с использованием природных факторов: воздуха, солнца, воды, учитывая здоровье, индивидуальные особенности детей и местные условия;
- овладевать специальной методикой воздействия на биологически активные точки в режиме дня;
- применять оригинальные формы проведения физкультминуток и самомассажа, гимнастик-побудок;
- приучать детей находиться в помещении в облегченной одежде;



- воспитывать интерес и желание участвовать в подвижных играх и физических упражнениях на прогулке;
- учить пользоваться физкультурным оборудованием вне занятий;
- ежедневно проводить утреннюю гимнастику;
- проводить физкультурные досуги (1 раз в месяц);
- физкультурные праздники (2 раза в год);
- физкультминутки во время занятий, требующих высокой умственной нагрузки, и в промежутках между занятиями;
- приучать детей самостоятельно организовывать спортивные игры, выполнять спортивные упражнения на прогулке.

В нашем детском саду работа в данном направлении строится с учетом перечисленных задач. В начале учебного года медицинская сестра и педагоги проводят *обследование физического развития детей* (диагностика психофизического, эмоционального состояния и физических качеств). С учетом индивидуальных особенностей состояния здоровья детей, перенесенных ими заболеваний, эмоционального настроения намечается план соответствующей работы по их оздоровлению. Сюда входит создание условий для двигательной активности (в том числе соблюдение физкультурно-оздоровительного режима,

организация рационального питания, система закаливания воспитанников детского сада). Для каждой группы устанавливается свой *двигательный режим*. Например, младший возраст — утренняя гимнастика, физкультурные и музыкальные занятия, подвижные игры (не менее двух в день), спортивные упражнения с предметами, гимнастики-побудки (пробуждение, самомассаж, ходьба по дорожке «Здоровья» с различными наполнителями), закаливающие процедуры (босохождение, умывание холодной водой), игры-забавы, самостоятельная двигательная деятельность. Старший возраст — утренняя гимнастика, физкультурные и музыкальные занятия, физические упражнения после сна, подвижные игры (не менее двух в день), спортивные упражнения на прогулке (под руководством педагога), индивидуальная работа по физическому воспитанию, досуги и праздники, дни здоровья, самостоятельная двигательная деятельность.

В ДОУ разработана система *закаливающих мероприятий*, в которой учитывается постепенность воздействия того или иного природного фактора. Так, в период адаптации мы начинаем приучать детей ходить в облегченной одежде (воздушные ванны). Затем воздействие воздушных ванн на малышей расширяется (постепенное оголение конечно-

стей, обучение элементам обширного умывания). Начиная с младшей группы, обучаем детей поласканию рта, босохождению по массажным дорожкам. С воспитанниками старшего возраста проводим физкультурные занятия босиком и гимнастику после сна в сочетании с воздушными ваннами.

Отследить результаты физкультурно-оздоровительной работы в ДОУ помогает *медико-педагогический контроль*, в который входят:

- медицинское обследование состояния здоровья;
- обследование физического развития;
- медико-педагогические наблюдения за проведением физкультурных занятий.

В физкультурно-оздоровительной работе задействованы все сотрудники ДОУ.

Ответственность педагога за воспитание и обучение детей дошкольного возраста постоянно возрастает. Воспитатель обязан совершенствовать свое педагогическое мастерство, искать новые педагогические подходы к работе с детьми, заниматься исследовательской деятельностью. Реализации этих задач успешно помогает объединение педагогов в творческой группе.

Творческая группа — новый подход к методической работе

с включением элементов исследования. Вот уже третий год в нашем учреждении работает творческая группа «Расти здоровым, малыш!» по двум направлениям:

- приобщение к физической культуре;
- развивающие формы оздоровительной работы.

В творческую группу входят опытные педагоги, которыми руководит педагог высшей категории учитель-логопед М.Г. Коренькова. Педагоги разрабатывают практический материал для работы с детьми, а также рекомендации, памятки, наглядно-информационные материалы для педагогических работников и родителей, проводят консультации.

Говоря о системе работы педагогов ДОУ по данному направлению, нельзя не отметить большую работу с родителями. Семья — это первый социальный институт в жизни ребенка. Именно здесь складываются его первые представления о человеческих ценностях, характере взаимоотношения между людьми. На наш взгляд, наиболее эффективная модель взаимодействия семьи и специалистов — сотрудничество, партнерство, что невозможно без установления доверительных и доброжелательных взаимоотношений.

Готовность к обучению детей 6 и 7 лет

Бакиева Н.З.,

аспирант кафедры медико-биологических дисциплин
и безопасности жизнедеятельности;

Гребнева Н.Н.,

д-р биол. наук, профессор, заведующий кафедрой медико-биологических дисциплин и безопасности жизнедеятельности, почетный работник высшего профессионального образования РФ, ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет», г. Тюмень

Актуальность исследования. Известно, что физические и умственные нагрузки в условиях обучения не всегда соответствуют возможностям детей. Пока нервная, мышечная или любая другая ткань организма не достигнет определенного уровня зрелости, нецелесообразно предлагать ребенку нагрузки, с которыми он еще не в состоянии справиться. Чрезмерные нагрузки, не соответствующие возможностям ребенка, могут приводить к переутомлению и комплексу психологических проблем [8]. А любые проблемы в психофизиологическом развитии детей приводят к проявлениям «школьной незрелости» [2].

Важным показателем готовности к обучению (школьной зрелости) детей 6–7 лет считается умственная работоспособность. Значимость обсуждаемой темы, недостаточность новых сведений в литературе обусловили прове-

дение исследования состояния умственной работоспособности как интегрального показателя функциональных возможностей детского организма.

Цель исследования: определить показатели умственной работоспособности детей в возрасте 6–7 лет в условиях начала систематического школьного обучения в различных условиях — в детском саду — ДОУ (привычные для детей условия окружающей среды) и в школе — СОШ (новые условия).

Методы исследования. В исследовании приняли участие 178 практически здоровых детей 6–7 лет (94 мальчика и 84 девочки). С учетом возрастно-половых признаков и обучения в разных условиях ДОУ и СОШ г. Тюмени детей разделили на группы. Умственная работоспособность как критерий устойчивости к умственной нагрузке и сопротивляемости организма ребенка к

утомлению изучалась при помощи методики дозирования работы по времени с помощью фигурных таблиц [1; 5].

Полученный материал обработан на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ *STATISTICA 5.1*. Для каждого изучаемого параметра вычислялись среднее значение (M) и ошибка средней (m). Различия средних значений считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что количественные (объем работы) и качественные (количество допущенных ошибок) показатели умственной работоспособности девочек в 6 лет оказались достоверно выше по своей величине, чем у сверстников ($p < 0,001$), что свидетельствует о более раннем созревании организма девочек по сравнению с организмом мальчиков, в том числе созревания мозговых структур. Уровни количественных и качественных показателей умственной работоспособности и их изменения под влиянием учебной нагрузки позволяют заключить, что у девочек 6 лет функциональное состояние более благоприятное, чем у мальчиков. Более низкая и менее устойчивая умственная работоспособность у мальчиков под воздействием учебной нагрузки находит объяснение в меньшей степени морфофункциональной зрелости.

Исследование динамики умственной работоспособности у шестилетних детей в течение учебного дня позволило выявить, что скорость и точность выполнения заданий к концу дня снижались (табл. 1).

Так, значения показателя точной адаптивности (ПСАд) свидетельствовали о выраженном дневном утомлении и снижении уровня произвольного внимания шестилетних детей, что совпадает с данными литературы [1]. Учитывая значения ПСАд -52% (в ДОУ) и -72% (в СОШ), утомление более выражено у девочек по сравнению с мальчиками, у которых ПСАд достигал соответственно -27% (в ДОУ) и -50% (в СОШ). Известно, что отрицательный показатель ПСАд (-72%) у девочек, характеризующий сопротивляемость организма, относится к низкой (IV) качественной градации и указывает на резко выраженное утомление учащихся в условиях СОШ к окончанию учебных занятий.

Исследование динамики умственной работоспособности от начала учебных занятий к их концу показало, что как у девочек, так и у мальчиков она снижалась. Количественные и качественные показатели работоспособности девочек были достоверно выше, чем у мальчиков ($p < 0,001$). При этом снижение качественных показателей умственной работоспособно-

Таблица 1

**Показатели умственной работоспособности детей
6 лет в разные периоды учебного дня**

Группа детей	Показатель	№	Пол	n	До занятий	Различия	После занятий	Различия
ДОУ	Объем работы	1	Д	21	42,2±1,06	□□□	40,97±0,69	** □□□
		2	М	25	32,73±1,15		30,42±1,09	***
	Качество работы	3	Д	21	1,21±0,67		1,84±0,08	□□
		4	М	25	2,13±1,03		2,7±0,26	
	Q	5	Д	21	4,78±0,55		4,13±0,11	
		6	М	25	3,46±0,44		3,21±1,06	
	ПСАД, %	7	Д	21	-		-52	
		8	М	25	-		-27	
СОШ	Объем работы	9	Д	22	39,01±1,1	□□□ ° (1;9)	35,83±1,28	** □□□ °° (1;9)
		10	М	24	30,03±0,8		28,36±0,78	**
	Качество работы	11	Д	22	1,58±0,72		2,71±0,57	
		12	М	24	2,1±1,87		3,15±1,46	
	Q	13	Д	22	4,16±0,46		3,69±1,12	
		14	М	24	3,27±1,12		3,03±1,07	
	ПСАД, %	15	Д	22	-		-72	
		16	М	24	-		-50	

* — достоверность различий по динамике УР при $p < 0,05$; ** — при $p < 0,01$; *** — при $p < 0,001$;

□ — достоверность различий по полу, при $p < 0,05$, □□ — при $p < 0,01$; □□□ — при $p < 0,001$;

° — достоверность различий по условиям обучения при $p < 0,05$, °° — при $p < 0,01$; °°° — при $p < 0,001$;

цифры в скобках — номера сравниваемых групп;

Q — коэффициент продуктивности умственной работоспособности.

сти, указывающее на снижение произвольного внимания к концу учебных занятий, было более резким у девочек в ДОУ, чем у мальчиков (на 52 и 27% соответственно). Подобное наблюдалось и среди детей, обучающихся в условиях СОШ. В то же время различия в динамике точности работы в зависимости от половой принадлежности показывают меньшую устойчивость девочек к утомлению, чем мальчиков, что, по-видимому, обусловлено наличием более выраженной мотивации и заинтересованностью процессом обучения у девочек, так как отмечена их большая активность на занятиях.

Исследование недельной динамики позволило выявить снижение показателей умственной работоспособности у детей 6 лет, как в ДОУ, так в СОШ ($p < 0,001$), причем интенсивность работы у девочек снизилась в среднем на 10% (в ДОУ) и 11% (в СОШ), а у мальчиков на 18% и 14% соответственно. Интенсивность падения количественного показателя достоверна ($p < 0,001$) и физиологически значима, поскольку выходит за допустимые пределы $\pm 10\%$.

Отмечено, что интенсивность работы в течение учебной недели, как и в течение учебного дня, была более низкой у детей из СОШ по сравнению с их сверстниками из ДОУ ($p < 0,001$). В уровне и динамике умственной

работоспособности мальчиков и девочек прослеживались различия. У девочек количественные показатели УР достоверно выше ($p < 0,001$). Указанные различия в уровне умственной работоспособности обусловлены более ранней биологической зрелостью ЦНС и всего организма, характерной для девочек [2; 6].

В динамике умственной работоспособности в течение учебной недели утомление было резко выражено у девочек из СОШ, о чем свидетельствовал показатель недельной адаптивности (ПНАд), достигающий -81% , в то время как у девочек, обучение которых проходило в условиях детского сада, ПНАд составил лишь -8% . Поэтому девочки из СОШ при более высокой величине показателей умственной работоспособности, чем у мальчиков, утомлялись к концу недели больше, что, вероятно, обусловлено их большей усидчивостью и сосредоточенностью на занятиях.

В ходе исследования годовой динамики отмечалась тенденция к повышению показателей умственной работоспособности. Вышесказанное согласуется с данными о том, что в процессе обучения в течение года повышается исходный уровень умственной работоспособности, увеличиваются значения количественных и качественных показателей [1; 2; 4].

Изучение показателей детей 7 лет выявило, что между маль-

чиками и девочками наблюдались расхождения в величине количественного (объем работы) и качественного (количество допущенных ошибок) показателей умственной работоспособности. Так, количество допущенных ошибок указывает на состояние активного внутреннего торможения и вместе со скоростью выполняемой работы отражает функциональное состояние ЦНС. Установлено, что показатели умственной работоспособности мальчиков 7 лет, так же, как и у шестилетних, ниже по своей величине, чем у девочек ($p < 0,001$).

Можно отметить, что от начала учебных занятий к их окончанию умственная работоспособность у семилетних детей существенно снижалась ($p < 0,001$), особенно у обучающихся в условиях СОШ, так как именно у них в большей мере ухудшалась точность и скорость работы.

Известно, что показатель точной адаптивности (ПСАд), равный 0%, относится к его сниженной (III) качественной градации, что указывает на не резко выраженное утомление, отмеченное среди девочек из ДОУ к концу учебных занятий. Значения ПСАд свидетельствовали о менее выраженном дневном утомлении у девочек из ДОУ по сравнению с мальчиками. Однако при обучении в СОШ наблюдалась иная картина: величина ПСАд достигала -66%, что свидетельствует о

резко выраженном дневном утомлении к концу учебных занятий не только у девочек, но и у мальчиков. При более высоком значении количественного показателя качество работы у мальчиков в СОШ снижалось в большей степени, чем у мальчиков в ДОУ ($p < 0,01$). У девочек 7 лет из ДОУ скорость и точность работы была достоверно выше, чем у мальчиков ($p < 0,001$), как и у шестилетних детей, что противоречит данным, имеющимся в литературе [3].

Изменения показателей умственной работоспособности семилетних детей в недельной динамике свидетельствуют о ее достоверном снижении к концу учебной недели ($p < 0,01$). При этом более интенсивно снижалась точность работы и менее — ее скорость.

При оценке умственной работоспособности выявлены половые различия. Показатель недельной адаптивности (ПНАд), значение которого составило 0%, относится к нижней границе нормы, что свидетельствует о менее выраженном недельном утомлении девочек из ДОУ по сравнению с мальчиками. У мальчиков в ДОУ значение ПНАд указывало на выраженное утомление организма, что обусловлено не только влиянием недельной учебной нагрузки, но и выявленными нарушениями режима дня.

Таблица 2

**Показатели умственной работоспособности мальчиков
6—7 лет в разные периоды учебной недели**

	Показатель	Неделя	ДОУ		СОШ	
Мальчики 6 лет	<i>n</i>		25		24	
	Объем работы	Начало	36,88±1,31		31,81±0,74	**
		Конец	30,31±0,43		27,41±1,03	*
	Каче- ство работы	Начало	2,12±0,63		2,23±1,04	
		Конец	2,83±1,04		3,04±1,21	
	<i>Q</i>	Начало	3,39±1,25		3,21±0,57	
		Конец	3,23±1,07		3,02±0,43	
Маль- чики 7 лет	<i>n</i>		23		22	
	Объем работы	Начало	74,94±0,81	*** (1;7)	76,28±1,24	*** (1;7)
		Конец	71,87±1,02	*** (2;8)	73,21±0,21	*** (2;8)
	Каче- ство работы	Начало	1,85±1,76	** (3;9)	1,98±1,09	
		Конец	2,41±1,08		3,04±0,79	
	<i>Q</i>	Начало	7,65±0,78	** (5;11)	7,79±1,07	*** (5;11)
		Конец	7,02±0,71	** (6;12)	7,13±1,17	** (6;12)

* — достоверность различий по условиям обучения при $p < 0,05$, ** — при $p < 0,01$; *** — при $p < 0,001$;

цифры в скобках — номера сравниваемых групп;

Q — коэффициент продуктивности умственной работоспособности.

