



МЕДПРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного
Образовательного
Учреждения



**Диагностика и лечение детей
с синдромом Шерешевского —
Тернера**

**Профилактика энтеробиоза
как фактор оздоровления
детей**

**Состояние поствакцинального
иммунитета у детей без атопии
и с атопией в анамнезе**

**Модель комплексного
патроната семей
детей-инвалидов**

№ 7/2010

МЕДРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного Образовательного Учреждения

Содержание

2010, № 7 (19)

Колонка редактора	3
Гость номера <i>Л.В. Софронова</i>	4

ГИГИЕНА

Режим дня

<i>Красавина Н.А., Злотникова В.Г.</i> Ребенок идет в детский сад	10
<i>Вяткина О.В., Бояршинова Л.М.</i> Адаптация без слез	13
<i>Субботина П.Э.</i> «Первые шаги» в школе	24

Рациональное питание

<i>Меркурьева Л.А., Онегова Р.Г.</i> Включение смеси «Нутрикомп АДН Браун Файбер» в питание детей с дисбиозом кишечника	27
<i>Мельчукова Л.И., Кирьянова Т.И., Дарьенко Е.Г.</i> Применение диетотерапии в условиях ДОУ	31

Физическое воспитание

<i>Милюкова О.Н.</i> Шаг за шагом навстречу здоровью	34
---	----

Гигиеническое воспитание

<i>Аверьянова Н.И., Мачулина Н.А., Емелева Л.Н.</i> Обучение детей навыкам индивидуальной гигиены полости рта	37
<i>Вяткина О.В., Агафонова О.И.</i> Профилактика кариеса зубов у дошкольников	39

ПЕДИАТРИЯ

Неинфекционные заболевания

<i>Кочергина Е.А., Мельчукова Л.И.</i> Профилактика энтеробиоза как фактор оздоровления детей	50
<i>Лобанова Е.В., Мельчукова Л.И., Зубов Е.В.</i> Лечение вегетативной дисфункции синусового узла у дошкольников	59
<i>Шемякина Н.Б.</i> Состояние поствакцинального иммунитета у детей без атопии и с атопией в анамнезе	65

Инфекционные заболевания*Лошкарева В.Н. и др.*

Эпидемиологические и клинические особенности

гепатита А в г. Перми 71

Львова И.И., Ершова О.Ю.

Профилактика ОРВИ в ДОУ 74

Реабилитация*Невзоров И.В., Окишева Л.И.*

Реабилитация детей с патологией органа зрения

в условиях ДОУ 77

Бронников В.А., Тверская О.Н.

Комплексный подход к реабилитации (абилитации)

детей с церебральным параличом 79

Бронников В.А., Надымова М.С., Тверская О.Н.

Модель комплексного патронажа семей детей-инвалидов ... 84

ПЕДАГОГИКА**Оздоровительная работа***Невзоров И.В., Исаева Н.Р.*

Опыт организации и эффективность оздоровления

детей на базе ДОУ г. Перми 90

Развитие ребенка*Аверьянова Н.И., Иванова Н.В., Митирева М.А.*

Некоторые аспекты оценки школьной зрелости детей 95

Психологическая помощь*Ильина И.Ю., Тверская О.Н.*

Адаптация детей с ОНР к условиям специализированного

ДОУ 98

Гирилюк Т.Н.

Комплексная помощь детям раннего возраста

с задержкой психомоторного и речевого развития 102

АКТУАЛЬНО**Медицинское обслуживание***Репецкая М.Н. и др.*

Оказание медицинской помощи в ДОУ детям

с заболеваниями нервной системы 110

Медицинский кабинет*Репецкая М.Н. и др.*

Оздоровление детей с использованием передвижного

реабилитационного кабинета 114

Профессиональный рост*Коренчук З.А. и др.*

Инновационные технологии дополнительного

профессионального образования в сфере здравоохранения ... 116

Самообразование*Аверьянова Н.И. и др.*

Решение проблемы устройства детей, лишенных

родительской опеки 120

Книжная полка 49, 124**Памятка авторам** 126**Как подписаться** 127**Анонс** 128

Уважаемые коллеги!

Очередной номер журнала подготовлен совместно с коллегами из г. Перми. Современная Пермь — это крупный многоотраслевой промышленный центр, третий по площади город России после Москвы и Санкт-Петербурга (799,68 км²). Город вытянут вдоль реки Камы и по протяженности занимает третье место после Санкт-Петербурга и Сочи.

У нас в гостях сотрудники Пермской государственной медицинской академии им. академика Е.А. Вагнера — научного центра высшего медицинского образования и научно-исследовательской работы. Учебная база — пять факультетов: лечебный, стоматологический, педиатрический, медико-профилактический, высшего сестринского образования, 67 кафедр разного профиля, научно-исследовательская лаборатория, фундаментальная библиотека.

История высшего медицинского образования на Западном Урале берет свое начало в 1916 г., когда в Перми открылся государственный университет. Первоначально это было медицинское отделение в составе физико-математического факультета: медики составляли 43% от числа всех студентов. Россия в этот период остро нуждалась в медицинских кадрах. Поэтому уже в 1917 г. отделение стало самостоятельным медицинским факультетом, а 23 февраля 1931 г., в соответствии с постановлением Совнаркома РСФСР, — Пермским медицинским институтом.

Во время Великой Отечественной войны вуз выполнял ответственную работу по подготовке врачей для фронта, организации эвакуогоспиталей и квалифицированной помощи населению. В первые дни войны 92 научных работника и многие студенты ушли на фронт. В сложных условиях институт продолжал готовить военных врачей. Только в 1941 г. было выпущено 730 врачей, а всего за время войны — 1540.

В 1994 г. приказом Государственного Комитета РФ по высшему образованию Пермский медицинский институт переименован в Пермскую государственную медицинскую академию. Сегодня ученые вуза свято чтят и продолжают традиции, заложенные их предшественниками, чьи имена стали гордостью отечественной медицины.

На страницах журнала опытом своей работы с нами делятся специалисты-практики различных медицинских учреждений г. Перми.

Мы благодарим коллег за присланные материалы и желаем им здоровья и новых профессиональных побед в их непростом, но очень почетном труде.

С уважением, редакция

Гость номера

Софронова Людмила Васильевна

д-р мед. наук, профессор кафедры педиатрии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера, г. Пермь

Диагностика и лечение детей с синдромом Шерешевского—Тернера

Синдром Шерешевского—Тернера — генетическое заболевание, обусловленное полным или частичным отсутствием второй половой хромосомы (X или Y) [6]. Частота встречаемости синдрома 1:2000 — 2500 новорожденных девочек [4]. Его клинические проявления чрезвычайно разнообразны, степень их выраженности вариабельна. К основным и наиболее постоянным клиническим характеристикам синдрома относятся нарушение роста (в 95—100% случаев) и гипергонадотропный гипогонадизм. Нередко девочки рождаются с низкой массой тела, в дальнейшем происходит постепенное прогрессивное снижение роста, в подростковом возрасте отсутствует ростовой скачок. В результате девочки имеют низкий конечный рост, величина которого варьируется в различных популяциях от 140—147 см. Кроме того, у детей с синдромом Шерешевского—Тернера

обычно выявляются разнообразные пороки формирования внутренних органов и малые аномалии развития (табл. 1).

Поскольку задержку полового развития можно диагностировать лишь при вступлении ребенка в пубертат, в дошкольном возрасте следует обратить особое внимание на задержку скорости роста и наличия стигм дизэмбриогенеза.

Дифференциальный диагноз в первую очередь следует проводить с другими заболеваниями, сопровождающимися низкорослостью. К наиболее частым вариантам низкорослости относятся *соматогенно-конституциональная задержка роста*, обусловленная тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями, сопровождающимися гипоксией (заболевания легких, сердечно-сосудистой системы, наследственные анемии), *нарушения всасывания в кишечнике* (целиакия, муко-

Таблица 1

**Характерные основные нарушения
при синдроме Шерешевского—Тернера**

Физиологические особенности	Симптомы
Рост	Задержка роста, прогрессирующая с возрастом
Яичники	Дисгенезия гонад
Рот, челюсти	Высокое (готическое) нёбо, микрогнатия, нарушения прикуса
Кожа, дериваты	Отечность кистей, стоп, множественные пигментные невусы, гипертрихоз, дисплазия ногтевых пластинок, алопеция, витилиго
Шея	Короткая, толстая, низкий рост волос, крыловидные складки шеи
Грудная клетка	«Вдавленная» грудная клетка, широко расставленные, «втянутые» соски
Скелет	Cubitus valgus, короткие метакарпальные кости, сколиоз
Глаза	Птоз, эпикант, миопия, амблиопия, косоглазие, нистагм
Сосуды сердца	Коарктация аорты, двустворчатый аортальный клапан, дилатация и аневризма аорты
Пороки развития почек	«Подковообразная» почка, аплазия почки, изменения лоханок и мочеточников, аномалии почечных сосудов
Уши	Деформация ушной раковины, частые отиты среднего уха, нарушение слуха

висцидоз), *патология костно-суставной системы* (хондродисплазии). Конституциональный низм связан с низким ростом ближайших родственников. Существует формула, по которой можно определить прогнозируемый рост ребенка.

Прогнозируемый рост мальчика
= рост отца (см) + рост матери (см) : 2 + 6,5 см.

Прогнозируемый рост девочки
= рост отца (см) + рост матери (см) : 2 — 6,5 см.

Дети могут отставать в росте, если в силу семейных особенностей наступает позднее половое созревание (синдром позднего пубертата).

Отдельно выделяют форму задержки роста — психосоциальная депривация. Данная низкорослость характерна для детей из неблагополучных семей, которым недостает любви, заботы, особенно в дошкольном возрасте. Недостаточность питания также может быть причиной задержки роста ребенка.

Наиболее частые причины эндокринно-зависимых форм задержки роста — *снижение функции щитовидной железы* (гипотиреоз), *недостаточность продукции гормона роста гипофиза* (соматотропная недостаточность). На фоне гипотиреоза при поздно начатой или неадекватной терапии дети резко отстают в росте и нервно-психическом развитии. Соматотропная недостаточность характеризуется дефицитом гормона роста и прогрессирующим снижением темпов роста (менее 2 см в год).

Для диагностики нарушений роста необходимо владеть правильной методикой антропометрии. Рост обычно измеряют два человека: измеритель и помощник, которые должны четко знать все детали исследования. Программа измерений не должна занимать более 10 мин. Наилучшим временем для данной процедуры считаются утренние часы. Длина тела у детей в возрасте до 1 года измеряется в положении лежа деревянным ростомером. Ребенка укладывают на спину таким образом, чтобы голова плотно прикасалась вершечной точкой к вертикальной неподвижной планке ростомера. Голова устанавливается в положение, при котором нижний край глазницы и верхний край козелка уха находились бы в одной вертикальной плоскости. Ноги ребенка должны быть выпрямлены лег-

ким надавливанием левой руки на колени; правой рукой подводят подвижную планку ростомера плотно к пяткам, сгибая стопы до прямого угла. Отчет ведется по шкале ростомера с точностью до 0,5 см [5].

Рост детей старше 1 года измеряется стоя. Для этого используются современные стадиометры (например, Harpenden stadiometer, Holtain Ltd, Великобритания), жестко фиксированные к стене, со скользящей планкой и окошком с показателями роста до десятой величины, а также деревянный вертикальный ростомер. Обувь должна быть снята, ребенок становится спиной к вертикальной стойке ростомера, касаясь последней пятками, ягодицами и межлопаточной областью, голова ребенка находится в положении, при котором нижний край глазницы и верхний край козелка уха расположены в одной горизонтальной плоскости, перпендикулярной вертикальной стойке ростомера. Его подвижная планка опускается до полного соприкосновения с вершечной точкой головы без надавливания, результат регистрируется с точностью до 0,5 см [5]. Показателем роста является средний показатель из трех последовательных измерений [3].

Рост и вес ребенка откладываются на перцентильных графиках роста и веса, фиксирующих рост в перцентильях (от 3—5 до 95—

97) или в стандартных отклонения (SD роста).

Очень важно определить скорость роста ребенка (в течение года). Она определяется несколькими измерениями, полученными за период не менее 6 месяцев и отмечается на кривой скорости роста. А также рассчитывается по формуле: скорость роста (см/год) = (рост 2 – рост 1) : (XB2 – XB1), где (рост 2 – рост 1) — разница между двумя показателями роста в определенный момент времени, XB — хронологический возраст. Дети с нормальной скоростью роста обычно не имеют дефицита гормона роста. Сниженная скорость роста, даже при его средних величинах, — есть показание для дальнейшего поиска причин задержки роста.