К концу учебной недели особенно резко снижалось качество работы среди детей в СОШ, отрицательное значение ПНАд у первоклассников, особенно у девочек (–141%), указывало на резкое на-

пряжение в деятельности ЦНС, на выраженное охранительное торможение, что характерно для II фазы утомления. Как видно из табл. 2 и 3, количественный показатель умственной работоспособности более

Таблица 3

**Показатели умственной работоспособности девочек
6—7 лет в разные периоды учебной недели**

	Показатель	Неделя	ДОУ		СОШ	
Девочки 6 лет	<i>n</i>		21		22	
	Объем работы	Начало	43,2±1,26		39,23±1,13	*
		Конец	39,08±0,24		35,09±0,78	**
	Качество работы	Начало	1,37±0,42		1,29±0,75	
		Конец	1,48±0,92		2,33±1,03	
	<i>Q</i>	Начало	4,46±1,22		3,71±1,52	
		Конец	4,19±1,19		3,28±0,89	
Девочки 7 лет	<i>n</i>		20		21	
	Объем работы	Начало	85,23±1,23	*** (1;7)	81,63±0,56	* *** (1;7)
		Конец	81,2±0,36	*** (2;8)	78,25±1,03	** *** (2;8)
	Качество работы	Начало	0	** (3;9)	0,51±0,92	** (3;9)
		Конец	0,78±0,74		1,23±1,47	
	<i>Q</i>	Начало	8,51±1,42	* (5;11)	8,07±0,59	** (5;11)
		Конец	7,89±0,68	* (6;12)	7,31±0,87	** (6;12)

* — достоверность различий по условиям обучения при $p < 0,05$, ** — при $p < 0,01$; *** — при $p < 0,001$;

цифры в скобках — номера сравниваемых групп;

Q — коэффициент продуктивности умственной работоспособности.

высокий у мальчиков и девочек из ДОУ по сравнению с мальчиками и девочками из СОШ ($p < 0,01$).

С возрастом у обследованных детей отмечено достоверное увеличение средних значений ко-

эффициента продуктивности, количественных и качественных показателей умственной работоспособности ($p < 0,001$).

От начала к концу учебного года у семилетних детей суще-

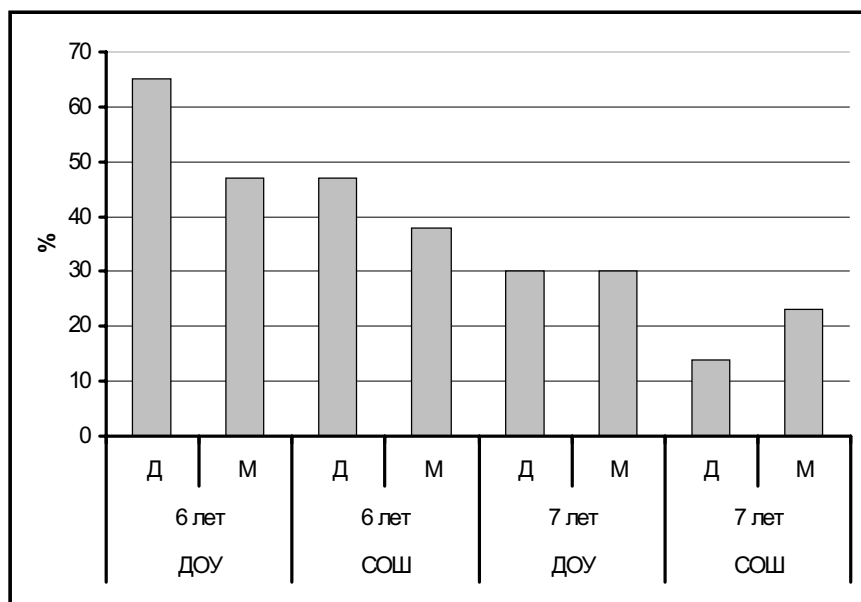


Рис. Изменения в течение учебного года количественного показателя (объема работы) умственной работоспособности у детей 6—7 лет, %

ственно возрастают скорость и точность работы ($p < 0,001$). Подобные особенности повышения умственной работоспособности в процессе обучения у детей 6—7 лет наблюдали в ходе исследования и другие авторы [1; 7].

Показатель годовой адаптивности (ПГАд) по своему положительному значению (+42% и +100%) относится к его высокой и очень высокой (II и I) качественным градациям, что указывает на повышение сопротивляемости организма у семилетних детей из ДОУ к концу учебного года (см. рисунок) по сравнению с шестилетними (44%

и 28% соответственно). Положительная динамика УР в течение года свидетельствует о повышении уровня устойчивости и распределении внимания, что согласуется с данными о том, что в процессе обучения повышается исходный уровень умственной работоспособности [1; 2; 4].

Наряду с этим мы отмечали рост показателей умственной работоспособности у детей семилетнего возраста по сравнению с шестилетними, что является закономерным [2; 4].

Таким образом, в ходе проведенного нами исследования была выявлена зависимость уровня

умственной работоспособности от условий обучения в детском саду и школе, а также от возраста и половой принадлежности обследованных детей, начавших систематическое обучение.

С возрастом у обследованных детей отмечено достоверное увеличение средних значений коэффициента продуктивности, количественных и качественных показателей умственной работоспособности ($p < 0,001$), поэтому необходимо обратить внимание на проблему, связанную с приемом в школу детей с шестилетнего возраста, особенно мальчиков, поскольку проведенное исследование показало, что показатели умственной работоспособности как интегрального показателя функциональных возможностей детского организма девочек достоверно выше по своей величине по сравнению с мальчиками ($p < 0,001$), что свидетельствует о более раннем созревании организма девочек по сравнению с мальчиками, в том числе мозговых структур.

Дети, обучение которых проходило в привычных для них условиях (в детском саду), имели показатели умственной работоспособности достоверно выше ($p < 0,001$) по сравнению с данными детей, обучающихся в условиях СОШ, что, по-видимому, связано с влиянием на организм детей интенсивности учебной нагрузки, не всегда соответствующей

их возрастным морфофункциональным возможностям. Согласно исследованиям в результате влияния нагрузки на организм у детей быстрее развивается утомление, снижается скорость и точность работы [1].

Литература

1. Антропова М.В. Морфофункциональное созревание дошкольников в условиях разного систематического обучения // Физиология человека. 2003. Т. 29. № 3. С. 41—47.
2. Безруких М.М. Возрастная физиология (физиология развития ребенка). М., 2009.
3. Гайнанова Н.К., Беликова Р.М. Гигиеническая оценка режима дня старших дошкольников и младших школьников // Успехи современного естествознания. 2006. № 3. С. 42—43.
4. Ковалева А.В. Психофизиологические предикторы умственной работоспособности детей 6—7 лет // Школа здоровья. 1998. Т. 5. № 1. С. 57—69.
5. Комплект диагностических материалов по оценке и учету индивидуальных особенностей развития детей 5—7 лет / Под ред. М.М. Безруких. М., 2006.
6. Морфофункциональное созревание основных физиологических систем организма детей дошкольного возраста / Под ред. М.В. Антроповой, М.М. Кольцовой. М., 1983.
7. Параничева Т.М. Работоспособность и состояние здоровья первоклассников — детей седьмого года жизни после двухлетнего развивающего обучения // Новые исследования. 2003. № 1 (4). С. 83—95.
8. Сонькин В.Д. Законы растущего организма. М., 2007.

Интеграция детей с особыми образовательными потребностями в группу детей с нормой развития

Боброва К.В.,

старший воспитатель высшей квалификационной категории МБДОУ ЦРР – д/с № 502, г. Новосибирск

В наши дни философия и методология воспитания связаны с усилением гуманистического аспекта в образовании, с учетом индивидуальных особенностей и интересов ребенка. Современный лозунг педагогики — «Интеграция детей с ограниченными возможностями в общество, предоставление каждому ребенку прав и реальных возможностей участвовать во всех видах и формах социальной жизни наравне и вместе с другими детьми».

В нашем детском саду с 1997 г. функционируют специализированные группы для детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Контингент группы — дети со сложной сочетанной структурой дефекта (основное нарушение — детский церебральный паралич (ДЦП), сопутствующие — аутизм, задержка психического и речевого развития (ЗПР), умственная отсталость). Начиная работу с этими детьми, мы понимали, что наши дети нуждаются в комплексной реабилитации, что только она позво-

лит обеспечить адаптацию и социализацию каждого ребенка.

Конечно, у каждого «особого» ребенка свой путь в мир, каждому необходима адресная помощь. Однако мы убеждены, что основное условие оказания любой помощи таким детям — их интеграция в общество здоровых сверстников.

Приступив к разработке *модели частичной интеграции детей с особенностями развития в среду здоровых сверстников детского сада*, мы взяли за основу следующее положение Л.С. Выготского: «Проблема воспитания детей с особенностями развития должна быть поставлена как проблема социального воспитания и психологически, и педагогически. Воспитателю приходится иметь дело не столько с биологическими факторами, сколько с социальными последствиями, не столько с дефектом, сколько с теми конфликтами, которые возникают у ребенка при вхождении в жизнь (социум)». Мы понимали, что интеграция — процесс постепен-

ный. И очень важно, чтобы ребенок с ограниченными возможностями именно в дошкольном детстве получил первый положительный опыт принятия и совместного пребывания в обществе сверстников.

Определив стратегию своей работы с детьми с ОВЗ, мы приступили к поиску наиболее оптимальных условий организации образовательного процесса, благодаря которым деятельность детей получает смысл, позволяющий понять себя и окружающий мир.

Обратили внимание на то, что у наших детей бедный эмоциональный опыт, влияющий на их психосоматическое состояние, препятствующий нормальному взаимодействию с окружающим, тормозящий развитие в целом. Психическая деятельность, не получая достаточного тонуса от эмоциональной системы, задерживается в своем развитии, поэтому ребенок отстает в личностном развитии, не справляется со своей социальной ролью, становится дезадаптированным. Исходя из этого, при разработке основной цели и задач мы опирались на идею о связи между успешностью развития и эмоциональным состоянием ребенка.

Целью нашей модели интеграции стали создание условий для развития детей и разработка методов коррекции, повышающих

эмоциональное состояние особого ребенка, которое способствует его дальнейшему общему развитию, успешной социализации и деятельностной реабилитации.

Методологической основой для проектирования и разворачивания воспитательно-образовательного процесса для детей с ограниченными возможностями послужили работы авторитетных отечественных педагогов, психологов, дефектологов: И.И. Мамайчук, А.В. Семенович, М.М. Семаго, Н.Я. Семаго, Л.С. Цветковой. Опираясь на идеи названных авторов, мы разработали методику психолого-педагогической поддержки детей, спроектировали индивидуальный маршрут интеграции каждого ребенка в массовую группу. Убедились, что интегрировать можно, когда особый ребенок проявляет к этому интерес, испытывает положительные эмоции при контактах со здоровыми сверстниками. Это обязательное условие при осуществлении частичной интеграции.

При этом очень важно помнить следующее:

— любое воздействие должно ориентироваться как на сохраненный уровень эмоциональной организации — зону актуального развития (поможет установить необходимый контакт с детьми, создать атмосферу эмоционального комфорта, актуализировать потребность в общении), так и на стимуляцию

уровней, находящихся в зоне ближайшего развития, — это будет способствовать повышению положительной эмоциональной устойчивости детей, ускорит процесс их социализации и реабилитации;

- необходимо постоянно «сопровождать» ребенка и отслеживать моменты перемещения его в другую среду, более отвечающую его возможностям и задачам развития;
- очень важное условие для осуществления частичной интеграции — формирование команды педагогов и психолога, которые профессионально регулируют взаимоотношения детей в группе, параллельно осуществляя и индивидуальную коррекцию.

Содержание работы по формированию профессиональной команды единомышленников заключалось в оказании информационной и психологической помощи педагогам и выработке общей стратегии коррекционного процесса. От того, насколько воспитатель научится понимать причины различного поведения ребенка, зависят:

- взаимодействие с ним;
- взаимоотношения с родителями;
- адекватность требований.

Задачами этого направления стали:

- оказание помощи педагогам в освоении различных способов

педагогической коррекции;

- расширение и углубление представлений педагогов об условиях, способствующих полноценному развитию каждого ребенка;
- обеспечение психологической поддержки педагогам и формирование уверенности в работе с «особым» ребенком.

Решению поставленных задач способствовали и семинары, и практикумы, и психолого-педагогические консилиумы, но в большей мере — консультации специалистов известного в нашем городе медицинского центра «Синеглазка», имеющих большой опыт оказания помощи детям с ОВЗ. Благодаря проведенной работе повысился профессиональный уровень воспитателей: они внесли серьезные коррективы в свое отношение к нормам порядка, успешности деятельности, организации времени и пространства; научились профессионально наблюдать и анализировать общение детей друг с другом, понимать их негативные реакции; соблюдать баланс между гиперопекой, сочувствием и дистантным отношением к особым детям.

Содержание работы

Психологами и другими специалистами нашего ДОУ были разработаны программа «Интегрированный подход к формированию положительного эмоционального статуса детей дошкольного возраста»

ста с особыми образовательными потребностями», а также проект «Интеграция детей посредством игры».

Цели:

- интегрировать «особого» ребенка в среду обычных сверстников;
- способствовать социальной адаптации ребенка с помощью развития эмоциональной сферы и формирования коммуникативных и игровых умений.

Задачи:

- с помощью совместных игр разнообразить и обогатить переживаниями эмоциональный мир;
- учить дифференцировать свои эмоциональные состояния, конструктивно реагировать на разочарования и неудачи;
- развивать способность к децентрации, позитивную Я-концепцию, умение видеть других детей и сотрудничать с ними.

Реализация поставленных задач осуществлялась поэтапно.

I этап — адаптивный

Особенно трудно для «особого» ребенка привыкать к новым условиям, обстановке. Требуется немало времени, чтобы он освоился в группе, научился общаться с ранее незнакомыми ему людьми, осознал правила и требования группы. Организация совместных игр на этом этапе способствовала:

- созданию безопасного пространства для общения;
- условий для самовыражения;
- объединению всех детей совместной деятельностью;
- повышению уверенности в своих силах.

Каждую встречу мы начинали подвижной игрой, адаптированной к физическим возможностям «особого» ребенка. Это позволяло снять у ребят напряжение, снижало уровень возбуждения, способствовало развитию произвольности.

II этап — введение в «мир эмоций»

Работа на данном этапе нацелена на введение ребенка в мир человеческих переживаний.

Одна из основных *задач* этого этапа — научить ребенка использовать выразительные средства в общении, узнавать и понимать внешние проявления эмоций у других людей.

Для этого мы используем:

- чтение детских классических произведений и народных сказок;
- беседы, где каждый участник пытается вспомнить ситуации, когда он испытывал подобное чувство;
- игры, упражнения и этюды, направленные на развитие мимики, пантомимики, интонации;
- разнообразные виды детской продуктивной деятельности

(рисование, лепка, аппликация), которые помогают по-иному выразить свои переживания, осмыслить действительность и свои взаимоотношения с ней, закрепить представления о конкретной эмоции, помочь осознать чувства;

— слушание музыки. С одной стороны, музыка помогает организовывать детей, с другой — позволяет каждому ребенку войти в нужное эмоциональное состояние. Кроме того, музыка — уникальное средство расслабления и снятия психо-эмоционального напряжения.

III этап — закрепление навыков регуляции переживаний

Цели: закрепить навыки регуляции переживаний; отработать систему адекватного реагирования в разных видах детской деятельности.

Особое место в нашей работе на этом этапе занимает театрализованная деятельность. Совместно с детьми готовимся к показу театрализованного представления, работаем над сценарием, декорациями и костюмами, выбором ролей. Стремимся к тому, чтобы все дети и с нормой развития, и с отклонениями в развитии ощущали себя субъектами этой деятельности. Воспитатели особо тщательно продумывают, как смогут «особые» дети участвовать в совместной театрализованной

деятельности.

Очень важно, чтобы получилось сотворчество детей и взрослых на основе эмоционального опыта, полученного в процессе общения и совместных игр, освоенных детьми на предыдущих этапах.

IV этап — поддержка социальной и игровой активности в самостоятельных играх

Этот этап предполагает взаимопосещение детей: дети с ОВЗ приходят в гости к своим здоровым сверстникам, те в свою очередь становятся частыми гостями в специализированной группе. У детей появляется возможность общаться, свободно играть в естественных условиях развивающей среды группы, на прогулках, тематических праздниках. При этом очень важна поддержка со стороны воспитателя всех проявлений детской самостоятельности, инициативы при выборе сюжета, игровых атрибутов, распределении ролей, определении правил игры.

Наши педагоги профессионально владеют методикой развития игровой деятельности детей с нормой развития и детей с ограниченными возможностями. Интегрированные игровые ситуации характеризуются высокой степенью открытости для всех желающих. Они реально включают детей в отношения с други-

ми, дают шанс участвовать в процессах принятия решений и изменении ситуации.

В качестве методов педагогического сопровождения мы используем:

- инициирование контактов;
- поощрение социальной активности детей;
- введение игровых материалов, преобразование игрового пространства;
- стимулирование перехода детей из роли наблюдющего в роль участника игрового действия;
- создание развивающей предметно-игровой среды для возникновения самостоятельных игр.

Результаты, конечно же, очень разные и зависят от степени сложности дефекта каждого ребенка, но у всех детей с особыми образовательными потребностями отмечаем:

- снижение «полевого» поведения;
- выраженную динамику в эмоциональном развитии;
- положительную динамику в развитии произвольности;
- повышение мотивации к общению;
- попытки планировать деятельность, «удерживаться» в ситуации игры или общения;
- появление интереса к продуктивной деятельности, результаты, получение удовольствия от процесса;

- развитие адекватного подражания окружающим;
- снижение тревожности, неуверенности в себе.

Общение с детьми с ОВЗ положительно сказывается и на детях с нормой развития, у которых отмечают:

- положительная динамика в развитии произвольности, соблюдении правил в игре, общении;
- уменьшение количества конфликтов с окружающими, усиление ощущения личностной ценности;
- изменение содержания рисунков, появление элементов творчества;
- повышение мотивации к общению, получение более яркого опыта эмоциональных переживаний;
- появление способности ребенка говорить о своих переживаниях;
- динамика в развитии эмпатии, толерантности, терпимости, доброты.

Очень важное звено в нашей работе — взаимодействие с родителями, так как именно они представляют интересы ребенка, несут за него ответственность и принимают решения по всем вопросам его жизни. При этом для нас очевидно, что родители нуждаются в психолого-педагогической помощи и поддержке. Поэтому работу ведем в двух направлениях: психолого-педаго-

гическое просвещение и психологическая поддержка. В процессе индивидуальных консультаций раскрываем структуру дефекта, доступным языком рассказываем об особенностях развития, обязательно указываем на положительные качества, имеющиеся у ребенка ресурсы развития, объясняем, как с ним заниматься в домашних условиях.

Очень большое внимание уделяем психологической поддержке, поскольку понимаем ее важность. Работа в этом направлении нацелена на решение следующих задач:

- снижение эмоционального дискомфорта в связи с состоянием ребенка;
- укрепление уверенности родителей в возможностях ребенка;
- формирование адекватного отношения к диагнозу ребенка;
- установление адекватных родительско-детских отношений.

Работа ведется в форме индивидуальных (обязательно первичных, затем возникающих по инициативе родителей) и групповых консультаций.

К положительным *результатам* в этом направлении относим:

возрастание интереса родителей к информации, которую они

получают, о чем свидетельствует увеличение количества вопросов, а также обращений за помощью к воспитателям и специалистам ДОУ по поводу своего ребенка; *налаживание диалога между родителями и воспитателями* (появление взаимного доверия, готовности совместными усилиями решать возникающие проблемы и т.д.).

Надеемся, что наш длительный и вполне успешный опыт работы с детьми с серьезными нарушениями развития — это достаточно веский аргумент в пользу интегративного и инклюзивного дошкольного образования. Мы убедились, что продуманное и хорошо организованное взаимодействие детей с ОВЗ со здоровыми детьми идет на пользу и тем и другим.

Литература

Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб., 2001.

Семенович А.В. Комплексная методика психомоторной коррекции. М., 1998.

Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети. Основы диагностической и коррекционной работы психолога. М., 2001.

Цветкова Л.С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение. М., 2007.

Развитие мелкой моторики у детей 5 лет как средства коррекции нарушений речи

Гребнева Н.Н.,

д-р биол. наук, профессор, заведующий кафедрой медико-биологических дисциплин и безопасности жизнедеятельности, почетный работник высшего профессионального образования РФ;

Бакиева Н.З.,

логопед высшей категории, аспирант кафедры медико-биологических дисциплин и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет», г. Тюмень

Речь детей формируется под влиянием взрослых и находится в прямой зависимости от речевой практики, речевого окружения, а также от системы воспитания и обучения. Речь развивается в процессе онтогенеза параллельно с развитием ребенка и служит показателем общего развития. Известно, что нарушения речи у детей многообразны, они могут проявляться в нарушении произношения, темпа и плавности, грамматического строя речи, бедности словарного запаса.

Несовершенство мелкой моторики затрудняет овладение школьными навыками, в том числе письмом, отрицательно влияя на успешность обучения ребенка. При этом уровень развития речи детей находится в прямой зависимости от степени сформированности тонких движений пальцев рук [1—6]. На ос-

нове многочисленных исследований выявлено: если развитие мелкой моторики соответствует возрасту, то и речевое развитие ребенка будет в пределах нормы. Если же развитие движений пальцев отстает, наблюдается задержка речевого развития, хотя общая моторика может не страдать. Исследования М.М. Кольцовой показали, что речевые области формируются под влиянием кинестетических импульсов от пальцев рук. Движения последних оказывают огромное влияние на развитие высшей нервной деятельности ребенка, поэтому своевременное развитие ручных умений положительно влияет на развитие его речи. Только к трем годам движения пальцев рук малыша становятся близки к движениям рук взрослого человека. К пяти годам у детей отмечается резкое улучшение произносительной стороны речи, у

большинства заканчивается процесс овладения звуками. Речь в целом становится чище и отчетливее.

Исследования развития движений рук ребенка представляют интерес как для педагогов и психологов, так и для других специалистов, поскольку руки, обладая многообразием функций, являются специфическим человеческим органом. И.М. Сеченов писал, что движения руки человека наследственно не предопределены, а возникают в процессе воспитания и обучения как результат ассоциативных связей между зрительными, осязательными и мышечными изменениями в процессе активного взаимодействия с окружающей средой.

Целью данного исследования явилось развитие мелкой моторики у детей 5 лет как средства коррекции общего недоразвития речи III уровня. В соответствии с этим были поставлены следующие *задачи*:

- провести сравнительный анализ состояния мелкой моторики у детей 5 лет с общим недоразвитием речи и нормой речевого развития;
- определить основные направления и показать эффективность коррекционной работы по устранению недоразвития мелкой моторики у детей 5 лет с общим недоразвитием речи;
- сравнить показатели детей до и после коррекционных мероприятий с учетом половой принадлежности;

— дать практические рекомендации по развитию мелкой моторики у детей с общим недоразвитием речи.

Методологическую основу исследования составляют: учение о динамической локализации мозговых функций И.П. Павлова; учение о функциональной системе П.К. Анохина; труды по нейропсихологии А.Р. Лурии; фундаментальные психологические исследования Л.С. Выготского; учение об уровне организации Н.А. Бернштейна; систематизации речевых нарушений Р.Е. Левиной; концепции поэтапного формирования умственных действий П.Я. Гальперина, А.Н. Леонтьева.

Методы исследования определялись в соответствии с поставленными целью, задачами. Использовали анамнестические данные, психолого-педагогическую документацию, наблюдение, логопедическое обследование, педагогический эксперимент, специальные методы развития мелкой моторики, математической и статистической обработки полученных результатов.

Для изучения особенностей развития мелкой моторики было обследовано 20 детей с общим недоразвитием речи (ОНР) III уровня с диагнозом дизартрия, занимающихся в Центре раннего развития г. Тюмени. Экспериментальная группа детей (10 чел.) посещала логопедические занятия, где параллельно проводилась дополнительная коррек-

ционная работа по развитию мелкой моторики, а 10 детей контрольной группы посещали только занятия логопеда. Комплексная диагностика проводилась методом индивидуального эксперимента с использованием наглядного материала, соответствующего возрастным особенностям детей дошкольного возраста.

Результаты исследования (рис. 1, 2). Анализ полученных результатов на начало исследования выявил, что общая успешность выполнения заданий составила в экспериментальной группе в среднем $61,5 \pm 1,4\%$, а в контрольной — $62,4 \pm 1,4\%$, достоверных различий не обнаружено. Установлено, что наиболее слабые стороны речевой функции — артикуляционная моторика, звукопроизношение, навыки звукового анализа и синтеза и состо-

яние связной речи. У детей с диагнозом дизартрия наблюдалось повышение тонуса мускулатуры языка, губ, они с трудом удерживали артикуляционную позу, переключение с одного движения на другое было затруднено, у большинства выявлено наличие гиперкинезов. При обследовании фонематического восприятия отмечены ошибки в определении заданного звука в слове, назывании слов-паронимов. Со стороны навыков звукового анализа и синтеза дети не могли выделить позицию звука в слове. При обследовании грамматического строя речи наблюдались затруднения в образовании форм слова, согласовании прилагательных и числительных с существительным, употреблении предложно-падежных конструкций.

При обследовании связной речи выявлены ошибки в смыс-



Рис. 1. Развитие мелкой моторики у детей 5 лет до и после коррекции

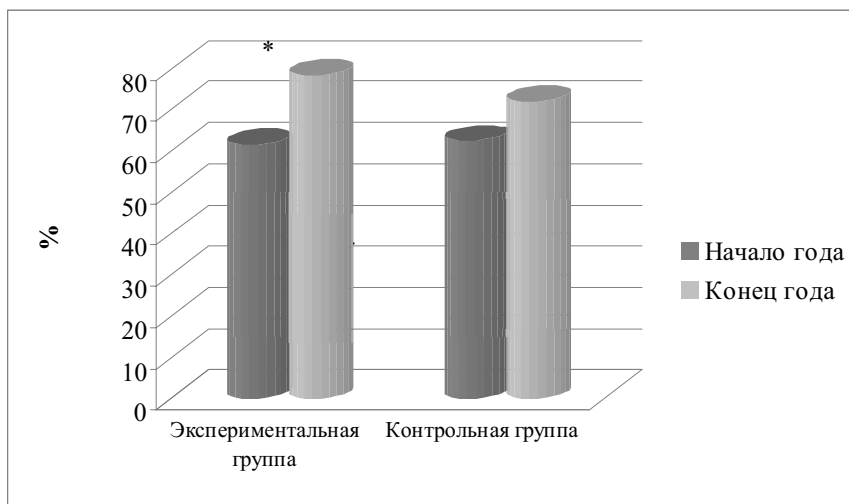


Рис. 2. Результаты выполнения речевых проб до и после коррекции

ловой целостности текста, страдало лексико-грамматическое оформление речевого высказывания. У всех детей в анамнезе присутствовала нормальная или низкая оценка по шкале Апгар (6—8 баллов). В заключении невролога значилось резидуально-органическое или пренатальное поражение ЦНС.

По завершении констатирующего эксперимента с детьми обеих групп проводилась логопедическая работа по преодолению общего недоразвития речи. Длительность коррекционного курса составила 6 месяцев. В структуру коррекционно-педагогического процесса для детей контрольной группы специалистом-логопедом также включались игровые упражнения по разви-

тию движений пальцев рук. Но для детей экспериментальной группы использовались специальные дополнительные упражнения, направленные на развитие мелкой моторики, которые проводились 3 раза в неделю по 7—10 мин. За основу занятий были взяты пальчиковые игры, сопровождаемые стихами и потешками [4; 5].

Пальчиковые игры — это инсценировка каких-либо рифмованных историй, сказок при помощи пальцев. Многие игры требуют участия обеих рук, что дает возможность детям ориентироваться в понятиях «вправо», «влево», «вверх», «вниз». С народными пальчиковыми играми ребенок встречается еще в колыбели, на коленях у мамы, бабушки или

няни. По международной классификации игры, совмещающие движения пальцев с короткими ритмичными стишками, подразделяются на два типа. Первый тип — *finger-play* — собственно пальчиковые игры, «сидячие». Второй тип — *action thyme* — игры, в которые помимо деятельности тонкой моторики рук включены движения всего тела: прыжки, бег на месте, движения рук, ног, головы.

Фольклорные игры имеют множество различных версий. Идентичным текстам могут сопутствовать разные движения, или, наоборот, типичным движениям сопутствуют различные стихи.

Для составления специальной коррекционной программы для детей экспериментальной группы были выбраны народные пальчиковые игры, представленные в работах С.Е. Афонькиной, М.С. Рузиной, Е.Ю. Тимофеевой.

У детей экспериментальной группы, в которой применялись специальные дополнительные упражнения для развития мелкой моторики, ее состояние на конец учебного года значительно улучшилось, в том числе координация движений пальцев рук. Движения стали более точными, плавными и целенаправленными. Уровень успешности выполнения проб у детей этой группы повысился на 29%. В контрольной группе, где дополнительные сред-

ства формирования мелкой моторики не применялись, состояние мелкой моторики вследствие занятий с логопедом детского учреждения за 6 месяцев также улучшилось, но только на 13%. Разница составила 16%.

Развитие мелкой моторики позволило улучшить состояние речи у детей экспериментальной группы на 17%, дети приблизились к нормальному речевому развитию и находятся на границе III и IV уровней успешности. В контрольной группе, где проводились только логопедические занятия, результаты речевых проб повысились всего на 10%, что соответствует III уровню успешности, когда все еще сохраняется общее недоразвитие речи.

При сравнительном анализе результатов успешности развития мелкой моторики в условиях эксперимента между обследованными детьми разного пола было обнаружено, что в обеих группах результаты мальчиков ниже по сравнению с результатами девочек (табл. 1).

Сравнение результатов выполнения речевых проб выявило явно выраженную тенденцию их повышения у девочек по сравнению с мальчиками, хотя разница не была достоверной, возможно из-за недостаточности выборки (табл. 2).

Таким образом, проведенное нами исследование позволило

Таблица 1

**Результаты успешности выполнения проб
на развитие мелкой моторики, %**

Группы	Мальчики		Девочки	
	До	После	До	После
Экспериментальная	35,7±8,8	66,3±6,6	45,9±2,1	75,0±6,2
Контрольная	37,5±5,6	49,0±10,1	42,2±4,7	56,3±5,1

Таблица 2

Результаты успешности выполнения речевых проб, %

Группы	Мальчики		Девочки	
	До	После	До	После
Экспериментальная	61,2±1,8	79,3±1,8	62,3±2,8	78,8±1,2
Контрольная	60,5±1,4	71,0±0,6	65,2±2,3	73,6±1,4

заключить, что развитие мелкой моторики положительно влияет на преодоление нарушений речи у детей 5 лет. При использовании специальных дополнительных упражнений на логопедических занятиях, направленных на развитие мелкой моторики (пальчиковые игры и потешки), уровень сформированности тонких движений пальцев рук значительно повышается.

В экспериментальной группе, где проводились логопедические занятия и дополнительные занятия по развитию мелкой моторики, эффективность выполнения проб повысилась на 29%, а в контрольной, где проводились только занятия с логопедом, за такой же период времени (6 месяцев) их эффективность повысилась лишь на 13%.

Выявлено, что в возрасте 5 лет уровень развития мелкой моторики девочек выше по сравнению с уровнем развития у мальчиков, что связано с более ранним морфофункциональным созреванием женского организма.

Литература

1. Кольцова М.М. Ребенок учится говорить. Пальчиковый игротренинг. Екатеринбург, 2006.
2. Безруких М.М. Возрастная физиология. М., 2002.
3. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1995.
4. Рузина М.С. Страна пальчиковых игр. СПб., 1997.
5. Тимофеева Е.Ю. Пальчиковые шаги. Упражнения на развитие мелкой моторики. СПб., 2007.
6. Гребнева Н.Н., Евсеева Ю.В. Нарушения речи и познавательных функций у мальчиков 5 лет // Вестник Тюменского государственного университета: ТюмГУ, 2009. № 3.