Кроме стандартной методики оценки физического развития, врач-педиатр должен уметь рассчитывать SDS роста, что позволит точно установить наличие патологии роста и своевременно направить ребенка к эндокринологу и генетику. SDS (Standard Deviation Score) представляет собой коэффициент стандартного отклонения от медианы нормального роста для данного хронологического возраста и пола. Существуют специальные таблицы, содержащие возрастные нормативы роста, SD роста, скорость роста и SD скорости роста для девочек и мальчиков. $SDS \text{ роста} = \frac{\text{рост ребенка (см)} - \text{средний рост}}$

для данного пола и возраста (см. табличное значение) / SD роста (стандартное отклонение антропометрического показателя от среднего в популяции, табличное значение). В норме SDS роста не более +2,0 и не менее –2,0 [1].

Овладение правильной методикой антропометрии, расчет показателей SD скорости роста, SDS роста позволит выявлять детей с редкими, тяжелыми формами низкорослости, в том числе своевременно диагностировать синдром Шерешевского—Тернера.

Детей с синдромом Шерешевского—Тернера, как и пациентов с соматотропной недостаточностью, лечат генно-инженерными препаратами гормона роста. В России прошли клиническую апробацию и разрешены к использованию следующие генно-инженерные препараты гормона роста человека: растан (Россия), нордитропин (Дания), хуматроп (Франция), генотропин (Швеция) и сайзен (Италия) [2; 5]. Все препараты дорогостоящие; годовой курс терапии составляет более 1 млн рублей. Дети с подтвержденным диагнозом получают гормон роста бесплатно за счет средств федерального или регионального бюджета. На фоне адекватной терапии существенно возрастает скорость роста, а при рано начатом лечении дети достигают социально приемлемого роста [1; 3].

Цель нашего исследования — оценка эффективности терапии гормоном роста девочек с синдромом Шерешевского—Тернера. Нами обследованы дети (16 чел.), состоящие на учете в городском эндокринологическом центре г. Перми с диагнозом данного синдрома. К сожалению, у большинства девочек диагноз был установлен поздно. Средний возраст больных на момент постановки диагноза составил $8,4 \pm 1,6$ лет. У всех обследованных пациенток мамы имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (медицинские аборты, выкидыши, патологическое течение беременности и родов). Половина девочек родилась с задержкой внутриутробного развития по гипотрофическому типу, четверо — недоношенными.

Большинство больных имели кариотип 45,X0 (табл. 2). По дан-

Таблица 2

Частота встречаемости различных вариантов хромосомных нарушений у больных с синдромом Шерешевского—Тернера

Кариотип	Количество больных, чел.
45,X0	6
45,X/46,XX	3
45,X/46,XY	1
45,X/46,X, del(X)	2
45,X/46,X, i(Xq)	1
46,X, del(X)	3

ным первичной антропометрии, SDS роста у 9 чел. составлял от $-3,0$ до $-3,74$, у 3 чел. от $-5,0$ до $-5,74$ (в среднем составляя $-3,42 \pm 0,34$), что говорит о поздней диагностике заболевания. Скорость роста в среднем составляла $3,6 \pm 0,46$ см в год.

У всех девочек пубертатного возраста наблюдалась задержка полового развития. Сочетанная эндокринная патология выявлена у 9 больных. Наиболее часто диагностировался гипотиреоз (у 30% пациенток), что совпадает с литературными данными [4]. Сопутствующие хронические заболевания диагностированы у всех больных. Патология со стороны сердечнососудистой системы, как частая составляющая синдрома Шерешевского—Тернера, выявлена у 8 чел.: врожденные пороки сердца — у 3, малые аномалии развития сердца — у 5.

Заместительную гормональную терапию рекомбинантным гормоном роста получали 12 девочек, из них 7 — нордитропин, 3 — растан, 2 — генотропин. Всем детям вводился гормон роста в рекомендуемой дозе $0,05 \text{ мг/кг/сут.}$, ежедневно, подкожно, в пропорции 22:00. Регулярно гормон роста получали лишь 8 больных, у 4 девочек лечение было непродолжительным (до одного года) и закончено по причине достижения костного возраста 14 лет и закрытия зон роста. Трем больным препарат

вводился нерегулярно в связи с недостаточной комплаентностью (приверженность лечению — степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача) родителей. Не получали заместительную терапию 6 девочек (поздняя постановка диагноза и закрытие зон роста — 3 чел., отсутствие инвалидности и, следовательно, льгот — 2 чел.).

Несмотря на имеющиеся дефекты в получении гормона роста, отмечена положительная динамика заместительной терапии. За год регулярного приема рекомбинантного препарата скорость роста девочек составила в среднем $4,6 \pm 0,7$ см/год. У девочек, не получавших лечение, скорость роста была в 2 раза ниже ($2,3 \pm 0,4$), $P < 0,05$.

Таким образом, проведенное исследование выявило существенные дефекты наблюдения детей с синдромом Шерешевского—Тернера. До 7 лет диагноз был установлен лишь 5 девочкам. Причины поздней диагностики — недооценка снижения скорости роста в сочетании с множественными стигмами дизэмбриогенеза, соответственно позднее направление детей к эндокринологу и генетику. Несвоевременное начало терапии не позволило добиться социально приемлемого роста у половины пациенток.

Рекомендации. Врачу дошкольного учреждения желательно оценивать показатели роста детей, используя перцентильные графики. Дети с отклонением SDS роста 2 и менее должны быть немедленно направлены к эндокринологу для проведения углубленного обследования и выявления причин нарушения роста. При наличии у девочки задержки роста в сочетании с пятью и более стигмами дизэмбриогенеза необходима консультация генетика. При своевременной диагностике синдрома Шерешевского—Тернера и адекватной терапии конечный рост ребенка достигает социально приемлемых значений.

Литература

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология. Национальное руководство. М., 2008.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена. М., 2008.
3. Дедов И.И., Петеркова В.А. Детская эндокринология. М., 2006.
4. Дедов И.И., Петеркова В.А. Синдром Шерешевского—Тернера. М., 2009.
5. Корюкина И.П., Софронова Л.В., Трефилов Р.Н. Методы оценки физического развития и биологической зрелости детей и подростков. Пермь, 2007.
6. Шабалов Н.П. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков. М., 2009.

Ребенок идет в детский сад

Красавина Н.А.,

д-р мед. наук, Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера;

Злотникова В.Г.,

врач-педиатр I категории, МУЗ «ГДКБ № 9
им. П.И. Пичугина», Пермь

Для любого ребенка рано или поздно наступает момент, когда он, отпустив мамину руку, входит в новый, неизведанный мир с множеством пока еще чужих для него детей и взрослых — он поступает в ясли, детский сад. Этот период привыкания (адаптации) к условиям детского учреждения у маленьких детей может протекать по-разному. Многолетние наблюдения за детьми и научные исследования показали, что период адаптации протекает значительно легче, если до поступления ребенка в детское учреждение была проведена определенная подготовка.

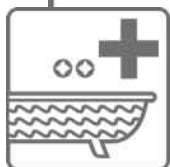
Организацию правильного режима дня ребенка необходимо начинать за месяц до поступления в детское учреждение. Очень важно приучить его к такому распорядку дня, который действует в группе, куда поступает ребенок.

Хорошее состояние здоровья ребенка — это не только отсутствие болезни или фонового заболевания, а состояние полного телесного, душевного и социального благополучия, нормальное физическое и психическое развитие.

При поступлении ребенка в детский сад чрезвычайно важными являются:

- отсутствие отрицательных привычек (сосание пустышки, засыпание с укачиванием на руках, стремление быть на руках у взрослого, кормление с игрушками и угоvorами);
- сформированность возрастных навыков в обслуживании себя (есть ложкой самостоятельно, проситься в туалет, уметь пользоваться горшком и носовым платком, частично одеваться);

ГИГИЕНА



- доброжелательное отношение к взрослым и детям (знакомым и незнакомым), чувство товарищества, интерес к общению и позитивный настрой на самостоятельную игровую деятельность;
- здоровые отношения с мамой, чтобы безболезненно переживать разлуку, пусть даже на несколько часов.

Ребенка, овладевшего всеми этими навыками, взрослые считают вполне готовым к поступлению в детский сад. Так ли это на самом деле? Помимо практических умений в самообслуживании, необходимо, чтобы ребенок был психологически готов к выходу из семьи, разлуке с матерью, установлению контактов с новыми незнакомыми детьми и взрослыми, принятию и соблюдению достаточно сложных и не всегда понятных для него социальных норм и правил поведения. В целом, проблема психологической готовности ребенка раннего возраста к «выходу» из семьи является ничуть не менее важной, чем проблема готовности к школьному обучению, о которой сегодня так много говорят. Игнорирование ее порождает в дальнейшем так называемого «несадовского» (а потом и «нешкольного») ребенка, не умеющего и не желающего принять иные, более жесткие, чем в семье, социальные нормы.

Правила воспитания маленьких детей установлены в результате изучения особенностей

развития детского организма, психики, и желательно руководствоваться ими задолго до поступления в детский сад, а еще лучше — с первых дней жизни ребенка, поскольку воспитывать легче, чем перевоспитывать. Если же в процессе воспитания были допущены какие-то ошибки, лучше исправить их до поступления ребенка в ДОУ, в привычной, домашней обстановке. В настоящее время родители широко пользуются услугами детских психологов, и это правильно. Специалисты помогут разобраться в трудностях и подсказать, как оптимально привить малышу необходимые навыки с учетом его характера и возраста.

В настоящее время родители могут выбирать ДОУ. Как сделать это правильно? Для начала посетите выбранный детский сад или несколько садов самостоятельно, ознакомьтесь с учреждением, его режимом работы, материальными возможностями, коллективом. Поинтересуйтесь, какие воспитательные и обучающие программы имеются в саду, ознакомьтесь с режимом дня и разнообразием питания, узнайте, какие методы закаливания и оздоровления используются.

Итак, вы твердо решили, что вашему ребенку необходим детский сад. Для оптимизации адаптационного периода привыкания ребенка к саду нужно:

- следовать рекомендациям врача, педагогов и психологов.

Педиатр детского сада будет наблюдать вашего ребенка весь период посещения, поэтому целесообразно познакомиться с ним заранее и рассказать об особенностях здоровья вашего малыша (если таковые имеются), его характере, поведении;

- сформировать дома режимы дня и питания, принятые в группе, куда поступает ребенок, и строго их соблюдать;
- сформировать соответствующий режим питания, исключить «перекусы»;
- развивать и поощрять самостоятельную игровую деятельность, игры с другими детьми и навыки самообслуживания;
- формировать доброжелательное отношение к детям и уважение к старшим.

Начинать оформление документов в ясли-сад необходимо за три месяца до выхода мамы на работу, учитывая, что это время может потребоваться на обследование ребенка, возможное его оздоровление, адаптацию к детскому учреждению. В первую неделю время пребывания ребенка в яслях должно составлять не более 2—3 ч, постепенно увеличивается продолжительность его пребывания в группе в течение следующей недели. Если ребенок чувствует себя в группе уверенно, активно играет, можно оставлять его на дневной сон. Но в течение 1—2 месяцев рекомендуется забирать его домой сразу после полдника, поскольку ребе-

нок устает, и ему нужно достаточно времени проводить дома с мамой, чтобы успокоиться и восстанавливать силы.

В первое время можно предложить ребенку взять с собой игрушку, которой он сможет поделиться с другими детьми и играть сам. А вот любимую игрушку лучше с собой не брать, пусть она дожидется малыша дома. Впоследствии приносить с собой игрушки не рекомендуется.

Дома в этот период необходимо обеспечить ребенку щадящий режим (любимое, но рациональное питание, увеличить продолжительность дневного сна и время пребывания на свежем воздухе) с учетом рекомендаций сотрудников, врача и педагогов. Обстановка в семье должна быть спокойной, обращение родителей с ребенком особенно добрым. Целесообразно заранее сообщить ребенку о том, что он скоро пойдет в детский сад. Чтобы заинтересовать этим малыша, можно придумать для него сказку с его любимыми героями, которые тоже ходили в детский сад, и им это очень нравилось.

Поступление в детский сад — новый этап в жизни вашего малыша, очень важный и трудный для него. Это первый шаг в настоящую самостоятельную жизнь. И этот шаг он делает из любви к вам. И все, что ребенку нужно взамен, — ваша любовь и забота. Будьте щедры, ведь родительской любви много не бывает.

Адаптация без слез

Вяткина О.В.,

педиатр I категории, заведующий дошкольным отделением № 1,
МУЗ «Городская детская поликлиника № 4»;

Бояршинова Л.М.,

специалист высшей категории, заместитель заведующего,
МДОУ «Детский сад № 71», г. Пермь

В последние годы родители вновь стали отдавать детей в детский сад в раннем возрасте (начиная с 12 мес.), и основной проблемой для родителей при поступлении ребенка в детский сад является благоприятная адаптация малыша к новым условиям. Каждый родитель хочет, чтобы этот процесс прошел для ребенка без особых трудностей.