Звукопроизношение и его коррекция у детей с псевдобульбарной дизартрией при адаптации к обучению

Глухих Т.А.,

канд. пед. наук, доцент кафедры медико-биологических дисциплин и безопасности жизнедеятельности;

Фатеева Н.М.,

д-р биол. наук, профессор кафедры медико-биологических дисциплин и безопасности жизнедеятельности, ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет», г. Тюмень

В настоящее время проблема нарушения речи у детей дошкольного и младшего школьного возраста интенсивно разрабатывается в психолого-педагогическом, клиническом и нейролингвистическом направлениях. В последние годы в школу приходят дети, имеющие ряд отклонений, одно из которых — речевая патология. Чаще всего у первоклассников с нарушениями речи встречается дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. У детей этой группы снижены учебные возможности и работоспособность, повышена утомляемость, в результате чего они испытывают чрезмерное напряжение ведущих функциональных систем [3; 4]. Совокупность вышеуказанных факторов создает

неблагоприятные условия для развития личностной, образовательной сферы ребенка, также ограничивает возможности его самовыражения. А это в свою очередь ведет к резкому снижению адаптационных возможностей организма, затрудняет процесс адаптации к школе [1]. Для успешного обучения детей необходимо учитывать особенности адаптации к школьной жизни.

Цели данного исследования: разработать коррекционную методику по формированию звукопроизношения и сокращению адаптационного периода у первоклассников с псевдобульбарной дизартрией, а также исследовать влияние адаптации к школе на детей с псевдобульбарной дизартрией.

При исследовании адаптации детей к школе учитывались следующие параметры:

- умение строить адекватные отношения со взрослыми в системе обучения;
- общаться со сверстниками;
- отсутствие заниженной самооценки и страха неудачи.

В эксперименте приняли участие 30 детей первого класса с псевдобульбарной дизартрией легкой степени МОУ СОШ г. Тюмени (см. таблицу).

В ходе проведения обследования готовности детей к школе по методике Н.В. Верхововой [2] высокий уровень готовности к школе показали 16% детей, средний уровень готовности к школе — у 12 %, а 72% детей с псевдобульбарной дизартрией показали низкий уровень готовности к школе.

Дети, имеющие низкий уровень готовности к школе, обследовались по методике [2] «Состояние детей в период адаптации к школе», которая позволяет выявить благоприятное, среднеблагоприятное и неблагоприятное течение адаптации. Благоприятное течение адаптации показали 11% детей, у данной группы первоклассников преобладают возрастающий эмоциональный профиль и успешное усвоение школьной программы. Среднеблагоприятное течение адаптации выявлено также у 11% детей, у них отмечается волнообразный негативно-позитивный эмоциональный профиль. Неблагоприятное течение адаптации определялось

в случае негативного, негативно-позитивного или убывающего эмоционального профиля в течение 4 недель. В ходе обследования было выявлено, что 78% первоклассников не адаптированы к школе. Они отличаются выраженной депрессией,ходящей до негативизма, 22% детей отказываются посещать школу. Для проведения дальнейшего исследования дети с неблагоприятным течением адаптации к школе комплектовались в контрольную и экспериментальную группы.

Звукопроизношение обследовалось по методике О.Б. Иншаковой [5]. Результаты показали, что для детей характерны замены одного звука другим и искажения звуков. Самый высокий процент нарушений выявлен при обследовании звука [ш]: в контрольной группе — 43%, в экспериментальной — 100%. Коррекционную работу по устранению дефектов произношения в контрольной группе осуществлял логопед школы. В основу был положен блочный принцип: 1-й блок — коррекция звукопроизношения и психофизические упражнения; 2-й блок — психокоррекция эмоционального состояния.

Задачи коррекционной работы:

- создать оптимальные условия для успешной адаптации первоклассников с псевдобульбарной дизартрией;

- корректировать звукопроизношение;
- формировать позитивное отношение каждого ребенка к себе и окружающим.

После проведения коррекционной работы произошли следующие изменения: в экспериментальной группе благоприятное течение адаптации наблюдалось у 71,5% детей, что свидетельствует о возрастающем эмоциональном профиле. Дети стали легко входить в контакт с окружающими, сотрудничать друг с другом на занятиях, усваивать информацию, данную на уроке, логопедических занятиях.

Среднеблагоприятное течение адаптации показали 28,5% детей. Данная группа детей в общении активна, но проявляет избирательность. На занятиях они выполняют требования учителя формально, часто отвлекаются. Гнева и агрессии нет, эпизодически застенчивы, в играх принимают активное участие. Результаты обследования контрольной и экспериментальной групп представлены на рисунке. При повторном обследовании звукопроизношения у детей с псевдобульбарной дизартрией после проведенной коррекционной работы в экспериментальной группе получены следующие результаты: произношение звуков [с], [з], [з'], [р] улучшилось на 43%; [ц], [ш] — на 28%; [ж], [ш] — на 57, [р'] — на 37,5;

[р] — на 28,5; [ч] — 57,5%. Звуки [с'], [л] [г] исправлены полностью.

Речь детей стала отчетливее, улучшилось произношение, некоторые искажения произношения звуков исчезли благодаря коррекционным занятиям. Дети лучше ощущают органы речи, выполняют артикуляционные движения и управляют ими, понимают инструкции, принимают быстрее нужную артикуляционную позу и удерживают ее, улучшилась переключаемость движений, дети могут определить неправильно принятую артикуляционную позу и исправить ее, описать положение языка, губ, челюсти.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в экспериментальной группе после проведения коррекционной работы звукопроизношение сформировалось лучше, чем у детей в контрольной группе, где дополнительная коррекционная работа не проводилась.

Достоверность различий результатов эксперимента до и после проведения коррекционной работы определялась по критерию Стьюдента (t). Выборочные средние значения статистически достоверно различаются.

Один из основных показателей готовности ребенка к обучению в школе — правильная и развитая речь. Речевое развитие существенно влияет на формиро-

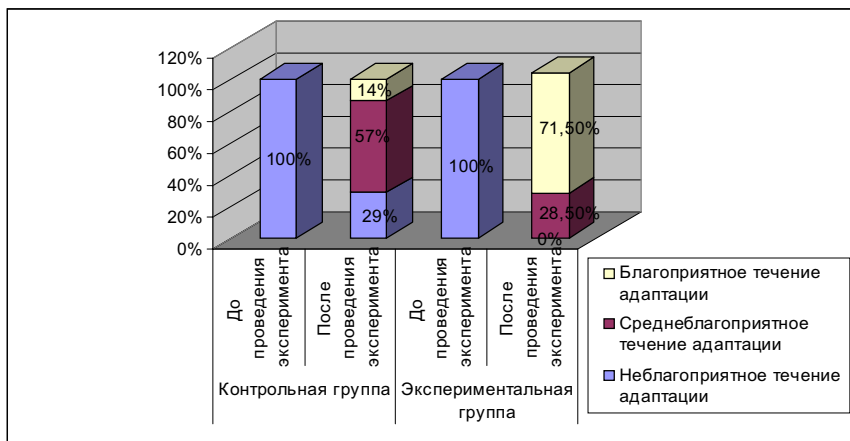


Рис. Результаты течения адаптации

вание психических процессов, интеллекта, познавательной деятельности ребенка [4].

Адаптация к школе — это сложный процесс, представляющий собой переход к новому образу жизни, сложным видам деятельности и общения [1]. Особенно трудно адаптационный период протекает для детей с нарушениями речи. Они не имеют достаточных возможностей для полноценного общения, коммуникативных навыков. Как правило, такие дети закомплексованы, неуверены в себе, иногда проявляют признаки дезадаптации, что в дальнейшем приводит к неуспеваемости в школе.

Полученные результаты исследования в ходе эксперимента позволяют сделать вывод о том, что коррекционная работа, на-

правленная на формирование звукопроизношения и сокращение адаптационного периода у первоклассников с псевдобульбарной дизартрией способствует ускорению адаптации к школе и имеет положительные результаты в развитии речи.

Литература

1. Битянова М.Р. Адаптация ребенка в школе: диагностика, коррекция, педагогическая поддержка. М., 1997.
2. Верхотова Н.В. Экспресс-диагностика готовности к школе // Практическое пособие для педагогов и школьных психологов. М., 1999.
3. Винарская Е.Н. Дизартрия. М., 2005.
4. Выготский Л.С. Мышление и речь. М., 1999.
5. Иншакова О.Б. Логопедическое обследование. М., 1999.

«Здоровые ножки»: вечерняя гимнастика

Блинова С.В.,

воспитатель МБДОУ № 66 «Детский сад общеразвивающего вида с приоритетным осуществлением деятельности по физическому направлению развития детей «Радость», г. Норильск

В программе воспитания и обучения в детском саду первостепенное внимание уделяется сохранению и укреплению здоровья. А одно из важных направлений — формирование правильной осанки. Следует отметить, что осанка формируется постепенно, накладывая свой отпечаток на все аспекты развития ребенка: физическое, эстетическое, умственное. Неправильная осанка зависит от множества причин, одна из которых — плоскостопие. Оно может быть как самостоятельным заболеванием, а также проявлением других состояний и заболеваний (избыточный вес, наследственная предрасположенность, перегрузка стоп, дисбаланс мышц голени, неправильно подобранная обувь).

Специалисты отмечают, что в настоящее время количество детей, страдающих плоскостопием, значительно увеличивается. А это, несомненно, скажется на дальнейшем развитии малышей.

Как показывает практика, предупредить болезнь легче, чем ее лечить. Поэтому большое внимание мы уделяем именно профилактике плоскостопия и формированию осанки. Правильно организованный двигательный режим, ежедневные утренние и вечерняя гимнастика, закаливание считаются основной профилактикой плоско-

стояния. Читателям журнала мы хотим предложить комплекс вечерней гимнастики для профилактики плоскостопия с использованием массажных мячей с шипами. Гимнастика выполняется босыми ногами. Музыкальное сопровождение позволяет сделать комплекс не только необычным, интересным, но и создает прекрасное настроение, улучшает эмоциональное состояние малышей.

Гимнастика для профилактики плоскостопия

Ходьба с различным положением стоп

1. «Страус» — ходьба с высоким подниманием коленей, руки на пояс:

Ноги страус так легко
Поднимает высоко!
Идем по-страусиному —
Ножки будут сильными.

2. Ходьба на пятках — руки «в крылышках», локти прижаты к туловищу, лопатки соединены:

Руки «в крылышки» сложили
И на пятках походили.

3. «Уточка» — ходьба в полуприседе, руки на коленях, спина прямая:

Я сейчас как уточка
Похожу минуточку.

4. «Домик» — ходьба с опорой на руки, колени не сгибать:

Опирайся на руки
И не гни колени,
В этом упражнении
Места нет для лени!

Комплекс упражнений, способствующих формированию стопы

Тренируем ножки мы,
Знаем упражнения,
Чтобы стопы укреплять,
Надо нам терпение.

1. И.п. — сидя, ноги вместе. Поднимаем и опускаем стопы ног 4—6 раз.

2. И.п. — сидя, ноги вместе, упор на пятки, вращение стоп вправо-влево по 4—6 раз.

3. И.п. — сидя, ноги вместе, упор на пятки, разведение стопы в стороны 4—6 раз.

4. «Пальчики играют» — сжимание, разжимание пальцев ног.

5. «Нарисуем круг» — сидя, ноги в стороны, упор на пятки, круговые вращения стопы 4—6 раз.

6. «Покатаем мячик» — упражнения с массажным мячом. Ставим стопу на мяч, прокатывание мяча вперед-назад 4—6 раз левой ногой, то же самое правой.

7. «Веселый мячик» — стопы поставить на мяч. Прокатывание мяча вперед-назад.

8. «Вращение мячика» — ставим правую стопу на мяч, чертим круг на полу мячом в правую сторону 4—6 раз, то же левой стопой.

9. «Покатаем мяч» — стопы поставить на мяч. Прокатывание мяча влево-вправо 4—6 раз.

10. «Подними мячик» — обхватить мячик ступнями, поднять его, удерживать на счет 1-2-3-4. Опустить. Повторить 4—6 раз.

11. Ходьба по канату боковым приставным шагом.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Завтрак съешь сам

Те, кто отказываются от завтрака, потребляют слишком много калорийной пищи в течение дня и весят больше, считают исследователи из Университета Миссури в США. В ходе исследований ученые обнаружили, что те, кто пропускает завтрак, потребляют в течение дня на 40% больше сладостей, на 55% больше подслащенной газировки, на 45% меньше овощей и на 30% меньше фруктов по сравнению с теми, кто не пренебрегает приемом пищи с утра.

Отдельное исследование, проведенное с участием подростков, которые не любили есть по утрам, показало, что здоровый завтрак позволяет дольше оставаться сытым и не переест в течение дня. Особенно этот эффект был замечен среди подростков, которые потребляют на завтрак продукты, содержащие большое количество белка.

Результаты магнитно-резонансной томографии показали, что здоровый завтрак снижает активацию тех участков головного мозга, которые ответственны за появление чувства голода.

Тем, кто хочет сохранить здоровье и не поправиться, исследователи рекомендуют не пренебрегать первым приемом пищи.

<http://www.takzdorovo.ru>

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ СЕРИИ «ДЕТЯМ О САМОМ ВАЖНОМ»



ДЕТСКИЙ САД

Автор — Шорыгина Т.А.

Книга содержит сказки, рассказы, стихи, загадки, вопросы, сценарии праздников.

Книга состоит из трех частей, посвященных соответственно младшим, средним и старшим дошкольникам. В ней рассказывается о поведении ребенка в коллективе, о тех играх и занятиях, которыми наполнено его пребывание в детском саду.

НАША РОДИНА РОССИЯ

Автор — Шорыгина Т.А.

В пособии представлены беседы с детьми, посвященные нашей Родине — России. Автор раскрывает нравственное значение, историю и функции государственных символов России — гимна, флага и герба. В книге рассказано о важнейших событиях в истории Отечества, о родном языке, народных традициях, большой и малой Родине человека. О героях, полководцах и богатырях, учителях духовных, словом, о тех людях, которыми может гордиться Отчизна.

МОЯ СЕМЬЯ

Автор — Шорыгина Т.А.

В пособии представлены рассказы, стихи, сказки, посвященные семье. Занятия построены в форме беседы взрослого с ребенком. В доступной и увлекательной форме дошкольник узнает о том, что такое семья, для чего она создается, кого называют членами семьи, познакомится с семейными традициями.

ШКОЛА

Сказки для детей

Автор — Панфилова М.А.

Книга содержит 30 сказок, которые помогут подготовить дошкольника к школе и справиться с трудностями в первом классе. Сказкотерапия позволяет сформировать позитивные модели поведения, избежать негативных эмоций, снизить уровень тревожности, повысить учебную мотивацию.

ПРИРОДА

Сказки и игры для детей

Автор — Алябьева Е.А.

В книге представлены авторские сказки о явлениях живой и неживой природы с методическим сопровождением, стихи, пальчиковые игры, вопросы для викторин и итоговых занятий, комплект игр-перевоплощений и логических задач. Этот материал поможет вызвать у детей живой интерес к природе, сформировать потребность в бережном отношении к ней, побудить к системным наблюдениям.