В этом направлении уже несколько лет трудится коллектив МДОУ № 71 г. Перми, специализирующийся на воспитании детей раннего возраста и являющийся одной из базовых площадок эксперимента, в котором апробируются разные формы психолого-педагогической и здоровьесберегающей работы с детьми раннего возраста.

В МДОУ № 71 г. Перми используется новый вариант психологической диагностики, в ее основание закладываются фундаментальные для психического и личностного развития детей сферы — общение со взрослыми и предметная деятельность. Такой подход позволяет по-новому взглянуть на ребенка, оценить его достижения по

главным линиям развития, обеспечивающим формирование таких базовых личностных качеств, как инициативность, любознательность, креативность во взаимоотношениях с социальным и предметным миром, доверие к нему и уверенность в своих силах. При этом не отрицается важность развития моторики, сенсорной сферы, речи и других психических функций, но они рассматриваются в качестве средств общения и предметной деятельности, а не как главные задачи воспитания.

В МДОУ № 71 г. Перми начал работу родительский семинар «Школа общения», в рамках которого решаются все перечисленные задачи. Кроме того, проводятся психотерапевтическая работа с родителями, обучение практическим видам совместной деятельности с ребенком. На специальных семинарах рассматриваются: роль семейных праздников, воспитание «возбудимого» ребенка, труд и игра ребенка, сказки и литература для детей и др.

Первые семинары вызвали сопротивление родителей: многие из них отказывались посещать их,

ссылаясь на то, что воспитание детей — дело специалистов. Некоторые мамы требовали дополнительных учебных занятий по иностранному языку, грамоте, математике и пр. Впоследствии сопротивление было преодолено, и в настоящее время родители в большинстве присоединяются к проводимым занятиям. Их отзывы свидетельствуют о хорошей результативности избранной формы работы. Некоторые из родителей отмечают, что увидели ребенка «другими глазами», нашли нужный подход к нему, научились по-другому разговаривать и играть со своими детьми.

Поступление ребенка в дошкольное учреждение — сложный период в его жизни. Малышу предстоит приспособиться к совершенно новым условиям, незнакомым людям и сверстникам. Отрыв от близких и дома, где он воспитывается в атмосфере любви, внимания, ласки, защиты, где выполняются все его желания, создает ребенку стрессовые ситуации и может стать серьезной психической травмой. Поэтому многое зависит от воспитателей и специалистов, способных оказать помощь родителям в подготовке их малыша к условиям детского сада.

Ранний возраст уязвим для адаптации, поскольку именно в этот период ребенок менее всего приспособлен к отрыву от родных. В этот период происходит интенсивное физическое развитие, быстрыми темпами

совершенствуются психические функции. Изменение образа жизни приводит, в первую очередь, к нарушению эмоционального состояния, для которого характерны напряженность, беспокойство или заторможенность. Ребенок много плачет, стремится к физическому контакту со взрослыми или, наоборот, раздраженно отказывается от них, сторонится сверстников, у него появляется аффективное поведение, что во многом связано с особенностями темперамента. Из-за эмоционального неблагополучия меняется активность ребенка по отношению к предметному миру. Игрушки оставляют его безучастным, интерес к окружающему снижается, падает уровень речевой активности, сокращается словарный запас. Общее подавленное состояние в совокупности с тем обстоятельством, что ребенок попадает в окружение сверстников и подвергается риску инфицирования вирусной флорой, нарушает реактивность организма, приводит к частым болезням. Анализ заболеваемости показывает, что дети в основном болеют в первый месяц после поступления в детский сад.

Профессионально организованная работа педагогов ДОУ и тесное содружество с родителями в предадаптационный и адаптационный периоды дают положительные результаты в сохранении психического, физического развития и здоровья детей раннего возраста.

Алгоритм приема в дошкольное учреждение

Для реализации модели разработан алгоритм приема вновь пришедших детей, включающий поэтапное эмоционально развивающее взаимодействие с детьми и их родителями.

Первый этап — ознакомление родителей с особенностями и закономерностями протекания адаптационного периода у детей раннего возраста и содействие формированию эффективной родительской позиции в период адаптации (семейный клуб «Адаптация без слез»).

Второй этап — ознакомление родителей и детей с педагогическими условиями на прогулке; знакомство с педагогами группы.

Третий этап — ознакомление родителей и детей с педагогическими условиями в группе («День открытых дверей»); совместные действия.

Четвертый этап — снижение эмоционального напряжения детей в период адаптации.

Планирование работы в адаптационный период

От правильно спланированной работы зависит успешность адаптации детей к условиям детского сада. В планировании работы участвуют: заведующий, заместитель заведующего по воспитательно-методической работе (педагог, методист или старший воспитатель), педагог-психолог, врач-педиатр, медсестра. Каждый

участник вносит свой план действий, необходимый в работе в предадаптационный и адаптационный периоды. В связи с этим можно выделить четыре основные службы, обеспечивающие сопровождение ребенка и его семьи в период адаптации: *административная*, отвечающая за работу с педагогами и родителями; *психологическая, педагогическая, медицинская*, осуществляющие работу в трех направлениях — с воспитателями, детьми и родителями. Тесное сотрудничество четырех служб несет положительный результат не только адаптационному периоду, но и дальнейшей работе, обеспечивая благополучие взаимоотношений между дошкольным учреждением и семьями воспитанников (табл. 1).

Подвижный график приема детей

Прием детей в ДОУ необходимо проводить по подвижному графику. Это обеспечивает индивидуальный подход к каждому малышу и возможность семье выбрать удобное время для посещения детского сада. В первые дни ребенок не должен пребывать в группе более 2—3 ч в период бодрствования (прогулки или игры) с 8.00—9.00 до 11.00 ч.

Постепенно время пребывания ребенка в группе увеличивается. Прием детей осуществляется в зависимости от их возраста, индивидуальных особенностей и сроков комплектования группы. Если группа детей раннего воз-

Таблица 1

Мероприятие по адаптации ребенка в ДОУ

№ п/п	Мероприятия	Формы, методы	Ответственный
<i>Медицинская служба</i>			
1	Изучение медицинских карт: сбор информации о здоровье и заболеваемости детей.	Таблицы	Медсестра, врач
2	План работы по сохранению и оздоровлению детей.	— // —	— // —
3	Наблюдение за физиологическим состоянием детей в период адаптации и в течение календарного года.	— // —	— // —
4	Индивидуальные консультации с родителями и рекомендации по проблемам здоровья детей.	Беседа, консультации	— // —
5	«Утренний фильтр».	Контроль	— // —
6	Контроль за соблюдением санэпидрежима, предусмотренного СанПиН.	Контроль, наблюдение	— // —
7	Иммунопрофилактика. Плановая вакцинация.	Контроль	— // —
8	Витаминизация пищи.	— // —	— // —
9	Оценка проведения профилактических мероприятий.	Аналитическая справка	— // —
10	Своевременная изоляция остро заболевших детей.	Наблюдение	— // —
11	Работа в инфекционных очагах с целью предупреждения распространения заразных заболеваний	Контроль	— // —

раста уже начала посещать детский сад, прием вновь поступающих детей проводится по следующей схеме.

С 1 года до 2 лет: два малыша в неделю (вторник, четверг).

С 2-х до 3 лет: три малыша в неделю (понедельник, среда, пятница).

Если дети раннего возраста приходят вновь в детский сад полностью укомплектованной

группой, адаптация проводится по следующей схеме (независимо от возраста) (табл. 2).

Степень адаптации и ее показатели

С целью эффективного медико-психолого-педагогического сопровождения ребенка в период привыкания к новому коллективу необходимо выявить степень его адаптации. Для этого

График адаптации детей в ДОУ

Период адаптации			
1-я неделя	2-я неделя	3-я неделя	4-я неделя
Работают два воспитателя и помощник воспитателя в 1-ю смену до 14.00. В группу приходят 6—7 детей и находятся 2 ч (первые два дня недели: понедельник и вторник, могут вместе с родителями). В среду, четверг и пятницу дети находятся до 11.00 (обед организуется раньше, чем по режиму). Воспитатели играют с детьми. Если присутствуют родители (первые два дня), воспитатель обучает их организовывать досуг с детьми	Работают два воспитателя и помощник воспитателя в 1-ю смену до 14.00. В группу приходят три ребенка. Дети 1-й недели проявляют инициативу в игровых действиях с игрушками, смело подходят к взрослым с просьбами и пожеланиями. Воспитатели больше внимания уделяют новым детям. В течение недели дети посещают группу до 11.00 (обед организуется раньше, чем по режиму). В течение этого времени воспитатели проводят игровые занятия с детьми	Работают два воспитателя до 14.00, помощник воспитателя до 15.30. В группе — 9—10 детей. В группу приходят три ребенка (всего 12—13 детей). Дети 1-й недели проявляют самостоятельность, инициативу в игровых действиях, в общении со взрослыми и сверстниками. Эти дети остаются спать до 15.00. После сна их поднимает помощник воспитателя, дети полдничают и уходят домой с родителями. Дети 2-й и 3-й недели (6 чел.) играют в группе до 11.00 (до обеда). Им со стороны взрослых уделяется больше внимания	Воспитатели выходят по сменам (1-я и 2-я), помощник воспитателя до 15.30 (или до 19.00). В группе 12—13 детей. Приходят три ребенка, всего 15—16 детей. Дети 1-й недели находятся в группе до 19.00 (6—7 чел.). Дети 2-й недели находятся в группе до 17.00 (трое детей). Дети 3-й недели находятся в группе до 15.30 (трое детей). Воспитатели уделяют больше внимания вновь поступившим детям. Эти дети находятся в группе до 11.00. Дети 1-й и 2-й недели активны, инициативны в игровых действиях с игрушками, хорошо идут на контакт со взрослыми и сверстниками. Дети 3-й недели тоже проявляют активность в игровых действиях, но находятся около взрослого
На 5-й неделе: дети 1—4 недель посещают группу до 17.00, до 19.00 (по желанию родителей). В группе 15—16 детей. Дети хорошо адаптировались: подвижны, активны в игровых действиях; общаются с детьми и взрослыми; у них хороший аппетит, сон спокойный, глубокий, засыпают быстро. В этот период можно приглашать родителей за 30 мин до ухода из детского сада поиграть со своими детьми в группе. Дети 2—3-го года жизни охотно показывают своим родителям игрушки и действия с ними. На 5-й (6—7-й) неделе приходят двое детей — вторник и четверг (их адаптация проходит как у детей 1-й недели). Этим детям уделяется больше внимания со стороны взрослого. Родителям предлагается приводить ребенка в группу в первые дни не в 7.00, а вечером на 2—3 ч и побыть немного со своим малышом. Постепенно группа наполняется до 15, 20, 24 и более детей			

нами в начальной стадии эксперимента использовались критерии адаптации, разработанные Институтом педиатрии.

Легкая степень адаптации:

— к 20-му дню пребывания у ребенка:

- а) нормализуется сон;
- б) нормально начинает есть;
- в) настроение бодрое, заинтересованное в сочетании с утренним плачем;
- г) отношения с близкими взрослыми не нарушаются;
- д) ребенок поддается ритуалам прощания;
- е) быстро отвлекается;
- ж) его интересуют другие взрослые;

з) отношение к детям может быть безразличным или заинтересованным;

и) интерес к окружающему восстанавливается в течение двух недель при участии взрослых;

к) речь затормаживается, но ребенок может откликаться и выполнять указания взрослого;

— к концу 1-го месяца:

- а) восстанавливается речь;
- б) заболеваемость не более одного раза сроком не более 10 дней, без осложнений;
- в) вес без изменений;
- г) признаки невротических реакций и изменения в деятельности вегетативной нервной системы отсутствуют.

Средняя степень адаптации:

— нарушения в общем состоянии выражены ярче и продолжительнее;

— сон восстанавливается лишь через 20—40 дней, качество сна страдает;

— аппетит восстанавливается через 20—40 дней;

— настроение неустойчивое в течение месяца;

— плаксивость в течение всего дня;

— поведенческие реакции восстанавливаются к 30-му дню;

— отношение к близким эмоционально возбуждающее (крик, плач при расставании, встрече);

— отношение к детям безразличное, но может быть заинтересованным;

— речь либо не используется, либо речевая активность замедляется;

— в игре не использует приобретенные навыки. Игра ситуативная;

— отношение к взрослым избирательное;

— заболеваемость до двух раз сроком не более 10 дней, без осложнений;

— вес не изменяется, несколько снижается;

— появляются признаки невротических реакций, избирательность в отношении со взрослыми и детьми;

— общение только в определенных условиях;

— изменения вегетативной нервной системы: бледность, потливость, тени под глазами, пылающие щеки, шелушение кожи (диатез) в течение 1,5—2 недель.