Федеральный закон от 28.07.2012 № 139-ФЗ

**«О внесении изменений
в Федеральный закон
“О защите детей
от информации,
причиняющей вред
их здоровью и развитию”
и отдельные законодательные
акты Российской Федерации»**

Статья 1

Внести в Федеральный закон от 29 декабря 2010 года № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 1, ст. 48) следующие изменения:

1) в статье 2:

а) в пункте 5 слова «и информация, размещаемая в информационно-телекоммуникационных сетях (в том числе в сети «Интернет») и сетях подвижной радиотелефонной связи» заменить словами «посредством информационно-телекоммуникационных сетей, в том числе сети «Интернет», и сетей подвижной радиотелефонной связи»;

б) в пункте 12 слова «публичный показ, публичное исполнение (в том числе посредством эфирного или кабельного вещания, зрелищных мероприятий), размещение в информационно-телекоммуникационных сетях (в том числе в сети «Интернет») и сетях подвижной радиотелефонной связи» заменить словами «публичный показ, публичное исполнение (в том числе посредством зрелищных мероприятий), распространение посредством эфирного или кабельного вещания, информационно-телекоммуникационных сетей, в том числе сети «Интернет», и сетей подвижной радиотелефонной связи»;

АКТУАЛЬНО



2) в пункте 4 части 1 статьи 4 слова «надзор и контроль» заменить словами «контроль (надзор)»;

3) в статье 6:

а) в части 1 слова «частей 4—5, 8» исключить;

б) в абзаце первом части 3 слова «(за исключением информационной продукции, предусмотренной частью 5 настоящей статьи)» исключить;

в) в части 5 слова «и с учетом порядка, установленного Федеральным законом от 22 августа 1996 года № 126-ФЗ «О государственной поддержке кинематографии Российской Федерации» заменить словами «и законодательства Российской Федерации о государственной поддержке кинематографии»;

г) в части 6 слова «с соблюдением требований соответствующих технических регламентов» исключить;

4) в статье 11:

а) часть 4 дополнить пунктами 6 и 7 следующего содержания:

«6) информации, распространяемой посредством информационно-телекоммуникационных сетей, в том числе сети «Интернет», кроме сетевых изданий;

7) комментариев и (или) сообщений, размещаемых по своему усмотрению читателями сетевого издания на сайте такого издания в порядке, установленном редакцией этого средства массовой информации.»;

б) в части 8 слова «, в свидетельстве о регистрации в качестве

средства массовой информации теле- и радиопрограммы, периодического печатного издания для детей» исключить;

5) в статье 12:

а) часть 1 изложить в следующей редакции:

«1. Обозначение категории информационной продукции знаком информационной продукции и (или) текстовым предупреждением об ограничении распространения информационной продукции среди детей осуществляется с соблюдением требований настоящего Федерального закона ее производителем и (или) распространителем следующим образом:

1) применительно к категории информационной продукции для детей, не достигших возраста шести лет, — в виде цифры “0” и знака “плюс”;

2) применительно к категории информационной продукции для детей, достигших возраста шести лет, — в виде цифры “6” и знака “плюс” и (или) текстового предупреждения в виде словосочетания “для детей старше шести лет”;

3) применительно к категории информационной продукции для детей, достигших возраста двенадцати лет, — в виде цифры “12” и знака “плюс” и (или) текстового предупреждения в виде словосочетания “для детей старше 12 лет”;

4) применительно к категории информационной продукции для детей, достигших возраста шестнад-

цати лет, — в виде цифры “16” и знака “плюс” и (или) текстового предупреждения в виде словосочетания “для детей старше 16 лет”;

5) применительно к категории информационной продукции, запрещенной для детей, — в виде цифры “18” и знака “плюс” и (или) текстового предупреждения в виде словосочетания “запрещено для детей”.»;

б) часть 2 изложить в следующей редакции:

«2. Производитель, распространитель информационной продукции размещают знак информационной продукции и (или) текстовое предупреждение об ограничении ее распространения среди детей перед началом демонстрации фильма при кино- и видеообслуживании в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти. Размер знака информационной продукции должен составлять не менее чем пять процентов площади экрана.»;

в) дополнить частью 5 следующего содержания:

«5. Текстовое предупреждение об ограничении распространения информационной продукции среди детей выполняется на русском языке, а в случаях, установленных Федеральным законом от 1 июня 2005 года № 53-ФЗ “О государственном языке Российской Федерации”, на государственных языках республик, на-

ходящихся в составе Российской Федерации, других языках народов Российской Федерации или иностранных языках.»;

б) в статье 13:

а) часть 3 изложить в следующей редакции:

«3. Распространение посредством телевизионного вещания информационной продукции, содержащей информацию, предусмотренную статьей 5 настоящего Федерального закона, сопровождается демонстрацией знака информационной продукции в углу кадра в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти, в начале трансляции телепрограммы, телепередачи, а также при каждом возобновлении их трансляции (после прерывания рекламой и (или) иной информацией).»;

б) часть 4 изложить в следующей редакции:

«4. Распространение посредством радиовещания информационной продукции, содержащей информацию, предусмотренную статьей 5 настоящего Федерального закона, за исключением радиопередач, транслируемых в эфире без предварительной записи, сопровождается сообщением об ограничении распространения такой информационной продукции среди детей в начале трансляции радиопередач в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом

исполнительной власти.»;

в) часть 5 после слов «При размещении» дополнить словами «анонсов или»;

7) статью 14 изложить в следующей редакции:

«Статья 14. Особенности распространения информации посредством информационно-телекоммуникационных сетей

1. Доступ к информации, распространяемой посредством информационно-телекоммуникационных сетей, в том числе сети «Интернет», в местах, доступных для детей, предоставляется лицом, организующим доступ к сети «Интернет» в таких местах (за исключением операторов связи, оказывающих эти услуги связи на основании договоров об оказании услуг связи, заключенных в письменной форме), другим лицам при условии применения административных и организационных мер, технических, программно-аппаратных средств защиты детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию.

2. Сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», не зарегистрированный как средство массовой информации, может содержать знак информационной продукции (в том числе в машиночитаемом виде) и (или) текстовое предупреждение об ограничении ее распространения среди детей, соответствующие одной из категорий информационной продукции, установленных частью 3 статьи

6 настоящего Федерального закона. Классификация сайтов осуществляется их владельцами самостоятельно в соответствии с требованиями настоящего Федерального закона.»;

8) часть 1 статьи 15 изложить в следующей редакции:

«1. В информационной продукции для детей, включая информационную продукцию, распространяемую посредством информационно-телекоммуникационных сетей, в том числе сети «Интернет», и сетей подвижной радиотелефонной связи, не допускается размещать объявления о привлечении детей к участию в создании информационной продукции, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию.»;

9) статью 17 изложить в следующей редакции:

«Статья 17. Общие требования к экспертизе информационной продукции

1. Экспертиза информационной продукции проводится экспертом, экспертами и (или) экспертными организациями, аккредитованными уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти, по инициативе органов государственной власти, органов местного самоуправления, юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, общественных объединений, граждан на договорной основе. В случае несогласия с результатами проведенной экспертизы информационной продукции заинтересо-

ванное лицо вправе оспорить экспертное заключение в судебном порядке.

2. Уполномоченный Правительством Российской Федерации федеральный орган исполнительной власти осуществляет в установленном им порядке аккредитацию экспертов и экспертных организаций на право проведения экспертизы информационной продукции, включая выдачу аттестатов аккредитации, приостановление или прекращение действия выданных аттестатов аккредитации, ведение реестра аккредитованных экспертов и экспертных организаций и контроль за деятельностью аккредитованных им экспертов и экспертных организаций.

3. Сведения, содержащиеся в реестре аккредитованных экспертов и экспертных организаций, являются открытыми и доступными для ознакомления с ними любых физических лиц и юридических лиц, за исключением случаев, если доступ к таким сведениям ограничен в соответствии с федеральными законами.

4. Уполномоченный Правительством Российской Федерации федеральный орган исполнительной власти размещает в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на своем официальном сайте следующие сведения из реестра аккредитованных экспертов и экспертных организаций:

1) полное и (в случае, если имеется) сокращенное наимено-

вание, организационно-правовая форма юридического лица, адрес его места нахождения, адреса мест осуществления экспертной деятельности (в отношении аккредитованных экспертных организаций);

2) фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, адреса мест осуществления экспертной деятельности (в отношении аккредитованных экспертов, являющихся индивидуальными предпринимателями);

3) фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество физического лица, наименование и организационно-правовая форма экспертной организации, адреса мест осуществления экспертной деятельности (в отношении аккредитованных экспертов, являющихся работниками экспертных организаций);

4) номер и дата выдачи аттестата аккредитации;

5) номер и дата приказа (распоряжения должностного лица) уполномоченного Правительством Российской Федерации федерального органа исполнительной власти об аккредитации эксперта или экспертной организации;

6) вид информационной продукции, экспертизу которой вправе осуществлять аккредитованный эксперт или аккредитованная экспертная организация;

7) сведения о приостановлении или прекращении действия выданного аттестата аккредитации.

5. В качестве эксперта, экспертов для проведения экспертизы информационной продукции могут выступать лица, имеющие высшее профессиональное образование и обладающие специальными знаниями, в том числе в области педагогики, возрастной психологии, возрастной физиологии, детской психиатрии, за исключением лиц:

1) имеющих или имевших судимость за совершение тяжких и особо тяжких преступлений против личности, преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы личности, против семьи и несовершеннолетних, умышленных преступлений против здоровья населения и общественной нравственности;

2) являющихся производителями, распространителями информационной продукции, переданной на экспертизу, или их представителями.

6. Порядок проведения экспертизы информационной продукции устанавливается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти с соблюдением требований настоящего Федерального закона.

7. Экспертиза информационной продукции может проводиться двумя и более экспертами одной специальности (комиссионная экспертиза) или разных специальностей (комплексная экспертиза).

8. Срок проведения экспертизы информационной продукции не может превышать тридцать дней

с момента заключения договора о ее проведении.

9. Оплата услуг экспертов, экспертных организаций и возмещение понесенных ими в связи с проведением экспертизы информационной продукции расходов осуществляются за счет заказчика экспертизы.»;

10) в статье 18:

а) часть 4 изложить в следующей редакции:

«4. Экспертное заключение составляется в трех экземплярах для передачи заказчику экспертизы информационной продукции, для направления в течение двух рабочих дней со дня подписания экспертного заключения в уполномоченный Правительством Российской Федерации федеральный орган исполнительной власти и для хранения у эксперта или в экспертной организации в течение пяти лет.»;

б) дополнить частью 5 следующего содержания:

«5. Информация о проведенной экспертизе информационной продукции и ее результатах размещается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на своем официальном сайте в течение двух рабочих дней со дня получения экспертного заключения.»;

в) дополнить частью 6 следующего содержания:

«6. Повторное проведение экспертизы конкретной информа-

ционной продукции допускается в порядке, установленном процессуальным законодательством, при рассмотрении судом споров, связанных с результатами проведенной экспертизы информационной продукции.»;

11) в наименовании главы 5 слова «Надзор и контроль» заменить словами «Контроль (надзор)»;

12) в статье 20:

а) в наименовании слова «надзор и контроль» заменить словами «контроль (надзор)»;

б) в части 1 слова «надзор и контроль» заменить словами «контроль (надзор)», слово «осуществляются» заменить словом «осуществляется»;

в) в части 2 слова «надзор и контроль» заменить словами «контроль (надзор)», слово «осуществляются» заменить словом «осуществляется»;

13) часть 2 статьи 21 изложить в следующей редакции:

«2. При осуществлении общественного контроля общественные объединения и иные некоммерческие организации, граждане вправе осуществлять мониторинг оборота информационной продукции и доступа детей к информации, в том числе посредством создания “горячих линий”.»

Статья 2

Статью 46 Федерального закона от 7 июля 2003 года № 126-ФЗ «О связи» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, № 28, ст. 2895; 2007,

№ 7, ст. 835; 2010, № 7, ст. 705; № 31, ст. 4190) дополнить пунктом 5 следующего содержания:

«5. Оператор связи, оказывающий услуги по предоставлению доступа к информационно-телекоммуникационной сети “Интернет”, обязан осуществлять ограничение и возобновление доступа к информации, распространяемой посредством информационно-телекоммуникационной сети “Интернет”, в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ “Об информации, информационных технологиях и о защите информации”.».

Статья 3

Внести в Федеральный закон от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31, ст. 3448; 2010, № 31, ст. 4196; 2011, № 15, ст. 2038; № 30, ст. 4600) следующие изменения:

1) статью 2 дополнить пунктами 13—18 следующего содержания:

«13) сайт в сети “Интернет” — совокупность программ для электронных вычислительных машин и иной информации, содержащейся в информационной системе, доступ к которой обеспечивается через сеть “Интернет” по доменным именам и (или) по сетевым адресам, позволяющим идентифицировать сайты в сети “Интернет”;

14) страница сайта в сети “Интернет” (далее также — ин-

тернет-страница) — часть сайта в сети “Интернет”, доступ к которой осуществляется по указателю, состоящему из доменного имени и символов, определенных владельцем сайта в сети “Интернет”;

15) доменное имя — обозначение символами, предназначенное для адресации сайтов в сети “Интернет” в целях обеспечения доступа к информации, размещенной в сети “Интернет”;

16) сетевой адрес — идентификатор в сети передачи данных, определяющий при оказании телематических услуг связи абонентский терминал или иные средства связи, входящие в информационную систему;

17) владелец сайта в сети “Интернет” — лицо, самостоятельно и по своему усмотрению определяющее порядок использования сайта в сети “Интернет”, в том числе порядок размещения информации на таком сайте;

18) провайдер хостинга — лицо, оказывающее услуги по предоставлению вычислительной мощности для размещения информации в информационной системе, постоянно подключенной к сети “Интернет”.»;

2) дополнить статьей 15¹ следующего содержания:

«Статья 15¹. Единый реестр доменных имен, указателей страниц сайтов в сети “Интернет” и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в сети “Интернет”, содержащие информацию, распространение которой

в Российской Федерации запрещено

1. В целях ограничения доступа к сайтам в сети “Интернет”, содержащим информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено, создается единая автоматизированная информационная система “Единый реестр доменных имен, указателей страниц сайтов в сети “Интернет” и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в сети “Интернет”, содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено” (далее — реестр).

2. В реестр включаются:

1) доменные имена и (или) указатели страниц сайтов в сети “Интернет”, содержащих информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено;

2) сетевые адреса, позволяющие идентифицировать сайты в сети “Интернет”, содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено.

3. Создание, формирование и ведение реестра осуществляются уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

4. Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере средств массовой информации, массовых ком-

муникаций, информационных технологий и связи, в порядке и в соответствии с критериями, которые определяются Правительством Российской Федерации, может привлечь к формированию и ведению реестра оператора реестра — организацию, зарегистрированную на территории Российской Федерации.

5. Основаниями для включения в реестр сведений, указанных в части 2 настоящей статьи, являются:

1) решения уполномоченных Правительством Российской Федерации федеральных органов исполнительной власти, принятые в соответствии с их компетенцией в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, в отношении распространяемых посредством сети “Интернет”:

а) материалов с порнографическими изображениями несовершеннолетних и (или) объявлений о привлечении несовершеннолетних в качестве исполнителей для участия в зрелищных мероприятиях порнографического характера;

б) информации о способах, методах разработки, изготовления и использования наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, местах приобретения таких средств, веществ и их прекурсоров, о способах и местах культивирования наркосодержащих растений;

в) информации о способах совершения самоубийства, а также призывов к совершению самоубийства;

2) вступившее в законную силу решение суда о признании информации, распространяемой посредством сети “Интернет”, информацией, распространение которой в Российской Федерации запрещено.

6. Решение о включении в реестр доменных имен, указателей страниц сайтов в сети “Интернет” и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в сети “Интернет”, содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено, может быть обжаловано владельцем сайта в сети “Интернет”, провайдером хостинга, оператором связи, оказывающим услуги по предоставлению доступа к информационно-телекоммуникационной сети “Интернет”, в суд в течение трех месяцев со дня принятия такого решения.

7. В течение суток с момента получения от оператора реестра уведомления о включении доменного имени и (или) указателя страницы сайта в сети “Интернет” в реестр провайдер хостинга обязан проинформировать об этом обслуживаемого им владельца сайта в сети “Интернет” и уведомить его о необходимости незамедлительного удаления интернет-страницы, содержащей информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено.

8. В течение суток с момента получения от провайдера хостинга уведомления о включении

доменного имени и (или) указателя страницы сайта в сети “Интернет” в реестр владелец сайта в сети “Интернет” обязан удалить интернет-страницу, содержащую информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено. В случае отказа или бездействия владельца сайта в сети “Интернет” провайдер хостинга обязан ограничить доступ к такому сайту в сети “Интернет” в течение суток.

9. В случае непринятия провайдером хостинга и (или) владельцем сайта в сети “Интернет” мер, указанных в частях 7 и 8 настоящей статьи, сетевой адрес, позволяющий идентифицировать сайт в сети “Интернет”, содержащий информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено, включается в реестр.

10. В течение суток с момента включения в реестр сетевого адреса, позволяющего идентифицировать сайт в сети “Интернет”, содержащий информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено, оператор связи, оказывающий услуги по предоставлению доступа к информационно-телекоммуникационной сети “Интернет”, обязан ограничить доступ к такому сайту в сети “Интернет”.

11. Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере средств массовой информации, массовых коммуникаций, информационных технологий и связи, или привлеченный им

в соответствии с частью 4 настоящей статьи оператор реестра исключает из реестра доменное имя, указатель страницы сайта в сети “Интернет” или сетевой адрес, позволяющий идентифицировать сайт в сети “Интернет”, на основании обращения владельца сайта в сети “Интернет”, провайдера хостинга или оператора связи, оказывающего услуги по предоставлению доступа к информационно-телекоммуникационной сети “Интернет”, не позднее чем в течение трех дней со дня такого обращения после принятия мер по удалению информации, распространение которой в Российской Федерации запрещено, либо на основании вступившего в законную силу решения суда об отмене решения уполномоченного Правительством Российской Федерации федерального органа исполнительной власти о включении в реестр доменного имени, указателя страницы сайта в сети “Интернет” или сетевого адреса, позволяющего идентифицировать сайт в сети “Интернет”.

12. Порядок взаимодействия оператора реестра с провайдером хостинга и порядок получения доступа к содержащейся в реестре информации оператором связи, оказывающим услуги по предоставлению доступа к информационно-телекоммуникационной сети “Интернет”, устанавливаются уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.»

Статья 4

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования, за исключением статей 2 и

3 настоящего Федерального закона.

2. Статьи 2 и 3 настоящего Федерального закона вступают в силу с 1 ноября 2012 года.

**Приказ Минздравсоцразвития и Минобрнауки России
от 11.03.2012 № 213н/178**

«Об утверждении методических рекомендаций по организации питания обучающихся и воспитанников образовательных учреждений»

Во исполнение пункта 1в перечня поручений Президента Российской Федерации по итогам заседания президиума Государственного совета Российской Федерации и Комиссии при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике от 30 мая 2011 г. приказываем:

1. Утвердить прилагаемые методические рекомендации по организации питания обучающихся и воспитанников в образовательных учреждениях (далее — рекомендации).

2. Рекомендовать:

Министерству образования и науки Российской Федерации, Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия населения совместно с органами исполни-

тельной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющими управление в сфере образования, обеспечить проведение ежегодного всероссийского мониторинга организации школьного питания;

органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющим управление в сфере образования, довести рекомендации до сведения государственных образовательных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных образовательных учреждений.

Министр здравоохранения и
социального развития РФ

Т.А. ГОЛИКОВА

Министр образования и
науки РФ

А.А. ФУРСЕНКО

Утверждены
приказом
Минздравсоцразвития
и Минобрнауки России
от 11.03.2012 № 213н/178

**Методические
рекомендации
по организации питания
обучающихся
и воспитанников
образовательных
учреждений**

1. Настоящие методические рекомендации разработаны в целях совершенствования организации питания обучающихся и воспитанников образовательных учреждений.

2. При организации питания обучающихся и воспитанников образовательных учреждений соблюдаются требования, установленные:

техническим регламентом Таможенного союза «О безопасности пищевой продукции», принятым решением Комиссии Таможенного союза от 9 декабря 2011 г. № 880 (далее — технический регламент о безопасности пищевой продукции);

техническим регламентом Таможенного союза на соковую продукцию из фруктов и овощей, принятым решением Комиссии Таможенного союза от 9 декабря 2011 г. № 882 (далее — технический регламент на соковую продукцию из фруктов и овощей);

техническим регламентом Таможенного союза на масложировую

продукцию, принятым решением Комиссии Таможенного союза от 23 сентября 2011 г. № 883 (далее — технический регламент на масложировую продукцию);

техническим регламентом Таможенного союза «О безопасности продукции, предназначенной для детей и подростков», принятым решением Комиссии Таможенного союза от 23 сентября 2011 г. № 797;

Едиными санитарно-эпидемиологическими и гигиеническими требованиями к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю), принятыми решением Комиссии Таможенного союза от 28 мая 2010 г. № 299 (далее — Единые требования);

Федеральным законом от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2002, № 1, ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; № 27, ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; № 52, ст. 5498; 2007, № 1, ст. 21, ст. 29; № 27, ст. 3213; № 46, ст. 5554; № 49, ст. 6070; 2008, № 29, ст. 3418; № 30, ст. 3616; 2009, № 1, ст. 17; 2010, № 40, ст. 4969; 2011, № 1, ст. 6; № 30, ст. 4563, ст. 4590, ст. 4591, ст. 4596; № 50, ст. 7359);

Федеральным законом от 2 января 2000 г. № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов» (Собрание законодательства Российской Федерации,

2000, № 2, ст. 150; 2002, № 1, ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; № 27, ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; № 50, ст. 5242; 2006, № 1, ст. 10; № 14, ст. 1458; 2007, № 1, ст. 29; 2008, № 30, ст. 3616; 2009, № 1, ст. 17; 2011, № 1, ст. 6; № 30, ст. 4590, 4596);

Законом Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150; 1997, № 47, ст. 5341; 2000, № 30, ст. 3120; № 33, ст. 3348; 2002, № 26, ст. 2517; № 30, ст. 3029; 2003, № 2, ст. 163; № 28, ст. 2892; 2004, № 10, ст. 835; № 27, ст. 2714; № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; № 30, ст. 3103, 3111; 2006, № 1, ст. 10; № 12, ст. 1235; № 45, ст. 4627; № 50, ст. 5285; 2007, № 1, ст. 21; № 2, ст. 360; № 7, ст. 834, ст. 838; № 17, ст. 1932; № 27, ст. 3213, ст. 3215; № 30, ст. 3808; № 43, ст. 5084; № 44, ст. 5280; № 49, ст. 6068, 6069, 6070, 6074; 2008, № 9, ст. 813; № 17, ст. 1757; № 30, ст. 3616; № 44, ст. 4986; № 52, ст. 6236, ст. 6241; 2009, № 7, ст. 786, 787; № 29, ст. 3585; № 46, ст. 5419; № 51, ст. 6158; № 52, ст. 6405, ст. 6441; 2010, № 19, ст. 2291; № 25, ст. 3072; № 31, ст. 4184; № 40, ст. 4969; № 46, ст. 5918; № 50, ст. 6595; 2011, № 1, ст. 51; № 6, ст. 793; № 23, ст. 3261; № 25, ст. 3537, 3538; № 27, ст. 3871, ст. 3880; № 30, ст. 4590; № 46, ст. 6408; № 47, ст. 6608; № 49, ст. 7061, 7063; 2012, № 10, ст. 1159);

санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами

СанПиН 2.3.2.1940-05 «Организация детского питания», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 19 января 2005 г. № 3 (зарегистрированы Министерством юстиции Российской Федерации 3 февраля 2005 г. № 6295) (далее — СанПиН 2.3.2.1940-05), с изменениями, внесенными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 27 июня 2008 г. № 42 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 15 июля 2008 г. № 11967);

санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-гигиенические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 23 июля 2008 г. № 45 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 7 августа 2008 г. № 12085) (далее — СанПиН 2.4.5.2409-08);

санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях», утвержденными постановлением Главного государственного сани-

тарного врача Российской Федерации от 22 июля 2010 г. № 91 (зарегистрированы Министерством юстиции Российской Федерации 27 августа 2010 г. № 18267) (далее — СанПиН 2.4.1.2660-10), с изменениями, внесенными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 20 декабря 2010 г. № 164 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 22 декабря 2010 г. № 19342);

санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами СанПиН 2.3.2.1078-01 «Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 14 ноября 2001 г. № 36 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 22 марта 2002 г. № 3326) (далее — СанПиН 2.3.2.1078-01), с изменениями, внесенными постановлениями Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 15 апреля 2003 г. № 41 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 29 мая 2003 г. № 4603), от 25 июня 2007 г. № 42 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 16 июля 2007 г. № 9852), от 18 февраля 2008 г. № 13 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 11 марта 2008 г. № 11311), от 5 марта

2008 г. № 17 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 3 апреля 2008 г. № 11465), от 21 апреля 2008 г. № 26 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 23 мая 2008 г. № 11741), от 23 мая 2008 г. № 30 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 6 июня 2008 г. № 11805), от 16 июля 2008 г. № 43 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 31 июля 2008 г. № 12059), от 1 октября 2008 г. № 56 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 2 октября 2008 г. № 12391), от 10 октября 2008 г. № 58 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 27 октября 2008 г. № 12530), от 11 декабря 2008 г. № 69 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 19 декабря 2008 г. № 12906), от 5 мая 2009 г. № 28 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 29 июня 2009 г. № 14168), от 8 декабря 2009 г. № 73 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 24 декабря 2009 г. № 15813), от 27 января 2010 г. № 6 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 10 марта 2010 г. № 16592), от 28 июня 2010 г. № 71 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 9 августа 2010 г. № 18097), от 10 августа 2010 г. № 102 (зарегистриро-

вано Министерством юстиции Российской Федерации 8 сентября 2010 г. № 18381), от 12 ноября 2010 г. № 145 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 21 декабря 2010 г. № 19298), от 11 апреля 2011 г. № 30 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2011 г. № 20739), от 1 июня 2011 г. № 79 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 19 июля 2011 г. № 21407), от 6 июля 2011 г. № 90 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 15 декабря 2011 г. № 22636);

санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами СанПиН 2.1.4.1074-01 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 26 сентября 2001 г. № 24 (зарегистрированы Министерством юстиции Российской Федерации 31 октября 2001 г. № 3011) с изменениями, внесенными постановлениями Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 7 апреля 2009 г. № 20 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2009 г. № 13891), от 25 февраля 2010 г. № 10 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 22 марта 2010 г.

№ 16679), от 28 июня 2010 г. № 74 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 30 июля 2010 г. № 18009);

санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами СанПиН 2.4.4.1204-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы загородных стационарных учреждений отдыха и оздоровления детей», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 17 марта 2003 г. № 20 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 21 марта 2003 г. № 4303);

санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами СанПиН 2.4.1201-03 «Гигиенические требования к устройству, содержанию, оборудованию и режиму работы специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11 марта 2003 г. № 13 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 21 марта 2003 г. № 4304) с изменениями, внесенными постановлениями Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 апреля 2007 г. № 23 (зарегистрировано Министерством юстиции

Российской Федерации 7 июня 2007 г. № 9616), от 4 марта 2011 г. № 16 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 29 марта 2011 г. № 20328);

санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами СанПиН 2.3.2.1293-03 «Гигиенические требования по применению пищевых добавок», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 апреля 2003 г. № 59 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 2 июня 2003 г. № 4613), с изменениями, внесенными постановлениями Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 26 мая 2008 г. № 32 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 16 июня 2008 г. № 11848), от 24 апреля 2009 г. № 24 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 19 мая 2003 г. № 13938), от 23 декабря 2010 г. № 168 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 4 февраля 2011 г. № 19706);

санитарными правилами СП 2.4.990-00 «Гигиенические требования к устройству, содержанию, организации режима работы в детских домах и школах-интернатах для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», утвержденными Главным государственным санитарным врачом Российской Федера-

ции 1 ноября 2000 г. (признано не нуждающимся в государственной регистрации — соответствующее письмо Министерства юстиции Российской Федерации от 14 декабря 2000 г. № 10936-ЮД) (далее — СП 2.4.990-00).

3. Родительским комитетам, опекунам, советам и другим общественным организациям рекомендуется принимать участие в контроле организации питания в образовательных учреждениях по согласованию с администрацией образовательных учреждений.

4. При организации питания обучающихся и воспитанников образовательных учреждений рекомендуется реализовывать следующие задачи:

а) соответствие энергетической ценности суточных рационов питания энерготратам обучающихся и воспитанников образовательных учреждений;

б) сбалансированность и максимальное разнообразие рациона питания по всем пищевым факторам, включая белки и аминокислоты, пищевые жиры и жирные кислоты, витамины, минеральные соли и микроэлементы, а также минорные компоненты пищи (флавоноиды, нуклеотиды и др.);

в) оптимальный режим питания;

г) обеспечение в процессе технологической и кулинарной обработки продуктов питания их высоких вкусовых качеств и сохранения исходной пищевой ценности;

д) учет индивидуальных особенностей обучающихся и воспитанников образовательных учреждений (потребность в диетическом питании, пищевая аллергия и прочее);

е) обеспечение санитарно-гигиенической безопасности питания, включая соблюдение всех санитарных требований к состоянию пищеблока, поставляемым продуктам питания, их транспортировке, хранению, приготовлению и раздаче блюд;

з) соответствие сырья и продуктов, используемых в питании обучающихся и воспитанников образовательных учреждений, гигиеническим требованиям к качеству и безопасности продуктов питания, предусмотренным техническим регламентом о безопасности пищевой продукции, техническим регламентом на соковую продукцию из фруктов и овощей, техническим регламентом на масложировую продукцию, Единым требованиям, СанПиН 2.3.2.1940-05, СанПиН 2.3.2.1078-01.

5. При организации питания обучающихся и воспитанников образовательных учреждений рекомендуется включать в рационы питания все группы продуктов, в том числе:

мясо и мясопродукты;
рыбу и рыбопродукты;
молоко и молочные продукты;
яйца; пищевые жиры;
овощи и фрукты;
крупы, макаронные изделия и бобовые;

хлеб и хлебобулочные изделия;
сахар и кондитерские изделия.

6. Обучающихся и воспитанников образовательных учреждений рекомендуется обеспечивать всеми пищевыми веществами, необходимыми для нормального роста и развития, обеспечения эффективного обучения и адекватного иммунного ответа с учетом физиологических норм потребностей в пищевых веществах и энергии, рекомендуемых среднесуточных рационов (наборов) питания для соответствующих образовательных учреждений.

7. Обучающихся и воспитанников образовательных учреждений рекомендуется обеспечивать среднесуточными наборами (рационами) питания в соответствии с действующими санитарными правилами и нормативами:

воспитанники дошкольных образовательных учреждений — среднесуточными наборами (рационами) питания для детей возрастных групп в соответствии с СанПиН 2.4.1.2660-10;

обучающиеся общеобразовательных учреждений — среднесуточными наборами (рационами) питания для обучающихся общеобразовательных учреждений в возрасте с 7 до 11, с 11 лет и старше — в соответствии с СанПиН 2.4.5.2409-08;

обучающиеся учреждений начального и среднего профессионального образования — среднесуточными наборами (рационами) питания для обучающихся образовательных учреждений

начального и среднего профессионального образования в соответствии с СанПиН 2.4.5.2409-08;

обучающиеся, получающие высшее профессиональное образование по очной форме обучения в учреждениях высшего профессионального образования, — среднесуточными наборами (рационами) питания для обучающихся образовательных учреждений начального и среднего профессионального образования в соответствии с СанПиН 2.4.5.2409-08;

обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья в специальных (коррекционных) учреждениях — среднесуточными наборами (рационами) питания в соответствии с видом образовательного учреждения (общеобразовательная школа, общеобразовательная школа-интернат);

дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, — среднесуточными наборами (рационами) питания в соответствии с СП 2.4.990-00.

8. При организации питания обучающихся и воспитанников образовательных учреждений рекомендуется обеспечивать потребление обучающимися и воспитанниками образовательных учреждений пищевых веществ, энергетическая ценность которых составляет от 25 до 100% от установленной суточной потребности в указанных веществах (в зависимости от времени пребывания в образовательных учреждениях).