Тяжелая степень адаптации:

— ребенок плохо засыпает;

- сон короткий;
- вскрикивает, плачет во сне;
- просыпается со слезами;
- аппетит снижается сильно, надолго;
- возможен стойкий отказ от еды;
- невротическая рвота;
- функциональные нарушения стула;
- бесконтрольный стул;
- настроение безучастное;
- ребенок долго и длительно плачет;
- к 60-му дню нормализуются поведенческие реакции;
- отношения с близкими эмоционально-возбужденные, лишённые практического взаимодействия;
- отношение к детям: избегает, сторонится, проявляет агрессию;
- отказывается от участия в деятельности;
- речью не пользуется или имеется задержка речевого развития (ЗРР) на 2—3 периода;
- игра ситуативная, кратковременная.

В ходе исследовательской работы данные критерии подверглись уточнению. Появилась необходимость разделить возрастные периоды и ввести критерии дезадаптации (табл. 3).

Перед поступлением в детский сад родители приносят медицинскую карту, которую внимательно изучают врач и медицинская сестра. В таблицу «Информация о здоровье вновь пришедших детей» заносятся данные о пере-

несенных заболеваниях, группа здоровья и рекомендации врачей.

Не меньше внимания уделяется и родителям воспитанников. Вместе с малышом адаптационный стресс испытывают и они. Очень важна в предадаптационный и адаптационный периоды, а также в дальнейшем работа психологической студии, где проводятся консультации (индивидуальные, с подгруппой), беседы (индивидуальные, с небольшой подгруппой), семинары, деловые игры. В группах родителям предлагаются папки-передвижки (статьи, ответы психологов, рекомендации специалистов и т.д.), которые можно взять домой; библиотека (подбор специальной литературы); проводятся фотовыставки (фотографии детей раннего возраста в режимных процессах), видеопоказ (пребывание детей в группе); совместные праздники с детьми и т.д. Большое внимание уделяется отношениям и пониманию между родителями и воспитателями группы. Здесь главную роль играет педагог-психолог, выступающий в качестве посредника при общении воспитателя (сотрудника детского сада) с семьей.

Грамотно и организованно спланированная работа с учетом возрастных, психологических, индивидуальных особенностей малышей и потребности, желания родителей способствует легкой, эмоционально благополучной адаптации как ребенка, так и родителя.

Таблица 3

Критерии адаптации ребенка в ДОУ

Степень адаптации	Возраст	
	1—2 года	2—3 года
Легкая	Поведение ребенка нормализуется в течение 7 дней — 4 недели	Поведение ребенка нормализуется в течение 7 дней — 3 недели
	Ребенок соответственно норме прибавляет в весе, не болеет в течение данного периода. После отсутствия или болезни (1 раз) с желанием пришел в ДОУ. Сохраняется нормальное эмоциональное состояние. Хороший аппетит. Спокойный сон. Общение с детьми и со взрослыми. Активные самостоятельные действия	
Средняя	Поведение ребенка нормализуется в течение 2 мес.	Поведение нормализуется в течение 1 мес.
	В течение 2 мес. ребенок может переболеть до 2 раз, но с желанием приходит в группу после болезни	В течение месяца ребенок может переболеть до 2 раз, но в группу идет с желанием
	Ребенок на короткое время теряет в весе, может наступить заболеваемость длительностью до 7—10 дней. Настроение у ребенка сохраняется хорошее, спокойное. Засыпает не скоро и ненадолго, спит спокойно. Аппетит выборочный, но насыщенный. Ребенок демонстрирует потребность в сотрудничестве со взрослыми и детьми, легко расстается с близкими людьми. Осуществляет активные самостоятельные действия	
Тяжелая	Адаптационный период длится до 3 мес.	Адаптационный период длится до 2 мес.
	Засыпает с хныканьем, быстро просыпается. Сон беспокойный. Ест долго, неохотно. Капризничает. С плачем расстается с родными. Отсутствие близких, их внимания вызывает тревогу и плач. Постоянное ожидание родных. Трудно идет на контакт со взрослыми. Нет контакта с детьми	
Деадаптация	Длительность адаптации до 6 мес. и более	Длительность адаптации до 5—6 мес. и более
	Ребенок часто болеет, длительно отсутствует. Наступает физическое и психическое истощение. Не спит, капризничает, отказывается от еды. Не играет. Уединяется. С плачем расстается с близкими людьми. Нет контакта с детьми. Не всегда идет на контакт со взрослыми. Повышается температура, появляются сыпь, частые мочеиспускания. Агрессивен с окружающими его людьми	

Результаты реализации программы «Адаптация без слез»

Необходимо отметить, что следование алгоритму адаптации, выполнение программы, учет механизмов и необходимых условий на протяжении нескольких лет приводит к положительной динамике адаптации практически всех поступающих в детский сад малышей. Мы предлагаем проводить диагностику по единой методике, модифицированной в МДОУ № 71 г. Перми, в рамках научно-экспериментальной деятельности. Предварительно была проведена работа с детьми и родителями в предадаптационной группе (август 2007 г.) с прогнозом готовности к поступлению в детский сад. Обследовано 39 детей из трех групп. В процессе наблюдения учитывались следующие показатели:

- аппетит ребенка;
- сон;
- эмоциональное состояние;
- социальные контакты.

По результатам наблюдения заполнялся адаптационный лист на каждого ребенка (табл. 4).

Сравнительный анализ с предыдущим учебным годом (адаптационный период) показал следующее.

2006/07 учебный год (сентябрь), %	2007/08 учебный год (сентябрь), %
Легкая адаптация — 68	Легкая адаптация — 82
Средняя адаптация — 27	Средняя адаптация — 16
Усложненная адаптация — 5	Усложненная адаптация — 2

Поступление детей продолжалось до 1 декабря. Все родители получили первичную консультацию по течению адаптации, 25% родителей (по желанию) — вторичную.

В связи с использованием подвижного графика приема детей в группу они быстро привыкли к условиям детского сада; с удо-

Таблица 4

Уровни адаптации детей в ДОУ

№ группы	Возраст детей	Адаптация			Дезадаптация	Количество детей
		легкая	средняя	тяжелая		
3	1 год — 1 год 6 мес.	9 75%	3 25%	—	—	12
4	1 год 9 мес. — 2 года 3 мес.	9 82%	2 18%	—	—	11
5	1 год 3 мес. — 1 год 10 мес.	14 88%	1 6%	1 6%	—	16
Количество		32	6	1	—	39
%		82%	16%	2%	—	—

вольствием контактировали со взрослыми; безболезненно расставались со своими близкими; в течение дня были подвижны, активны, инициативны и жизнерадостны. Эмоциональное состояние у детей было спокойное, уравновешенное, взаимоотношения со сверстниками и взрослыми положительными (в конце 4-й недели появлялась инициатива со стороны детей в игровой деятельности).

Основными причинами усложнения адаптации являются:

- сложный медицинский и биологический анамнез;
- форсирование периода адаптации со стороны родителей (в первый же день пытаются оставить ребенка на длительный период — 10—12 ч; игнорируют советы педагога, психолога, воспитателей; социально неблагополучные семьи и пр.);
- неподготовленность ребенка к поступлению в ДОУ.

Адаптация — это приспособление организма к новой обстановке, включающая широкий спектр индивидуальных реакций, характер которых зависит от психофизиологических и личностных особенностей ребенка, сложившихся семейных отношений, условий пребывания в дошкольном учреждении, т.е. каждый ребенок привыкает по-своему. Однако можно отметить некоторые закономерности, о которых хотелось бы рассказать отдельно.

Степень адаптации маленького ребенка к условиям детского

сада зависит от состояния его здоровья. Нами проводились наблюдения за 52 (2008) и за 62 детьми (2009), поступившими впервые в МДОУ № 71 г. Перми. За два года работы проанализирована степень адаптации 114 воспитанников, имеющих возраст от 1 года до 2 лет 3 мес. (табл. 5).

Абсолютно здоровые малыши (I группа здоровья) привыкают к условиям детского сада значительно быстрее и легче. Легкую степень адаптации имели 70% детей. Осложненной адаптации или дезадаптации у них не было совсем.

Здоровые дети, имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья (II группа здоровья), адаптируются тоже относительно неплохо: 82% из них имеют легкую степень адаптации, 15 — среднюю и 3% — тяжелую.

Дети с хронической патологией состояния здоровья (III группа здоровья) адаптируются значительно хуже своих сверстников, не имеющих хронической патологии. Так, детей с легкой степенью адаптации в этой группе было всего 33%, у 56 — зафиксирована средняя степень адаптации, у 11% — тяжелая адаптация.

Вывод после наших наблюдений однозначен: чем больше отклонений в состоянии здоровья имеет ребенок, тем с большими трудностями он будет сталкиваться во время адаптации в детском саду при прочих равных

Таблица 5

Уровни адаптации распределились следующим образом

Группа здоровья	Адаптация			Дез- адапта- ция	Количество детей
	легкая	средняя	тяжелая		
2008 г.					
I	4 80%	1 20%	—	—	5
II	35 82%	5 12%	3 6%	—	43
III	1 25%	3 75%	—	—	4
Количество	40	9	3	—	52
%	77%	17%	6%	—	—
2009 г.					
I	3 60%	2 40%	—	—	5
II	43 82%	9 18%	—	—	52
III	2 40%	2 40%	1 20%	—	5
Количество	48	13	1	—	62
%	77,5%	21%	1,5%	—	—

условиях. Эти дети требуют к себе более внимательного отношения со стороны медицинских работников, психолога, воспитателей и их родителей.

По итогам анализа результативности научно-экспериментальной деятельности выработаны следующие рекомендации:

- продолжать профилактическую работу с родителями и педагогами по предотвращению психоэмоционального напряжения детей в период адаптации;
- ежегодно осуществлять планирование работы предадаптации

онной группы «Адаптация без слез» с охватом большого числа родителей и детей. Формировать активную позицию родителей к процессу адаптации;

- провести цикл семинаров для педагогов «Психоэмоциональное состояние детей второго и третьего года жизни в период адаптации»;
- привлекать родителей с детьми после адаптационного периода регулярно посещать семейный клуб «Искорка» и психологическую студию «Ступеньки общения».

«Первые шаги» в школе

Субботина П.Э.,

врач-педиатр дошкольно-школьного отделения высшей категории,
МУЗ «Городская детская поликлиника № 3», г. Пермь

Поступление ребенка в школу — важный и ответственный шаг в жизни не только ребенка, но и его родителей. Помимо педагогических критериев готовности ребенка к школе, немаловажна его физическая подготовленность. Необходимо не только принять в школу здорового ребенка, но и сохранить его здоровье на протяжении всего обучения.

Адаптационный период, пожалуй, самый сложный. Поступая в школу, первоклассник попадает в сложную атмосферу эмоционального стресса. Это знакомство с учителем, со школой, новыми предметами, и самое важное — одноклассниками.

Для благополучного прохождения этого периода ребенку нужны силы и здоровье. Что же для этого необходимо? В первую очередь — режим дня, к которому приучать ребенка следует заранее.

Режим дня

Наукой доказано, что 50% нашего здоровья зависит от образа жизни, неотъемлемая часть которого — режим дня. Каким он должен быть?

1. Необходим полноценный сон продолжительностью не менее 10 ч.

2. Интервал между занятиями в школе и выполнением домашних заданий должен быть не менее 2 ч. В этот период ребенок может погулять, заняться подвижными

играми. Дети очень устают сидеть на уроках, поэтому им необходимо дома обеспечить достаточную двигательную активность.

3. Первые месяцы родители должны помочь ребенку делать уроки, а в дальнейшем контролировать выполнение домашних заданий.

4. Очень важен режим питания. Питание школьника должно быть полноценным, 4—5-разовым, с интервалами 3—4 ч. Можно в сентябре давать ребенку в течение 1 мес. поливитамины.

5. За 1,5—2 ч до сна нельзя включать телевизор, пользоваться компьютером, учить уроки, слушать громкую музыку. Тогда ребенок быстрее заснет, и сон будет более полноценным.

Привыкнув к режиму дня, ребенок будет быстро просыпаться, с желанием пойдет в школу, быстрее начнет усваивать новый материал. Режим дня должен войти в его биоритм гармонично, увеличивая работоспособность. Важно своевременно чередовать труд и отдых.

Травматизм

Вопросы безопасности и профилактики травматизма детей всегда актуальны, особенно для школьников.