9. В суточном рационе питания обучающихся и воспитанников образовательных учреждений оптимальное соотношение пищевых веществ (белков, жиров и углеводов) рекомендуется составлять 1:1:4 (в процентном отношении от калорийности — 10—15, 30—32 и 55—60% соответственно).

10. Интервалы между приемами пищи обучающихся и воспитанников образовательных учреждений рекомендуется составлять не менее 2—3 часов и не более 4—5 часов.

При одно-, двух-, трех- и четырехразовом питании распределение калорийности по приемам пищи в процентном отношении следует составлять: завтрак — 25%, обед — 35%, полдник — 15% (для обучающихся во вторую смену — до 20—25%), ужин — 25%.

При круглосуточном пребывании обучающихся и воспитанников в образовательных учреждениях при пятиразовом питании распределение калорийности рекомендуется составлять: завтрак — 20%, обед — 30—35%, полдник — 15%, ужин — 25%, второй ужин — 5—10%.

При организации шестиразового питания: завтрак — 20%, второй завтрак — 10%, обед — 30%, полдник — 15%, ужин — 20%, второй ужин — 5%.

11. Образовательным учреждениям рекомендуется использовать цикличное меню на 10, 14, 20, 28 дней.

Меню для каждого типа образовательных учреждений рекомендуется разрабатывать на основе утвержденных наборов (рационов) питания, обеспечивающих удовлетворение потребностей обучающихся и воспитанников разных возрастных групп в основных пищевых веществах и энергетической ценности пищевых веществ с учетом длительности их пребывания в образовательном учреждении и учебной нагрузки.

12. В образовательных учреждениях рекомендуется предусмотреть централизованное обеспечение питьевой водой, отвечающей гигиеническим требованиям, предъявляемым к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения.

Питьевой режим в образовательном учреждении рекомендуется организовывать в следующих формах: стационарные питьевые фонтанчики; вода, расфасованная в емкости.

13. При организации питания в образовательных учреждениях рекомендуется проводить профилактику витаминной и микроэлементной недостаточности согласно действующим санитарным правилам и нормативам.

14. Ассортимент пищевых продуктов, составляющих основу питания обучающихся и воспитанников образовательных учреждений, рекомендуется составлять в соответствии с требованиями СанПиН 2.4.1.2660-10 и СанПиН 2.4.5.2409-08.

15. Для обучающихся и воспитанников образовательных учреждений рекомендуется организовывать двухразовое горячее питание (завтрак и обед). Интервалы между приемами пищи не следует превышать трех-четырёх часов. Для обучающихся и воспитанников образовательных учреждений, посещающих группу продленного дня в общеобразовательных учреждениях, дополнительно рекомендуется организовать полдник.

16. В образовательных учреждениях (кроме дошкольных) может осуществляться торговля пищевой продукцией с использованием торговых автоматов.

В ассортиментный перечень пищевых продуктов для торговли через торговые автоматы могут включаться:

молоко питьевое стерилизованное витаминизированное, в том числе с добавлением натуральных плодовых и ягодных наполнителей или соков (молочные коктейли витаминизированные), с массовой долей жира до 3,5%, не требующее особых условий хранения (срок годности установлен для температуры до +25 °С), в асептической упаковке, массой нетто до 250 г;

стерилизованные (термизированные) продукты на основе йогурта, в том числе с добавлением натуральных плодовых и ягодных наполнителей или соков с массовой долей жира до 4%, не требующие особых условий хра-

нения (срок годности установлен для температуры до +25 °С);

творожные изделия (продукты), в том числе с добавлением натуральных плодовых и ягодных наполнителей или соков с массовой долей жира до 10%, не требующие особых условий хранения (срок годности установлен для температуры до +25 °С), в индивидуальной потребительской упаковке массой нетто до 125 г, с приложением пластмассовых ложечек;

вода питьевая негазированная высшей категории в упаковке емкостью до 0,5 л;

напитки безалкогольные негазированные витаминизированные или сокосодержащие (кроме тонирующих) в алюминиевых банках, полипропиленовых или ПЭТ-бутылках емкостью до 0,5 л;

соки и нектары фруктовые и овощные натуральные (восстановленные витаминизированные или прямого отжима, без соли, консервантов и искусственных ароматизаторов) в индивидуальной потребительской упаковке из полимерного или комбинированного материала емкостью до 0,33 л.

17. Организация питания в образовательных учреждениях может осуществляться с помощью промышленных способов производства питания и производства кулинарной продукции непосредственно на пищеблоках образовательных учреждений в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

18. Индустриальными способами производства питания для образовательных учреждений рекомендуется обеспечивать промышленное производство полуфабрикатов и готовых блюд с пролонгированными (увеличенными) сроками годности на пищевых производственных комплексах с использованием современных технологий, обеспечивающих крупносерийное производство наборов (рационов) питания, с последующей их выдачей готовочными и раздаточными столовыми образовательных учреждений.

19. В целях обеспечения системы организации питания в образовательных учреждениях рекомендуется предусматривать обучение работников пищеблоков у поставщиков технологического оборудования, а также на курсах повышения квалификации (с выдачей удостоверения государственного образца).

20. Разработка программ и проведение мероприятий, направленных на подготовку, переподготовку и повышение квалификации специалистов, обеспечивающих совершенствование организации питания в образовательных учреждениях, формирование культуры здорового питания у обучающихся и воспитанников образовательных учреждений может осуществляться на базе региональных стажировочных площадок, в структуру которых могут входить профильные образовательные учреждения профессионального

образования, общеобразовательные учреждения, научные организации.

21. Ежегодный всероссийский мониторинг организации школьного питания рекомендуется осуществлять на основе анализа состояния питания обучающихся и воспитанников общеобразовательных учреждений по следующим направлениям:

а) состояние здоровья обучающихся и воспитанников общеобразовательных учреждений;

б) соответствие школьных пищеблоков требованиям санитарно-эпидемиологических правил и нормативов, а также применение современных технологий организации питания;

в) модели организации питания в общеобразовательных учреждениях, реализуемые в субъекте Российской Федерации;

г) характеристика питания (по фактически применяемому рациону питания), в том числе по пищевой ценности рационов (белки, жиры, углеводы, энергетическая ценность), выходу блюд (вес), цикличности меню;

д) обеспеченность обучающихся и воспитанников общеобразовательных учреждений горячим питанием в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами;

е) перечень организаторов питания в общеобразовательных учреждениях;

ж) ценообразование, стоимость питания в общеобразовательных

учреждениях, дотации на питание обучающимся и воспитанникам общеобразовательных учреждений из средств бюджетов разных уровней и внебюджетных источников;

з) система электронных безналичных расчетов при оплате питания обучающихся и воспитанников общеобразовательных учреждений;

и) изучение общественного мнения об организации питания в общеобразовательных учреждениях;

к) пропаганда здорового питания в общеобразовательных учреждениях в рамках деятельности муниципальных органов власти и органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации;

л) осуществление контроля за качеством и безопасностью производимой продукции;

м) реализация региональных и муниципальных программ по совершенствованию организации питания в общеобразовательных учреждениях;

н) подготовка, переподготовка и повышение квалификации кадров в сфере организации питания в общеобразовательных учреждениях;

о) деятельность стажировочных площадок, ресурсных и иных методических и консультационных центров по совершенствованию организации питания в общеобразовательных учреждениях.

Приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 № 51н

«Об утверждении Национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»

В соответствии со статьями 9 и 10 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 38, ст. 4736; 2000, № 33, ст. 3348; 2003, № 2, ст. 167; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 1 (часть I), ст. 25; 2006, № 27, ст. 2879; 2007, № 43, ст. 5084; № 49, ст. 6070; 2008, № 30 (ч. II), ст. 3616; № 52 (ч. I), ст. 6236; 2009, № 1, ст. 21; № 30, ст. 3739; 2010, № 50, ст. 6599) с целью обеспечения эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации по инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики, приказываю:

1. Утвердить:

Национальный календарь профилактических прививок согласно приложению № 1;

календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям согласно приложению № 2.

2. Признать утратившими силу:

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 июня 2001 г. № 229 «О Национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (в соответствии с письмом Минюста России от 31 июля 2001 г. № 07/7800-ЮД в государственной регистрации не нуждается);

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 октября 2007 г. № 673 «О внесении изменений и дополнений в Приказ Минздрава России от 27 июня 2001 г. № 229 «О Национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям»» (в соответствии с письмом Минюста России от 20 ноября 2007 г. № 01/11905-АБ в государственной регистрации не нуждается).

Министр
Т. ГОЛИКОВА

Национальный календарь профилактических прививок

Категории и возраст граждан, подлежащих профилактическим прививкам	Наименование прививки	Порядок проведения профилактических прививок
1	2	3
Новорожденные в первые 24 часа жизни	Первая вакцинация против вирусного гепатита В	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин новорожденным, в том числе из групп риска: родившиеся от матерей — носителей HBsAg; больных вирусным гепатитом В или перенесших вирусный гепатит В в третьем триместре беременности; не имеющих результатов обследования на маркеры гепатита В; наркозависимых, в семьях, в которых есть носитель HBsAg или больной острым вирусным гепатитом В и хроническими вирусными гепатитами (далее — группы риска)
Новорожденные на 3—7 день жизни	Вакцинация против туберкулеза	Проводится новорожденным вакцинами для профилактики туберкулеза (для щадящей первичной иммунизации) в соответствии с инструкциями по их применению. В субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости, превышающими 80 на 100 тыс. населения, а также при наличии в окружении новорожденного больных туберкулезом — вакциной для профилактики туберкулеза
Дети в 1 месяц	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, в том числе из групп риска
Дети в 2 месяца	Третья вакцинация против вирусного гепатита В	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям из групп риска
Дети в 3 месяца	Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы

1	2	3
	Первая вакцинация против гемофильной инфекции	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям, относящимся к группам риска: с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания Hib-инфекцией; с онкогематологическими заболеваниями и / или длительно получающие иммуносупрессивную терапию; ВИЧ-инфицированным или рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей; находящимся в закрытых детских дошкольных учреждениях (дома ребенка, детские дома, специализированные интернаты (для детей с психоневрологическими заболеваниями и др.), противотуберкулезные санитарно-оздоровительные учреждения). Примечание. Курс вакцинации против гемофильной инфекции для детей в возрасте от 3 до 6 месяцев состоит из 3 инъекций по 0,5 мл с интервалом 1—1,5 месяца. Для детей, не получивших первую вакцинацию в 3 месяца, иммунизация проводится по следующей схеме: для детей в возрасте от 6 до 12 месяцев из 2 инъекций по 0,5 мл с интервалом в 1—1,5 месяца для детей от 1 года до 5 лет однократная инъекция 0,5 мл
	Первая вакцинация против полиомиелита	Проводится вакцинами для профилактики полиомиелита (инактивированными) в соответствии с инструкциями по их применению
Дети в 4,5 месяцев	Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, получившим первую вакцинацию в 3 месяца

1	2	3
Дети в 6 месяцев	Вторая вакцинация против гемофильной инфекции	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, получившим первую вакцинацию в 3 месяца
	Вторая вакцинация против полиомиелита	Проводится вакцинами для профилактики полиомиелита (инактивированными) в соответствии с инструкциями по их применению
	Третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, получившим первую и вторую вакцинацию в 3 и 4,5 месяца соответственно
	Третья вакцинация против вирусного гепатита В	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, не относящимся к группам риска, получившим первую и вторую вакцинацию в 0 и 1 месяц соответственно
	Третья вакцинация против гемофильной инфекции	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям, получившим первую и вторую вакцинацию в 3 и 4,5 месяца соответственно
Дети в 12 месяцев	Третья вакцинация против полиомиелита	Проводится детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики полиомиелита (живыми) в соответствии с инструкциями по их применению. Дети, находящиеся в закрытых детских дошкольных учреждениях (дома ребенка, детские дома, специализированные интернаты (для детей с психоневрологическими заболеваниями и др.), противотуберкулезные санитарно-оздоровительные учреждения), по показаниям вакцинируются трехкратно вакцинами для профилактики полиомиелита (инактивированными)
	Вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы

1	2	3
	Четвертая вакцинация против вирусного гепатита В	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям из групп риска
Дети в 18 месяцев	Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы
	Первая ревакцинация против полиомиелита	Проводится детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики полиомиелита (живыми) в соответствии с инструкциями по их применению
	Ревакцинация против гемофильной инфекции	Ревакцинацию проводят однократно детям, привитым на первом году жизни в соответствии с инструкциями по применению вакцин
Дети в 20 месяцев	Вторая ревакцинация против полиомиелита	Проводится детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики полиомиелита (живыми) в соответствии с инструкциями по их применению
Дети в 6 лет	Ревакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, получившим вакцинацию против кори, краснухи, эпидемического паротита
Дети в 6—7 лет	Вторая ревакцинация против дифтерии, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению анатоксинов с уменьшенным содержанием антигенов детям данной возрастной группы
Дети в 7 лет	Ревакцинация против туберкулеза	Проводится не инфицированными микобактериями туберкулеза туберкулиноотрицательным детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики туберкулеза в соответствии с инструкциями по их применению
Дети в 14 лет	Третья ревакцинация против дифтерии, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению анатоксинов с уменьшенным содержанием антигенов детям данной возрастной группы

1	2	3
	Третья ревакцинация против полиомиелита	Проводится детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики полиомиелита (живыми) в соответствии с инструкциями по их применению
	Ревакцинация против туберкулеза	Проводится не инфицированными микобактериями туберкулеза туберкулиноотрицательным детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики туберкулеза в соответствии с инструкциями по их применению. В субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости туберкулезом, не превышающими 40 на 100 тыс. населения, ревакцинация против туберкулеза в 14 лет проводится туберкулиноотрицательным детям, не получившим прививку в 7 лет
Взрослые от 18 лет	Ревакцинация против дифтерии, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению анатоксинов с уменьшенным содержанием антигенов взрослым от 18 лет каждые 10 лет с момента последней ревакцинации
Дети от 1 года до 18 лет, взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее	Вакцинация против вирусного гепатита В	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям и взрослым данных возрастных групп по схеме 0—1—6 (1 доза — в момент начала вакцинации, 2 доза — через месяц после 1 прививки, 3 доза — через 6 месяцев от начала иммунизации)
Дети от 1 года до 18 лет, девушки от 18 до 25 лет	Иммунизация против краснухи	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям от 1 года до 18 лет, не болевшим, не привитым, привитым однократно против краснухи, и девушкам от 18 до 25 лет, не болевшим, не привитым ранее

Окончание табл.

1	2	3
Дети с 6 месяцев, учащиеся 1—11 классов; студенты высших профессиональных и средних профессиональных учебных заведений; взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных учреждений, транспорта, коммунальной сферы и др.); взрослые старше 60 лет	Вакцинация против гриппа	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин ежегодно данным категориям граждан
Дети в возрасте 15—17 лет включительно и взрослые в возрасте до 35 лет	Иммунизация против кори	Иммунизация против кори детям в возрасте 15—17 лет включительно и взрослым в возрасте до 35 лет, не привитым ранее, не имеющим сведений о прививках против кори и не болевшим корью ранее, проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин двукратно с интервалом не менее 3 месяцев между прививками. Лица, привитые ранее однократно, подлежат проведению однократной иммунизации с интервалом не менее 3 месяцев между прививками

Примечания:

1. Иммунизация в рамках Национального календаря профилактических прививок проводится медицинскими иммунобиологическими препаратами, зарегистрированными в соответствии с законодательством Российской Федерации, согласно инструкциям по применению.

2. При нарушении сроков иммунизации ее проводят по предусмотренным Национальным календарем профилактических прививок схемам и в соответствии с инструкциями по применению препаратов. Допускается введение вакцин (кроме вакцин для профилактики туберкулеза), применяемых в рамках Национального календаря профилактических прививок, в один день разными шприцами в разные участки тела.

3. Иммунизация детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, осуществляется в рамках Национального календаря профилактических прививок в соответствии с инструкциями по применению вакцин и анатоксинов. При иммунизации таких детей учитываются: ВИЧ-статус ребенка, вид вакцины, показатели иммунного статуса, возраст ребенка, сопутствующие заболевания.

4. Иммунизация детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями и получавших трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку (во время беременности, родов и в периоде новорожденности), проводится в родильном доме вакцинами для профилактики туберкулеза (для шадящей пер-

вичной иммунизации). У детей с ВИЧ-инфекцией, а также при обнаружении у детей нуклеиновых кислот ВИЧ-молекулярными методами вакцинация против туберкулеза не проводится.

5. Детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, иммунизация против полиомиелита проводится инактивированной вакциной независимо от их ВИЧ-статуса.

6. Иммунизация живыми вакцинами в рамках Национального календаря профилактических прививок (за исключением вакцин для профилактики туберкулеза) проводится ВИЧ-инфицированным детям с 1-й и 2-й иммунными категориями (отсутствие или умеренный иммунодефицит).

7. При исключении диагноза «ВИЧ-инфекция» детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, проводят иммунизацию живыми вакцинами без предварительного иммунологического обследования.

8. Анатоксины, убитые и рекомбинантные вакцины в рамках Национального календаря профилактических прививок вводят всем детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями. ВИЧ-инфицированным детям указанные препараты вводятся при отсутствии выраженного и тяжелого иммунодефицита.

9. При проведении иммунизации против гепатита В детей первого года жизни, против гриппа детей с 6-месячного возраста и учащихся 1—11 классов школ используются вакцины без ртуть-содержащих консервантов.

Календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям

Наименование прививки	Категории граждан, подлежащих профилактическим прививкам по эпидемическим показаниям, и порядок их проведения	Сроки проведения профилактических прививок по эпидемическим показаниям
1	2	3
Против туляремии	Население, проживающее на энзоотичных по туляремии территориях, а также прибывшие на эти территории лица, выполняющие следующие работы: сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, другие работы по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные; по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя туляремии	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против чумы	Население, проживающее на энзоотичных по чуме территориях. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя чумы	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против бруцеллеза	В очагах козье-овечьего типа лица, выполняющие следующие работы: по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, где регистрируются заболевания скота бруцеллезом; по убою скота, больного бруцеллезом, заготовке и переработке полученных от него мяса и мясопродуктов. Животноводы, ветеринарные работники, зоотехники в хозяйствах, энзоотичных по бруцеллезу. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя бруцеллеза	В соответствии с инструкциями по применению вакцин

Продолжение табл.

1	2	3
Против сибирской язвы	Лица, выполняющие следующие работы: зооветработники и другие лица, профессионально занятые предубойным содержанием скота, а также убойем, снятием шкур и разделкой туш; сбор, хранение, транспортировка и первичная переработка сырья животного происхождения; сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные на энзоотичных по сибирской язве территориях. Работники лабораторий, работающие с материалом, подозрительным на инфицирование возбудителем сибирской язвы	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против бешенства	С профилактической целью иммунизируют лиц, имеющих высокий риск заражения бешенством: работники лабораторий, работающие с уличным вирусом бешенства; ветеринарные работники; егеря, охотники, лесники; лица, выполняющие работы по отлову и содержанию животных	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против лептоспироза	Лица, выполняющие следующие работы: по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, расположенных на энзоотичных по лептоспирозу территориях; по убою скота, больного лептоспирозом, заготовке и переработке мяса и мясопродуктов, полученных от больных лептоспирозом животных; по отлову и содержанию безнадзорных животных. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя лептоспироза	В соответствии с инструкциями по применению вакцин

1	2	3
Против клещевого вирусного энцефалита	Население, проживающее на энзоотичных по клещевому вирусному энцефалиту территориях, а также прибывшие на эти территории лица, выполняющие следующие работы: сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные; по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя клещевого энцефалита. Лица, посещающие энзоотичные по клещевому энцефалиту территории с целью отдыха, туризма, работы на дачных и садовых участках	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против лихорадки Ку	Лица, выполняющие работы по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, где регистрируются заболевания лихорадкой Ку скота. Лица, выполняющие работы по заготовке, хранению и переработке сельскохозяйственной продукции на энзоотичных территориях по лихорадке Ку. Лица, работающие с живыми культурами возбудителей лихорадки Ку	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против желтой лихорадки	Лица, выезжающие за рубеж в энзоотичные по желтой лихорадке районы. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя желтой лихорадки	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против холеры	Лица, выезжающие в неблагополучные по холере страны. Граждане Российской Федерации в случае осложнения санитарно-эпидемиологической обстановки по холере в сопредельных странах, а также на территории Российской Федерации	В соответствии с инструкциями по применению вакцин

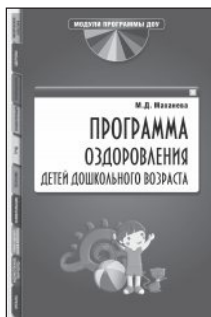
1	2	3
Против брюшно-го тифа	Лица, занятые в сфере коммунального благоустройства (работники, обслуживающие канализационные сети, сооружения и оборудование, а также предприятий по санитарной очистке населенных мест — сбор, транспортировка и утилизация бытовых отходов). Лица, работающие с живыми культурами возбудителей брюшного тифа. Население, проживающее на территориях с хроническими водными эпидемиями брюшного тифа. Лица, выезжающие в гиперэндемичные по брюшному тифу регионы и страны. Контактные в очагах брюшного тифа по эпидпоказаниям. По эпидемическим показаниям прививки проводят при угрозе возникновения эпидемии или вспышки (стихийные бедствия, крупные аварии на водопроводной и канализационной сети), а также в период эпидемии, при этом в угрожаемом районе проводят массовую иммунизацию населения	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против вирусного гепатита А	Лица, подверженные профессиональному риску заражения (врачи, персонал по уходу за больными, работники сферы обслуживания населения, занятые на предприятиях пищевой промышленности, в организациях общественного питания, а также обслуживающие водопроводные и канализационные сооружения, оборудование и сети). Лица, выезжающие в неблагополучные регионы и страны, где регистрируется вспышечная заболеваемость. Контактные в очагах гепатита А	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против шигеллез	Работники инфекционных стационаров и бактериологических лабораторий. Лица, занятые в сфере общественного питания и коммунального благоустройства. Дети, посещающие детские учреждения и выезжающие в оздоровительные лагеря (по показаниям). По эпидемическим показаниям прививки проводят при угрозе возникновения эпидемии или вспышки (стихийные бедствия, крупные аварии на водопроводной и канализационной сети), а также в период эпидемии, при этом в угрожаемом районе проводят массовую иммунизацию населения. Профилактические прививки предпочтительно проводить перед сезонным подъемом заболеваемости шигеллезами	В соответствии с инструкциями по применению вакцин

1	2	3
Против менингококковой инфекции	Дети, подростки, взрослые в очагах менингококковой инфекции, вызванной менингококками серогрупп А или С. Вакцинация проводится в эндемичных регионах, а также в случае эпидемии, вызванной менингококками серогрупп А или С	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против кори	Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против кори, однократно привитые без ограничения возраста	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против гепатита В	Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против гепатита В	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против дифтерии	Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против дифтерии	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против эпидемического паротита	Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против эпидемического паротита	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против полиомиелита	Прививкам подлежат контактные в очагах полиомиелита, в том числе вызванного диким полиовирусом (или при подозрении на заболевание): дети с 3 месяцев до 18 лет; медработники.	Однократно однократно

1	2	3
	Дети, прибывшие из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий), с 3 месяцев до 15 лет Лица без определенного места жительства (при их выявлении) с 3 месяцев до 15 лет Лица, контактировавшие с прибывшими из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий), с 3 месяцев жизни без ограничения возраста Лица, работающие с живым полиовирусом, с материалами, инфицированными (потенциально инфицированными) диким вирусом полиомиелита без ограничения возраста Иммунизация против полиомиелита по эпидемическим показаниям проводится оральной полиомиелитной вакциной. Показаниями для проведения иммунизации детей оральной полиомиелитной вакциной по эпидемическим показаниям являются регистрация случая полиомиелит, вызванного диким полиовирусом, выделение дикого полиовируса в биопробных материалах от людей или из объектов окружающей среды. В этих случаях иммунизация проводится в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача субъекта Российской Федерации, которым определяется возраст детей, подлежащих иммунизации, сроки, порядок и кратность ее проведения	Однократно (при наличии достоверных данных о предшествующих прививках) или трехкратно (при их отсутствии) Однократно (при наличии достоверных данных о предшествующих прививках) или трехкратно (при их отсутствии) Однократно Однократно при приеме на работу

Примечание. Допускается введение инактивированных вакцин, применяемых в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и Национального календаря профилактических прививок в один день разными шприцами в разные участки тела.

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ ПО ОЗДОРОВЛЕНИЮ ДЕТЕЙ



ПРОГРАММА ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Автор — Маханева М.Д.

В данном методическом пособии представлена программа оздоровления детей дошкольного возраста, раскрыты основные средства физического воспитания, динамика формирования интегративного качества личности ребенка «Физически развитый, овладевший основными культурно-гигиеническими навыками». В приложении представлен проект «С физкультурой дружить — здоровым быть». Содержание настоящего методического пособия соответствует федеральным государственным требованиям к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования.



ПОДВИЖНЫЕ ИГРЫ НА ПРОГУЛКЕ

Авторы — Бабенкова Е.А., Параничева Т.М.

В силу высокой учебной нагрузки в ДОУ и дома у большинства детей отмечаются дефицит в режиме дня, недостаточная двигательная активность, приводящая к появлению гипокинезии, вызывающей серьезные изменения в организме ребенка. В методическом пособии представлена методика врачебно-педагогического контроля при проведении игр на свежем воздухе. Описаны практические рекомендации по проведению подвижных игр на свежем воздухе в теплое и холодное время года. Приведены рекомендации по безопасности организации подвижных игр. Описано действие игры на организм ребенка.



ПРИБОЩАЕМ ДОШКОЛЬНИКОВ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Авторы — Полтавцева Н.В., Стожарова М.Ю.,
Краснова Р.С., Гаврилова И.А.

Методическое пособие посвящено изложению программы и методики формирования здорового образа жизни детей в условиях ДОУ. В нем изложен подход, основанный на применении принципа осознанности в работе с дошкольниками, т.е. понимания детьми важности самостоятельного сохранения своего здоровья.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

Пришлите заявку по адресу: 129626, Москва, а/я 40,

по E-mail: sfera@cnt.ru, по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

или закажите в интернет-магазине: www.tc-sfera.ru

Не забудьте разборчиво написать свой индекс и обратный адрес и заказать бесплатные каталоги издательства «ТЦ Сфера»:

«Дошкольное воспитание», «Логопедия», «Педагогика и психология»,
«Начальная и средняя школа», «Подписные издания».



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

**Издательство «ТЦ Сфера» приглашает
посетить наш Интернет-сайт www.tc-sfera.ru**

В новой версии сайта издательства «ТЦ СФЕРА» мы постарались учесть все замечания посетителей нашего сайта к его оформлению и содержанию и сделать новый вариант удобнее, доступнее и полезнее.

Что нового

В новой версии, как и прежде, посетители сайта могут сделать заказ на книги издательства, познакомиться с новинками, узнать новости из жизни издательства, почитать избранные главы из книг и статьи из журналов, опубликовать свой материал.

Чего не было раньше, так это возможности приобрести наши книги в электронном виде: оплатить их с помощью SMS или электронных денег и немедленно загрузить файлы на свой компьютер.

Кроме того, теперь пользователи, размещающие свои статьи на сайте, смогут самостоятельно редактировать их. Создав на сайте новую статью, пользователь может сам исправить все недостатки ее оформления, проявившиеся при переносе из текстового редактора на страницу сайта. Ждать публикации не требуется, теперь все в ваших руках!

Что впереди

В наших ближайших планах:

- ♦ отправка по запросу сертификата о публикации (разместив на сайте свою статью, автор может прислать заявку на сертификат, который получит по почте);
- ♦ скидки и льготы самым активным пользователям, публикующим свои материалы и комментирующим чужие;
- ♦ создание на сайте раздела с удаленными семинарами и курсами повышения квалификации.

В общем будет интересно! Заходите на книжный сайт издательства www.tc-sfera.ru! А на сайте www.apcards.ru познакомьтесь с нашей наглядной и поздравительной продукцией.



Творческий Центр СФЕРА

ПОДПИСНЫЕ ИЗДАНИЯ

Подписаться на наши журналы можно с любого месяца

2013

1-е полугодие

Индексы в каталогах

Комплект:

«Управление ДОУ» с приложением;
«Методист ДОУ»,
«Инструктор по физкультуре»,
«Медработник ДОУ»;

Рабочие журналы для:

- воспитателя группы детей раннего возраста
- воспитателя детского сада
- заведующего детским садом
- инструктора по физической культуре
- музыкального руководителя детского сада
- педагога-психолога
- старшего воспитателя
- учителя-логопеда

Роспечать

36804

Подписка только в первом полугодии

Пресса России

39757

(без рабочих журналов)

Почта России

10399

(без рабочих журналов)

«Управление ДОУ» с приложением
и один выпуск «Методист ДОУ»

82687

«Управление ДОУ»

80818

«Медработник ДОУ»

80553

«Инструктор по физкультуре»

48607

«Воспитатель ДОУ» с библиотекой

80899

«Воспитатель ДОУ»

58035

«Логопед» с библиотекой

18036

и учебно-игровым комплектом

39756

«Логопед»

82686**10395****10396**

Чтобы подписаться на все издания для специалистов дошкольного воспитания Вашего учреждения, вам потребуется **три индекса:**

36804, 80899, 18036 — Роспечать

Подписаться на наши издания можно по каталогам
«РОСПЕЧАТЬ», «ПРЕССА РОССИИ», «ПОЧТА РОССИИ»

Если вы не успели подписаться на наши издания, то можно заказать их по почте наложенным платежом по **адресу:** 129626, Москва, а/я 40.

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, (499) 181-34-52;

по **E-mail:** sfera@cnt.ru; в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru

В следующем номере!

Оценка физического развития детей дошкольного возраста
г. Иркутска

Общие вопросы профилактики гельминтозов

Травмы глаза у детей

Разработка региональной стратегии формирования культуры
здоровой жизни

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера **журнала «Медработник ДОУ»**. Мы вышлем их наложенным платежом. В заявке укажите свой точный адрес, индекс, а также наименование издания и требуемое количество. Заявку отправьте по **адресу**: 129626, Москва, а/я 40, по тел.: (495) 656-75-05 или по **E-mail**: sfera@cnt.ru. Журналы предыдущих лет издания можно приобрести по 15 руб. за экземпляр в нашем Центре образовательной книги.



МЕДРАБОТНИК ДОУ
2012, № 7 (35)

Научно-практический журнал
ISSN 2220-1475

Журнал издается с 2008 г.

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

Учредитель и издатель
Т.В. Цветкова

Главный редактор
Л.В. Макарова

Научный редактор
Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор
Н.А. Зайченко

Оформление, макет
С.Н. Гамзиной

Дизайнеры обложки
В. Чемякин, Е.В. Кустарова

Корректоры
Т.Э. Балоунова, Л.Б. Успенская

Фото на обложке
Е.В. Кустарова

Точка зрения редакции может не совпадать
с мнениями авторов. Ответственность за
достоверность публикуемых материалов несут
авторы. Редакция не возвращает и не рецензирует
присланные материалы.

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

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

Подписные индексы в каталогах:

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

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

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

Адрес редакции:

129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18,
корп. 3. Тел./факс: (495) 656-70-33,
656-73-00.

Почтовый адрес:

129626, Москва, а/я 40.

E-mail: 123@tc-sfera.ru; www:tc-sfera.ru

Рекламный отдел:

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

Номер подписан в печать 22.10.12. Формат
60×90¹/₁₆. Усл. печ. л. 8,0. Тираж 5000 экз.
Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2012

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2012

© Т.В. Цветкова, 2012



4 607091 440263



0 0033