Дорога до школы не всегда безопасна, она может пересекать автомагистраль. Поэтому дети должны быть знакомы с пра-

вилами дорожного движения. Родителям желательно первое время провожать детей до школы и встречать, учить их, как вести себя с незнакомыми людьми. Почувствовав самостоятельность и обладая большим запасом свободного времени, ребенок просто из любопытства может пойти после школы в любом направлении. Важно контролировать в это время ребенка, знать, где он находится. Многие родители берут на сентябрь отпуск, чтобы помочь ребенку. Также можно привлечь к этому бабушек и нянь.

У первоклассников возникает также риск травматизма в быту (с электро- и газовыми приборами). Учить пользоваться этими приборами надо заранее.

Мероприятия по профилактики близорукости

Учебный процесс связан с большой нагрузкой на органы зрения. Одна из ведущих «школьных» болезней — близорукость. Как же предупредить развитие близорукости у ребенка? В первую очередь важно научить ребенка *правилам гигиены зрения*.

1. Необходимо хорошее освещение рабочего места, поэтому выполнять уроки надо при его достаточном уровне. Настольная лампа, а также естественное освещение должны находиться слева, чтобы не было тени на рабочем месте стола.

2. Книга или тетрадь должны находиться на расстоянии 30—40 см от глаз.

3. Желательно книгу ставить на наклонную подставку.

4. TV смотреть на расстоянии 2,5—3 м в слабоосвещенном помещении.

5. Для детей до 7 лет время просмотра TV не должно превышать 30—40 мин. Как это не печально для школьника, но смотреть телепередачи он может только в выходные дни, когда у него нет уроков.

6. Нельзя читать лежа, на близком расстоянии, при высокой температуре, в движущемся транспорте.

7. Шрифт должен быть крупным и четким.

8. Полезно делать гимнастику для глаз в перерывах между чтением.

9. Если у ребенка зрение все-таки ухудшилось — необходимо сразу обратиться к врачу.

Профилактика нарушения осанки

Учебный процесс также связан с большой нагрузкой на позвоночник. Ребенку приходится сидеть 3—4 урока в школе, делать домашние задания. А сколько они просиживают за компьютером или TV! Дети стали мало двигаться! Наш век — век гиподинамии. Именно с этим связывают увеличение случаев ожирения, сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза (снижение кальция в костях), заболеваний опорно-двигательного аппарата.

У детей начальной школы на первое место выходит еще одна «школьная» болезнь — нарушение осанки. В результате малой подвижности у ребенка слабеют связочный аппарат, мышечный корсет, кости становятся менее прочными. А если к этому добавить еще неправильную посадку за партой, быстро формируется нарушение

осанки. Если вовремя не принять меры, то к старшим классам может сформироваться сколиоз (искривление позвоночника).

Что же нужно делать для предотвращения этого?

1. Сидеть надо прямо, голову и плечи держать ровно, не опираться грудью о край парты.

2. Ноги должны иметь опору на пол или подставку.

3. Спинка стула должна поддерживать нижнюю часть спины.

4. Руки должны свободно лежать на столе, а плечи расслаблены.

5. Работая за компьютером, голову необходимо держать прямо, с небольшим наклоном вперед. Верхний край экрана монитора должен быть на уровне глаз, расстояние до него — от 45 до 70 см. Работать с монитором первокласснику можно не более 15 мин. Пользователю с плохим зрением надо обязательно надевать очки или контактные линзы.

Для профилактики нарушения осанки, кроме правильной посадки за партой, нужно укреплять мышечный корсет спины — заниматься в спортивных секциях, больше двигаться, рационально питаться, принимать препараты кальция в течение месяца два раза в год — весной и осенью.

Если ребенок пошел в первый класс уже с нарушением осанки, необходимо делать комплекс ЛФК, носить ранец, а не портфель; один раз в год посещать врача ЛФК.

Медицинская документация

1. Для ознакомления врачом школы с состоянием здоровья первоклассника на него должна

быть оформлена медицинская карта.

2. Организованные дети проходят медицинскую комиссию в ДООУ, неорганизованные — в детской поликлинике.

3. Оформленные медицинские карты должны быть сданы родителями до середины августа. Врач на основании медицинских документов планирует прививки на учебный год, знакомится с состоянием здоровья ребенка.

4. Родители могут взаимодействовать со школьным врачом индивидуально. Они сообщают ему об особенностях здоровья ребенка, его реакции на прививки, аллергическом фоне и др.

5. На протяжении всего обучения в школе должна быть преемственность в медицинской документации между детской поликлиникой и школой.

6. Все серьезные травмы, операции, вновь выявленные заболевания у ребенка должны быть сообщены школьному врачу. На основании заключения о состоянии здоровья ребенка вносятся изменения в физкультурную группу, даются рекомендации преподавателю.

7. При переезде ребенка из одной школы в другую необходимо взять из школы медицинскую карту. Данная информация — существенное дополнение к амбулаторной карте ребенка в детской поликлинике.

Уделяя больше внимания своему ребенку в период адаптации к школе, учитывая рекомендации по профилактике «школьных» болезней, родители смогут «смягчить» этот сложный этап в жизни ребенка и сохранить ему здоровье.

Включение смеси «Нутрикомп АДН Браун Файбер» в питание детей с дисбиозом кишечника

Меркурьева Л.А.,

врач-педиатр дошкольного отделения I категории;

Онегова Р.Г.,

врач-бактериолог высшей категории, заведующий клинической лабораторией, МУЗ «Городская детская поликлиника № 3»,
г. Пермь

Детский сад № 22 Орджоникидзевского района г. Перми, где проводилась работа по оценке эффективности питательной смеси, рассчитан на 280 мест, является муниципальным дошкольным образовательным учреждением, аттестован и прошел повторную аккредитацию в марте 2008 г. с присвоением первой аттестационной категории. В детском саду имеются санаторная группа для оздоровления детей с тубинфицированием, две ясельные группы.

За последние два года уровень общей заболеваемости, в том числе и по отдельным нозологическим единицам, был ниже средних районных показателей и соотносится со средним городским.

Перед проведением исследования отбирались дети с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, хроническим расстрой-

ством питания по типу дистрофии, аллергодерматозами. В исследуемой группе (всего 18 чел.) распределение по клиническим диагнозам представлено следующим образом:

- хроническое расстройство питания по типу дистрофии — 4 чел.;
- хронический гастродуоденит — 1;
- аллергодерматозы — 7;
- синдром диспепсии — 3;
- тубинфицирование, гипохромная анемия — 1;
- синдром раздраженного толстого кишечника — 1;
- угрожаемость по ЧБД — 1 чел.

Все дети также имели клинические признаки дисбиоза кишечника (стойкий синдром плохого аппетита), часть из них активно предъявляла жалобы на боли в животе, у других зарегистрирован дефицит массы от 10 до 30%.

По данным микробиологического исследования кала, нарушения количественного и качественного состава микрофлоры кишечника выявлены у всех обследованных детей. Имелись нарушения микробиоценоза кишечника различной степени выраженности.

Отсутствие полезной (защитной) анаэробной флоры (бифидо- и лактобактерий) наблюдалось у 2 детей — дисбактериоз I степени; дисбактериоз кишечника II степени — у 11 детей, III степени — у 5.

До лечения питательной смесью отмечалось выраженное нарушение микробного равновесия в кишечнике, в частности, в составе микрофлоры кишечника зафиксировано преобладание грамотрицательной флоры над грамположительной, ассоциация двух или трех видов условнопатогенной флоры.

Микробный пейзаж кишечника у детей до лечения выглядит следующим образом:

- отсутствие бифидо- и лактобактерий — 2 чел.;
- золотистый стафилококк — 2;
- клебсиелла — 2;
- энтеробактер — 1;
- синегнойная палочка — 1;
- грибы рода Кандида — 2;
- грибы рода Кандида + гемолитическая кишечная палочка — 1;
- клебсиелла + дрожжи — 1;
- клебсиелла + стафилококк — 1;

— клебсиелла + грибы рода Кандида + синегнойная палочка — 1;

— клостридии + грибы рода Кандида и отсутствие лактобактерий — 1;

— клебсиелла + грибы рода Кандида + снижение полноценной кишечной палочки — 1;

— стафилококк + грибы рода Кандида + измененная кишечная палочка — 2 чел.

Таким образом, у всех исследуемых детей с гастроинтестинальной патологией, аллергодерматозами, дефицитом массы выявлены дисбиотические нарушения кишечника различной степени; преобладающими являются: клебсиелла, золотистый стафилококк, грибы рода Кандида, синегнойная палочка и их ассоциации.

Согласно литературным данным, для восстановления нарушенного микробного биоценоза кишечника в последнее время рекомендуется функциональное питание, т.е. использование продуктов с целью улучшения микробного пейзажа кишечника. Особая роль отводится разряду пребиотиков.

Для этой цели была выбрана полноценная сухая смесь «Нутрикомп АДН Браун Файбер», содержащая белок высокой биологической ценности, оптимальный набор углеводов, диетические волокна, смесь эссенциаль-

ных жирных кислот, комплекс витаминов; не содержащая лактозы, сахарозы, глютена и обладающая низкой осмолярной активностью.

Согласно аннотации, пребиотические свойства смеси обеспечивают нормальное функционирование желудочно-кишечного тракта, поддерживают нормальную микрофлору кишечника и рекомендуются для энтерального питания пациентов с заболеваниями ЖКТ и в качестве дополнительного питания для детей с 3 лет.

Целью исследования являлось изучение не только эффективности питательной смеси, но и повышение уровня здоровья детей, состояние иммунной системы, восстановление нарушенного микробиоценоза кишечника.

Лечение питательной смесью «Нутрикомп» проводилось 18 детям в возрасте от 3 до 6 лет. Энтеральное питание давалось детям в течение 10 дней по 100 мл 3 раза в день за 30 мин до приема пищи — медленно, через соломинку, в качестве дополнительного питания. Лечение детей проводилось с письменного согласия родителей.

Побочных эффектов и аллергических реакций при получении питательной смеси не наблюдалось; переносимость была хорошей.

Во время лечения проводилось клиническое наблюдение за деть-

ми, раз в неделю — антропометрическое измерение.

Эффективность лечения полноценной питательной смесью оценивалось по клиническим признакам: состоянию аппетита, наличию болей в животе, показателям антропометрических данных в баллах (1 балл — незначительное отклонение, 2 — умеренное, 3 — значительное).

Результаты проведенного лечения изменили клиническую картину следующим образом: положительная клиническая картина абдоминального синдрома отмечалась у 11 детей; боли в животе сохранились лишь у 1 ребенка. Стойкий синдром плохого аппетита (по личному наблюдению и осмотру) наблюдался у 10 детей до лечения и у 1 ребенка — после лечения.

Детей с дефицитом массы до лечения было зарегистрировано 4, после лечения — 2. У всех детей имеется прибавка в массе: от 100 г до 300 г — 5 чел.; от 400 г до 700 г — 9; от 800 г до 900 г — 2; на 1,2 кг — 1; на 1,9 кг — 1. Увеличение роста от 0,5 см до 1 см — у 14 детей.

К концу лечения дети, их родители, воспитатели групп отметили заметное клиническое улучшение (при опросе). Положительная клиническая динамика отмечена у 16 детей (90%).

Другие характеристики (стул, метеоризм) не претерпели зна-

чительных изменений в результате лечения; находились в пределах нормы независимо от лечения.

Через 15 дней по окончании лечения питательной смесью дети были повторно обследованы на состояние микрофлоры кишечника. При оценке в динамике состояния кишечного микробиоценоза выявлено: полная санация кишечника (выздоровление) отмечается у 7 детей (восстановление бифидо- и лактобактерий и подавление условнопатогенной флоры), по клиническим диагнозам — у 4 чел. с аллергодерматозами, 3 — с гастроинтестинальной патологией.

Улучшение состояния биоценоза кишечника имеется у 5 детей: степень дисбиоза уменьшилась с III на II или I. В этой группе подавлен рост грибов рода Кандида, золотистого стафилококка, клостридий, но и произошла смена в отдельных случаях грамположительной флоры на грамотрицательную: клебсиеллу, кишечную палочку с измененными свойствами. По нозологическим единицам — у 3 детей с аллергодерматозами, у 2 — с заболеваниями ЖКТ.

Без перемен в состоянии микрофлоры кишечника — 4 чел. (сохранилась грамотрицательная флора — клебсиелла, энтеробактер). По клиническим диагнозам: дети с хроническим расстройством питания по типу дистро-

фии — 2 чел., диагнозом тубинфицирования — 1, угрожаемостью по ЧБД — 1.

Ухудшение в эндоэкологии кишечника отмечается у 2 детей, где произошел рост грамотрицательной флоры: энтеробактер, дрожжеподобные грибки, клебсиеллы. По клиническим диагнозам: хроническое расстройство питания по типу дистрофии — 1 чел., синдром раздраженного толстого кишечника — 1.

У детей без улучшения и с ухудшением микрофлоры кишечника по-прежнему сохраняется преобладание грамотрицательной флоры, причем произошло ее перераспределение (смена клебсиеллы на цитробактер, энтеробактер на клебсиеллу).

Таким образом, через 15 дней по окончании лечения полноценной питательной смесью выявлено, что наиболее высокочувствительными оказались золотистый стафилококк, грибы рода Кандида, клостридии, что свидетельствует о наличии ее угнетающего влияния на грамположительную флору; но значительно ниже была чувствительность грамотрицательной флоры (клебсиеллы, энтеробактер), уровень ее уменьшился незначительно или оставался без изменения.

Выводы

1. У детей отмечается положительная клиническая картина: улучшение аппетита, отсутствие

жалоб на боли в животе, увеличение массы тела и роста.

2. Значительно улучшилось состояние биоценоза кишечника у 12 детей (около 70%).

3. Питательная смесь «Нутрикомп» способствует восстановлению нормальной кишечной флоры (бифидо- и лактобактерии) и способна угнетать грамположительную флору (стафилококк, грибы рода Кандида), вплоть до их полного исчезновения.

Однако грамотрицательная флора (клебсиеллы, цитробактер, энтеробактер) оказалась нечувствительна к влиянию данного препарата.

4. Проведенная работа доказала способность полноценной питательной смеси «Нутрикомп» угнетать рост условнопатогенной флоры и грибов, поэтому этот

препарат можно назначать не только пациентам, нуждающимся в энтеральном питании, но он может быть рекомендован для лечения и реабилитации детей с заболеваниями ЖКТ, аллергодерматозами, хроническими расстройствами питания, дисбиозами кишечника, в том числе и в дошкольных учреждениях. «Нутрикомп», содержащий белки, витамины, пищевые волокна, может выступать не только в роли пребиотика, но и пробиотика, поскольку обладает способностью повышать резистентность организма.

В завершение хочется отметить, что анализ заболеваемости у исследуемых детей через год после проведенного лечения показал снижение общего его уровня на 40%.

Применение диетотерапии в условиях ДОО

Мельчукова Л.И.,

врач высшей категории, заслуженный врач России, главный врач;

Кирьянова Т.И.,

канд. мед. наук, врач высшей категории;

Дарьенко Е.Г.,

врач-педиатр, МУЗ «Городская детская клиническая поликлиника № 2», г. Пермь

Проблема аллергии — одна из важнейших в педиатрии. Высокая распространенность аллергических заболеваний среди детского

населения экономически развитых стран определяет социальную и экономическую значимость проблемы. Наиболее часто

встречающиеся аллергические болезни — бронхиальная астма, аллергический ринит, атопический дерматит.

Атопический дерматит (АД) — одно из распространенных аллергических заболеваний детского возраста, составляющих 50—75% от всех аллергических заболеваний. Наиболее частая причина возникновения заболевания — пищевая и лекарственная аллергия. Диетотерапия служит одним из основных методов лечения и профилактики аллергопатологии. Правильно построенная диета может оказать неспецифическое десенсибилизирующее воздействие и способствовать улучшению состояния органов пищеварения, что, в свою очередь, повышает толерантность организма к продуктам, содержащим аллергены. На основе этого в ДООУ № 404 Ленинского района г. Перми была

организована санаторная группа для детей с аллергопатологией в возрасте 3—7 лет с диагнозами атопический дерматит легкой и средней степени тяжести в период ремиссии, бронхиальная астма легкой степени тяжести и сочетание АД с БА (табл. 1).

Дети поступили в детский сад по направлению аллерголога и дерматолога с установленной аллергией к продуктам питания. У всех детей была выявлена аллергия к коровьему молоку, рыбе, яйцу, кроме того, у одного ребенка — к гречневой крупе, у одного — к моркови, у половины детей — к цитрусам.

Поскольку возраст детей не соответствовал одной возрастной группе, чтобы не нарушать воспитательного процесса и режима дня, решили оставить детей в своих возрастных группах на режиме физиологического детского сада. Питание организовали согласно

Таблица 1

**Структура санаторной группы для детей
с аллергопатологией за период с 2005 по 2009 г.**

Заболевание	Годы				
	2005	2006	2007	2008	2009
Атопический дерматит, чел. (%)	11 (68,8)	15 (83,3)	14 (73,7)	12 (66,7)	12 (70,6)
Бронхиальная астма, чел. (%)	4 (25)	2 (13,3)	2 (10,5)	2 (11,1)	3 (25)
АД + БА, чел. (%)	1 (6,3)	1 (6,7)	3 (15,8)	4 (22,2)	2 (14,3)
Всего, чел.	16	18	19	18	17

Таблица 2

**Показатели эффективности применения диетотерапии
для детей с аллергопатологией в условиях
детского дошкольного учреждения**

Характер динамики	Годы				
	2005	2006	2007	2008	2009
Улучшение, чел. (%)	13 (81,3)	16 (88,9)	18 (94,7)	17 (94,4)	17 (100)
Без изменения, чел. (%)	3 (18,7)	2 (11,1)	1 (5,3)	1 (5,6)	0
Ухудшение, чел. (%)	0	0	0	0	0

методическим рекомендациям «Организация питания детей, страдающих пищевой аллергией в дошкольных образовательных учреждениях г. Перми» от 27.03.2003. Технологические карты разработаны с учетом главного принципа питания детей, страдающих аллергопатологией, — максимально возможное обеспечение ребенка физиологически сбалансированным питанием при условии обязательного ограничения продуктов с высокой сенсибилизирующей активностью и исключением индивидуальных аллергенов, а также за счет кулинарной обработки продуктов. Из рациона питания были полностью исключены молоко, яйцо, рыба всех сортов, консервированные продукты, кофе, какао, цитрусовые, кондитерские изделия. Куриное мясо заменено на телятину и крольчатину. В рационе питания преобладают овощи — кабачки, патиссоны, белокочанная и цветная капуста, ограничено количество картофеля. Из

фруктов использовались только яблоки зеленых сортов. Атопический дерматит часто сочетается с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, поэтому в рацион питания была включена минеральная вода «Славяновская» в возрастной дозировке 1 раз в день курсами 1—1,5 мес. 2 раза в год.

Оценку эффективности работы провели по двум критериям: частота обострения заболевания и соматическая заболеваемость. Результаты представлены в табл. 2.

Выводы

1. Пребывание детей с аллергопатологией в ДОУ возможно в своей возрастной группе при правильно построенной диете.

2. Для детей с аллергопатологией легкой и средней степени тяжести для улучшения состояния здоровья достаточно применять правильную диетотерапию.

3. Организация питания для детей с аллергическими заболеваниями не требует специальных экономических затрат.

Шаг за шагом навстречу здоровью (из опыта работы)

Милюкова О.Н.,

старший воспитатель, НДОУ «Детский сад № 140 ОАО РЖД»,
г. Пермь

«Шаг за шагом навстречу здоровью» — программа нашего ДОУ, позволяющая заложить фундамент правильного физического и психического здоровья малышей уже в раннем детстве.

Наличие ресурсной базы, созданной при поддержке и участии ОАО «РЖД», позволяет осуществлять многоступенчатый подход в решении задач физического воспитания и развития детей, укрепления и сохранения их здоровья, повышения иммунитета и профилактики детских заболеваний. Перечисленные задачи поставлены перед нами самой жизнью. И решаем мы их благодаря физкультурно-оздоровительному комплексу, который любовно называем «радугой здоровья»! В этот комплекс входят: спортивный зал, массажный и физиотерапевтический кабинеты, бассейн и сауна, спелеоклиматическая камера, сухой бассейн и спортцентры в каждой группе.

Содержательные физкультурные занятия с высокой моторной плотностью, квалифицированный общий массаж, травяные чаи, физиотерапевтические процедуры в современно оборудованном кабинете, несомненно, способствуют физическому развитию и укреп-

лению детского здоровья. Прозрачная вода бассейна с играми, брызгами, весельем, ароматный запах дерева и душистых трав сауны, прогретой до 65 °С, точечный самомассаж и эффективное расслабление всего организма дают детям такой мощный заряд положительных эмоций, что трудно переоценить их значение в общей цепочке режимных моментов.

И наконец, самое необычное место в нашем спортивно-оздоровительном комплексе — это спелеоклиматическая камера («каменная чудо-спальня», как называют ее сами дети), где осуществляется спелеотерапия целебным воздухом древних солей Урала. Под спелеотерапией понимают метод лечения длительным пребыванием в условиях микроклимата карстовых и других пещер, соляных копей, гротов, шахт. В нашем детском саду создана оригинальная сборная конструкция спелеокамеры с использованием целебных свойств морских отложений возраста 250 млн лет, состоящая из натуральных калийно-магнелиевых солей Верхнекамского соляного месторождения на основе сильвинитных пород.

Микроклимат спелеокамеры характеризуется постоянством

температуры и давлением воздуха, его газового и ионного состава, низкой относительной влажностью, повышенной ионизацией, преобладанием отрицательных ионов, наличием повышенных концентраций солей. Важный фактор, определяющий терапевтические свойства спелеокамеры, — практически полное отсутствие в воздухе аллергенов (включая аллергены микробного происхождения), а также чрезвычайно низкая обсемененность микроорганизмами. В нашей спелеокамере — в зависимости от времени года — общее микробное число в одном кубометре воздуха составляет 130—500, в то время как воздух в жилых помещениях считается чистым, если этот показатель составляет ниже 1500 на кубический метр. Благодаря этому эффекту спелеокамера оказывает стимулирующее влияние на дыхание и кровообращение, улучшает окислительно-восстановительные процессы и электролитный обмен, обладает противовоспалительным, спазмолитическим и гипосенсибилизирующим действием.

Показанием для спелеотерапии являются:

- заболевания верхних дыхательных путей, в том числе аллергического генеза;
- обструктивный бронхит и другие бронхиты с рецидивирующим течением;
- бронхиальная астма легкой и средней тяжести;
- поллинозы;
- нейродермит;

- рецидивирующая экзема;
- атоксические дерматиты;
- профилактика рецидивирующих трахеобронхитов у длительно и часто болеющих детей.

Казалось бы, что еще надо для решения самых насущных проблем физического воспитания и оздоровления дошколят? Однако, работая в инновационном режиме, наш детский сад ввел в общую систему оздоровительной практики такой вид физической культуры, как детский фитнес с элементами йоги. Слово «фитнес» в переводе с английского так и звучит: «быть в форме»! А это значит — систематически заботиться о физическом и умственном развитии, хорошо себя чувствовать, прекрасно выглядеть и быть здоровыми! Фитнес-программы дают возможность сочетать физические занятия с играми, развивающими речь, мышление, логику, память, внимание, воображение. Это программы по аэробике, детской йоге, аквааэробике и футболу. Оптимальный режим занятий фитнесом может являться гарантией воспитания всесторонне развитого и здорового ребенка, положительно влияя на качество его дальнейшей жизни.

Фитболы — это чудо-мячи различной упругости, размеров, веса, запаха, цвета. С помощью их цветовой гаммы можно регулировать психическое состояние детей, а вибрационный эффект оказывает физиологическое воздействие при лечении остеохондроза, сколиоза, неврастении и т.д. Но главная отличительная харак-

теристика фитбола — это, конечно, шарообразная форма, имеющая наибольшую поверхность соприкосновения с ладонью. Именно шар посылает оптимальную информацию всем анализаторам (двигательный, вестибулярный, зрительный, тактильный). Ценность фитбол-гимнастики еще и в том, что выполнение ее упражнений доступно детям с трехлетнего возраста и доставляет им эмоциональное удовольствие.

Предлагая в детском саду комплексный подход к вопросам физического воспитания и всестороннего развития личности ребенка, мы хотим, чтобы физические нагрузки стали неотъемлемой частью его последующей жизни, а разноплановые занятия физкультурой вошли в привычку и в дальнейшем перерастали в потребность быть здоровым, гигиенически грамотным, культурным, успешным человеком.

В этой связи возникает еще одна важнейшая задача — пропаганда здорового образа жизни в семьях наших воспитанников. Чтобы заинтересовать родителей и привлечь их внимание к необходимости оздоровления детей непрерывно, мы провели общее родительское собрание с участием детей. Они показывали, чему научились, занимаясь фитнесом: с воодушевлением перевоплощались в йогов, соблюдая возрастные требования в выполнении этих необычных упражнений; с удовольствием демонстрировали красоту танцевальных движений музыкальной аэробики. А в бассей-

не, где дошкольники показали несколько упражнений аквааэробики, восторгу родителей не было предела — их 5—6-летние ребята так умело дышат, сливаясь с водной стихией, чувствуя себя «золотыми рыбками»! Логопеды детского сада провели занятие по коррекции речи с фитболами. Да и не занятие это вовсе, а игра, так любимая детьми! Игра с большими разноцветными мячами, которые к тому же волшебным пахнут: вот апельсин, вот клубника. Такой мяч — это и гигантский воздушный шар, который учит правильно дышать; это и мягкие качели, где можно распрямить спину и даже потянуться, делая ее легкой и стройной; это и волна, которая помогает расслабиться и плыть под волшебную музыку в сказку! А став героем сказки, гораздо проще с каждым ритмичным движением все чище и чище проговаривать звуки ритмичного стихотворения!

Таким образом, детский фитнес объединяет разнообразные развивающие методики, программы и гимнастики, общая цель которых — охрана жизни и укрепление здоровья детей, совершенствование всех функций организма, повышение общей работоспособности и умственного развития, воспитание гармоничной личности. Фитнес помогает вырабатывать способность всех систем детского организма функционировать с максимальной эффективностью при оптимальных энергетических затратах и позитивном эмоциональном состоянии.

Обучение детей навыкам индивидуальной гигиены полости рта

Аверьянова Н.И.,

д-р мед. наук, профессор, заслуженный врач России, академик РАЕ и МАНЭБ, заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней, факультетской педиатрии и сестринского дела в педиатрии;

Мачулина Н.А.,

канд. мед. наук, ассистент кафедры детской стоматологии и ортодонтии, Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера;

Емелева Л.Н.,

заместитель главного врача по лечебной работе МУЗ «ГДКБ № 9 им. П.И. Пичугина», г. Пермь

В настоящее время патология зубов и пародонта вносит существенный вклад в заболеваемость детей дошкольного возраста. В связи с нерациональным питанием, отсутствием своевременного привития ребенку в семье навыков ухода за полостью рта наблюдается тенденция к возникновению кариеса зубов у детей в раннем возрасте. К сожалению, многие родители не владеют навыками индивидуальной гигиены полости рта: неправильно чистят зубы, не применяют зубные нити, отсутствует культура полоскания полости рта после приема пищи, в результате чего они не могут дать ребенку основ ухода за полостью рта. Кроме того, у большинства родителей не хватает упорства и последовательно-

сти в том, чтобы научить ребенка правильно чистить зубы. Поэтому организованное в условиях ДОУ обучение детей профилактике стоматологических заболеваний в настоящее время не только не теряет своей актуальности, но и приобретает особое значение в связи с поставленными задачами комплексного подхода к оздоровлению детского населения. Для успешной профилактики стоматологических заболеваний необходимы определенные знания по гигиене полости рта, так как бактериальный налет — основной патогенетический фактор в процессе возникновения кариеса зубов и болезни пародонта. Индивидуальная гигиена предусматривает тщательное и регулярное удаление

зубных отложений с поверхности зубов и десен с помощью различных средств гигиены. Именно в детском возрасте необходимо организовывать обучение и воспитание для формирования навыков и устойчивых привычек по уходу за полостью рта с учетом возрастных особенностей детей.

Целью нашего исследования было обучение детей дошкольного возраста индивидуальной гигиене полости рта, а также оценка эффективности выработанных навыков. Были обследованы 36 детей в возрасте от 4 до 6 лет. Работа проводилась в детском образовательном центре дошкольного развития «Созвездие» г. Перми, на кафедре пропедевтики детских болезней, факультетской педиатрии и на кафедре детской стоматологии и ортодонтии Пермского государственного медицинской академии им. академика Е.А. Вагнера. При осмотре обращалось внимание на уровень гигиены полости рта и гигиенические умения. Известно, что здоровье детей во многом зависит от родителей, потому проводились беседы на темы «Контроль за гигиеной полости рта у детей дошкольного возраста» и «Выбор средств индивидуальной гигиены». Дети поэтапно обучались навыкам индивидуальной гигиены полости рта. В первую очередь обучали детей вертикальным движениям зубной щетки: сначала на передней поверхности только передних зубов (1 этап),

затем боковых (2 этап) и позже на задней поверхности всех зубов (3 этап). После отработки ребенком этих движений его учили чистить жевательные поверхности зубов горизонтальными движениями (4 этап). Следующий 5-й этап — формирование навыка чистки зубов в определенной последовательности для удаления налета со всех поверхностей верхних и нижних зубов. Время освоения навыков по вышеуказанным этапам зависело от уровня развития ребенка и степени внимания, уделяемого ему взрослыми. Кроме отработки навыков, с детьми проводили уроки здоровья и показывали специальные мультипликационные фильмы по гигиене полости рта.

Через 3 месяца провели повторные профилактические осмотры у этих же детей: 38,8% — с легкостью рассказали и показали, чему были обучены несколько месяцев назад; 25 — с помощью врачей достаточно точно вспомнили привитые им навыки, а 36,2% детей пришлось обучать заново индивидуальной гигиене полости рта.

Профилактические осмотры позволяют оценить уровень и привить навыки индивидуальной гигиены, скорректировать санитарно-просветительную работу в данной возрастной группе. Дети 4—6 лет очень инициативны, эмоционально реагируют на похвалу и выражение недовольства их поведением. Они уже встре-

чались со стоматологом, владеют информацией об уходе за полостью рта. Но главное, степень зрелости и сознательности у них достаточно высокая. Поэтому приобретенные именно в этом возрасте знания становятся наиболее прочными.

Выводы

1. Обучение детей навыкам индивидуальной гигиены поло-

сти рта в условиях ДОУ — эффективное средство воспитания, позволяющее закрепить приобретенные навыки.

2. В целях гигиенического воспитания следует включить вопросы стоматологической профилактики в санитарно-просветительные мероприятия не только среди детей, но и родителей, педагогов.

Профилактика кариеса зубов у дошкольников

Вяткина О.В.,

педиатр I категории, заведующий дошкольным отделением № 1, МУЗ «Городская детская поликлиника № 4»;

Агафонова О.И.,

врач-стоматолог высшей категории, заведующий детским стоматологическим отделением,

МУЗ «Городская стоматологическая поликлиника № 7», г. Пермь

Видеть у своего ребенка здоровые и красивые зубы хотят, конечно же, все родители. Но не все знают, когда и почему нужно начинать ухаживать за молочными зубками и как правильно выбирать средства ухода.

Печально, но факт: более 90% детей нашей страны нуждаются в стоматологической помощи. С возрастом распространенность кариеса зубов у детей возрастает, в среднем, от 60—65% в возрасте от 1 года до 3 лет и до 70—75% в возрасте 4—7 лет, достигая своего пика к 15—16 годам (до 95% обследуемых). Настораживает и тот факт, что подверженность заболеванию кариесом

у детей самого младшего возраста (до 3 лет) неуклонно растет.

Одна из главнейших причин состоит в том, что родители недооценивают важность ранней профилактики заболеваний зубов и слишком поздно начинают ухаживать за зубами своего ребенка.

Основная патология зубов в детском возрасте, возникающая от несоблюдения правил гигиены, — всем известный кариес. Его опасность существует уже тогда, когда молочный зуб только что появился из десны.

Собственно кариес представляет собой патологический процесс в твердых тканях зуба, про-

являющийся сначала деминерализацией (выходом из них основных структурных элементов — кальция и фосфатов) и последующим разрушением твердых тканей зуба и образованием полостей. Пораженный кариесом зуб не только причина боли, но и источник инфекции для организма в целом.

Причина появления угрожающего для зубов количества патогенных бактерий связана с гигиеной самого малыша. Недостаточная очистка поверхностей зубов от пищевых остатков, особенно сахаров, приводит к тому, что на их поверхности начинают размножаться бактерии, для которых углеводы — питательная среда. Перерабатывая сахар, бактерии выделяют кислоты, разрушающие зубную эмаль. Схема проста и неумолима.

И вообще, характер питания — конфеты, пирожные, мягкая рафинированная пища, сладкие газированные напитки — ослабляет зубную эмаль, способствуя ее разрушению и препятствуя процессу самоочищения зубов.

Профилактика кариеса у детей — одна из актуальных задач стоматологии. Высокая распространенность и интенсивность кариеса, быстрое развитие его осложненных форм, раннее удаление зубов и, как следствие, патология прикуса заставляют задуматься о поиске новых, недорогих и эффективных лечебно-профилактических средств и программ, направленных на формирование

у ребенка гигиенических навыков.

В Кировском районе г. Перми несколько лет ДОУ участвуют в образовательной программе по профилактике стоматологических заболеваний «Blend-a-med», позволяющей в доступной для детей форме обучить их правильному уходу за зубами и полостью рта.

Несомненно, за время проведения программы накоплен ценный опыт. В то же время у стоматологов, участвующих в программе, появилось много вопросов о том, как следует работать с детьми, как просто и доступно рассказать им об основах профилактики стоматологических заболеваний и личной гигиены.

Основной компонент программы — проведение для воспитанников ДОУ Кировского района г. Перми занятия по профилактике стоматологических заболеваний.

Задачи, которые необходимо осуществить в процессе проведения программы:

- дети должны научиться правильно ухаживать за полостью рта и сохранять зубы с ранних лет на всю жизнь;
- данная работа позволит детям предупредить появление самого распространенного зубного заболевания — кариеса и, что очень важно, сделает периодическое посещение стоматолога совсем не страшным. Необходимо в течение одного заня-

тия дать детям максимум информации:

- а) о анатомии зуба и причинах, вызывающих кариес,
- б) правильном уходе за зубами,
- в) рациональном питании и регулярном посещении стоматолога,

г) средствах гигиены полости рта и их грамотном использовании (сделать это в игровой форме и доверительной атмосфере).

По окончании этого занятия каждому воспитаннику необходимо раздать комплект материалов по уходу за полостью рта, в который будет включена зубная паста Blend-a-med и сказка о бобре Суперзубе.

Информация о пасте Blend-a-med

1. Чем примечательна данная зубная паста?

Blend-a-med содержит 100% активного фтора, который, действуя максимально и эффективно, помогает защитить зубы от кариеса. Кроме фтора, эта паста содержит антибактериальный компонент, устраняющий бактерии, вызывающие болезни десен, плохой запах изо рта и зубной налет.

2. Почему именно зубная паста Blend-a-med рекомендована стоматологической ассоциацией России?

В г. Новомосковске Тульской области в течение 2,5 лет проводились клинические испытания пасты Blend-a-med; 1100 школь-

ников под присмотром врачей и родителей чистили зубы 2 раза в день этой пастой.

В результате заболеваемость кариесом снизилась на 57%, гигиеническое состояние полости рта улучшилось в 5 раз, а состояние десен — в 8 раз.

План занятия

1. Представление, общие сведения о занятии. Его цели.

2. Вопросы к детям.

3. Появление первых зубов у человека.

4. Информация о кариесе.

5. Строение, функции, виды зубов.

6. Пословицы, поговорки, «крылатые» выражения, посвященные зубам.

7. Рассказ о том, как правильно чистить зубы (зубная щетка + зубная паста).

8. Правильное питание, систематические проверки у стоматолога.

9. Практическое закрепление пройденного (игры).

10. Резюме (прочитать стихотворение).

11. Вручение зубной пасты Blend-a-med и сказки «Новые приключения бобра Суперзуба».

Сценарий занятия

Врач-стоматолог знакомится с детьми.

В р а ч. Ребята, сегодня у нас необычное занятие. Оно называется «Урок здоровья» и пройдет

под девизом «За лучезарную улыбку на всю жизнь».

Сегодня мы с вами поговорим о том, как важно иметь здоровые, крепкие, красивые зубы и как сохранить их такими в течение всей жизни. Но сперва я хочу задать вам несколько вопросов. Скажите, у вас есть зубки?

Д е т и. Да!

В р а ч. Давайте подумаем, зачем нам нужны зубы?

Дети отвечают.

Сколько зубов у взрослого человека?

Дети отвечают.

Итак, зубы нужны, чтобы есть (кусать, жевать). Кроме того, зубы — неперенменный атрибут красоты, ведь недаром в сказках красавицу описывали так: «Губы, словно бутон цветка, а зубы подобны жемчугу». У взрослого человека 32 коренных зуба — 32 брата.

Первые зубы появляются у человека в 6 месяцев, и это становится большим событием для семьи. С ним связано много обычаев. Иногда на первый зубик ребенку делают подарки. Затем зубы растут:

— в 2—2,5 года у маленького человечка во рту бывает 20 молочных зубов, 20 братьев-крепких, которые уже все пережевывают, помогают внятно говорить и придают ему красоту;
— к 5—6 годам — 24 зуба;

— в 6—7 лет начинается смена молочных зубов на постоянные;

— к 14—16 годам у человека должно быть 28 зубов;

— в 18—25 лет прорезаются последние зубы, задние коренные, «зубы мудрости».

Ребята, а зубки есть только у людей или еще у кого-то?

Д е т и. Зубы есть у животных.

В р а ч. А у каких животных?

Дети отвечают.

Ребята, сейчас к нам по лестнице идет бобренок. Он будет продвигаться по ступенькам с каждой загадкой про зубы. И когда мы с вами отгадаем все загадки, он подарит нам подарки.

Бобренок загадывает детям загадки.

Полон погребок белых овец.
(Рот и зубы.)

Вокруг проруби сидят белые голуби.
(Рот и зубы.)

Красные двери в пещере моей,
Белые звери сидят у дверей.

И мясо и хлеб — всю добычу мою

Я с радостью этим зверям отдаю.
(Губы и зубы.)

Хвостик из кости, а на спинке щетинки.
(Зубная щетка.)

Молодцы, ребята, а теперь я подарю всем подарки: сказку о бобре Суперзубе и девочке Ярославне и красивые красочные наклейки.

Давайте разберем, из чего же состоит зуб? *(Открывает сказку о бобре Суперзубе и показывает указкой для большей наглядности.)* Основная часть зуба, или выступающая над десной, называется коронкой. Часть зуба, погруженная в десну, — его корнем. Зуб очень сложно устроен. Сверху его покрывает эмаль, а снизу корень зуба покрывает цемент. Внутри у зуба находится полость (пустое пространство), в ней — сосуды, нервы и соединительная ткань, которая регулирует все процессы, происходящие в зубе. Она питает зуб изнутри, она же подает сигнал об опасности, когда зуб заболевает.

Зубы, в зависимости от того, какую выполняют функцию, имеют разную форму. *(Просит детей открыть детскую книжку-пособие и показывает на своей книжке указкой для большей наглядности.)* Одни — острые, служат для того, чтобы резать пищу — резцы. Другие — заостренные, нужны, чтобы разрывать кусочки еды — клыки, а третьи, толстенные крепыши, помогают пережевывать пищу и называются коренными зубами.

Итак, у человека развиты все зубы, а вот у животных, поскольку у них пища не такая разнообразная, развиты отдельные виды зубов.

Найдите, пожалуйста, в своих книжках портрет бобра. Посмотрите, как у него хорошо развиты резцы. Они помогают бобрен-

ку строить домик. У зайчика также хорошо развиты резцы. Они помогают ему грызть морковку. У хищников очень развиты клыки; вы наверняка видели в книжках или мультфильмах, какие зубы у тигра.

У человека бывают молочные и постоянные зубы. В 6 лет начинают расти постоянные зубы, которые постепенно выталкивают молочные.

В 7—9 лет во рту человека имеются и молочные и постоянные зубы. Корни постоянных зубов еще не полностью сформированы, поэтому, если за зубами не ухаживать, их можно потерять.

А что такое кариес? *(Показывает указкой на буклет «Строение зуба».)*

Дети отвечают.

Кариес — заболевание, поражающее зубы. Под влиянием болезнетворных микробов в зубах появляются дырки. Сначала поражается самая твердая ткань — эмаль, а если зубу вовремя не помочь, начинается следующий этап: полость становится все больше и больше (распространяется на дентин, дальше на пульпу), и зуб заболевает.

В вашем возрасте зубы до конца не сформированы, корни не выросли полностью, поэтому, если процесс распространения кариеса вовремя не остановить, зуб можно потерять.

Откройте, пожалуйста, вашу книжку на страничке, на которой

нарисован процесс развития «кариозного монстра», и давайте правильно приложим наклейки (по стадиям развития кариеса). Остальные наклейки вы можете наклеить на книжку или ручку.

Дети выполняют.

Теперь вы понимаете, как важно ухаживать за своими зубами, вовремя обращаться к стоматологу. Вы можете судить об этом хотя бы потому, сколько народных пословиц и поговорок посвящено зубам. Наверное, многие из вас знают такие выражения. Назовите пословицы и поговорки, которые вы знаете.

Дети отвечают.

Выражение «Око за око, зуб за зуб» имеет под собой исторические корни. В древнем своде законов написано, что если один человек повреждает другому зуб, он должен лишиться собственного зуба, а тот, кто умышленно повреждает око другому, должен лишиться собственного ока.

Вам наверняка известно крылатое выражение: «Видит око, да зуб неймет». Это выражение означает, что человек чего-то хочет, а нет возможности это получить.

Если человек виртуозно владеет каким-то делом, то говорят: «Он на этом зубы съел». Об обжоре говорят: «Рвет себе могилу зубами».

Объясните, что значат поговорки: «Выучить на зубок», «Поло-

жить зубы на полку», «Дареному коню в зубы не смотрят».

Дети отвечают.

А много ли вы видели мультфильмов и читали книжек, посвященных зубам?

Дети отвечают.

Вы все видели мультфильм или читали книжку «Мойдодыр». А что там говорится о гигиене?

Д е т и. Надо, надо умыться по утрам и вечерам!

В р а ч. А после этого занятия вы будете добавлять слова: «Зубы надо чистить дважды, утро каждое и вечер каждый». Еще в «Мойдодыре» сказано: «Да здравствует мыло душистое и полотенце пушистое, и густой гребешок, и зубной порошок». Кто скажет, что же надо для правильного ухода за зубами?

Дети отвечают.

Правильно: зубная щетка и зубная паста.

Ребята, поднимите, пожалуйста, руки, у кого есть зубная щетка.

Дети выполняют.

А теперь предлагаю вам послушать сказку о Зубике-зазнайке.

Жил да был на свете страшный Микроб-зубоед. Не было от него никакого житья ни маленьким зубкам, ни большим. Того и гляди укусит! Да еще как больно! Но были у зубов и зубиков верные друзья: зубные щетки и зубные пасты. А вот их-то и не любил Микроб-зубоед.

Мало сказать не любил, он их ужасно боялся. Однажды встретился как-то Зубоеду маленький Зубик-зазнайка, такой беленький, хорошенький.

— Не боюсь я никого, — кричал Зубик, — не хочу дружить со щетками и пастами, надоело, что меня чистят два раза в день, да еще рот полоскать после каждого завтрака, обеда и ужина. Надоели яблоки, морковка, сыр, творог, нарочно буду есть торты и пирожные! Не буду по два раза в год ходить к доктору. Я и так здоров!

А Микробу-зубоеду только этого и надо было. Он в тот день как раз очень проголодался. Подкрался он к Зубику-зазнайке (тот как раз доедал второе пирожное) да как его укусит! Бросил Зубик пирожные и горько-горько заплакал. Уж очень больно ему стало. А Микроб-зубоед сделал свое черное дело, только его и видели.

Плачет Зубик, горячими слезами обливается, на пирожные больше смотреть не хочет.

Подошла тут к нему Зубная щетка и говорит:

— Слезами, дружок, горю не поможешь! Иди-ка ты к доктору, попроси прощения. Может, он тебя и вылечит?

Побежал Зубик к доктору и просит:

— Простите меня, доктор, пожалуйста, за то, что не слушал ваших советов, не любил чистить зубы и полоскать рот после еды, ел много сладкого. Проучил меня Микроб-зубоед, сделал меня больным и некрасивым. Полечите меня, пожа-

луйста, а я буду вас всегда слушаться, помирюсь с зубной пастой и щеткой, буду есть морковку и яблоки, а все сладкое Микробу оставлю.

Простил его доктор, вылечил. Вышел Зубик веселый и довольный, побежал мириться со своими друзьями и до сего времени на себя в зеркало смотрит, а маленькая пломба напоминает ему о случившемся.

Зато теперь уже никогда Зубик не забывает каждый день два раза — утром и вечером — чистить зубы, полоскать рот после каждого приема пищи, сладкого есть поменьше, а фруктов, овощей и молочных продуктов — побольше. И обязательно, два раза в год, он ходит на осмотр к доктору.

А Микроб-зубоед по всему свету рыщет, еще злее стал. Да только напрасно старается, все меньше ему попадается Зубиков-зазнаек. Не ссорятся больше зубики со своими друзьями — зубными щетками и пастами — и о советах доктора не забывают.

Ну что, ребята, понравилась вам сказка?

Дети. Да!

Врач. Итак, ребята, мы с вами поняли, что зубная щетка и паста являются лучшими друзьями зубов. Они удаляют вредный налет на зубах, придают им блеск и привлекательность.

Давайте с вами разберем, как правильно выбрать зубную щетку для чистки ваших зубиков, ведь

существует много зубных щеток разной формы, величины, жесткости.

- Щетка для чистки ваших зубиков должна быть маленькой, чтобы ее щетина могла достать до каждого зубика.

- Она должна быть из искусственной щетины.

- После чистки зубов ее надо поставить щетиной вверх, чтобы она могла просохнуть (стекли все микробы).

- Щетка должна быть индивидуальной, а пользоваться ею надо только по прямому назначению (чтобы чистить зубы).

- Если чистить зубы правильно каждый день, щеточка скоро становится старой, поэтому ее необходимо менять каждые 2—3 месяца.

Итак, чтобы почистить зубы, надо взять зубную пасту и зубную щетку. Вы знаете, сколько надо взять зубной пасты?

Дети. Размером с горошину.

Врачи. Какие нужно делать движения при чистке зубов? *(Просит детей открыть детскую книжку-пособие и показывает на своей книжке указкой для большей наглядности.)*

- Сначала надо чистить верхние зубы, потом нижние.

- Сначала чистим переднюю поверхность зубов: движениями сверху вниз мы чистим верхнюю челюсть; движениями снизу вверх — нижнюю (от десны к краю зуба). Начинать нужно с коренных зубов и постепенно

продвигаться к передним зубам. *(Показывает на картинке направление движения.)*

- Затем необходимо очистить внутреннюю поверхность зубов: движениями сверху вниз чистим верхнюю челюсть и движениями снизу вверх — нижнюю.

- После того как вычистили наружную и внутреннюю поверхности зубов, необходимо почистить их жевательную поверхность (ту часть зубов, которой мы жуем). Начинаем с дальних зубов и продвигаемся к середине. Сначала верхние зубы, затем — нижние.

Несколько детей должны продемонстрировать (на картинке), как правильно чистить зубы.

А какой зубной пастой, ребята, полезнее всего чистить зубы?

Дети отвечают.

Полезнее чистить зубки пастой со фтором, например, пастой Blend-a-med. Фтор и антибактериальный компонент, содержащийся в этой пасте, предотвращают возникновение кариеса. Итак, чтобы сохранить зубы здоровыми, нужно правильно их чистить зубной пастой и щеткой.

Послушайте стихотворение.

* * *

Чистите зубы
Два раза в день —
Время на это потратить не
лень.
Утром позавтракал,
Зубы почисть

И после ужина не поленись —
Щеткой работайте вверх от
десны —

С этой и с той потрудись
стороны.

Щетка по зубкам
Скрип-скрип и топ-топ,
Чтоб на зубах не плодился
микроб.

Чтоб ваши зубы
Не выросли вкось,
Пальцы сосать ты,
Пожалуйста, брось,
Чаше ходите
К зубным докторам,
Там профилактику сделают
вам.

Чтобы на свете счастливо
жить,

С пастой и щеткой надо
дружить.

А что еще необходимо, чтобы
предотвратить появление кари-
еса?

Дети отвечают.

Очень важно правильно питаться.
Существуют продукты, полезные
для зубов, а есть такие, которые
опасны.

Для зубов полезны продукты,
содержащие большое количество
кальция, железа, витаминов, фто-
ра, — овощи, фрукты, молочные
продукты, ядра орехов, зелень.

Для зубов вредны сладости:
пирожные, торты, конфеты, шоко-
ладки, ириски, сладкая вода.

Когда вы едите сладкие про-
дукты, на зубах образуется налет,
состоящий из множества бакте-
рий, которые очень любят слад-

кое. Они перерабатывают сахар в
кислоту, а та разрушает зубы и
приводит к образованию кари-
еса.

Для сохранения здоровых зу-
бов надо не только знать полез-
ные и опасные продукты, но и не
устраивать перекусы между ос-
новными приемами пищи. Конеч-
но, отказаться от сладостей и кон-
фет очень трудно, но если вы
будете есть их как третье блюдо
с чаем, это не будет так опасно
для зубов. Перекусы опасны тем,
что кислота остается на зубах до
того, как вы их почистите. Сле-
довательно, до этого времени
продолжается ее вредное дей-
ствие.

Причиной порчи зубов могут
быть и вредные привычки. Ка-
кие, ребята, вы знаете вредные
привычки, от которых зубки
могут заболеть?

Дети отвечают.

Правильно, ребята, нельзя держать
во рту ручки, карандаши, откусыв-
ать нитки, грызть орехи, раску-
сывать косточки от фруктов.

А теперь давайте поиграем.

Несколько ребят выходят вперед,
5—7 человек становятся по левую
сторону, 1 — по правую.

Каждый ребенок из группы
(5—7 чел.) будет играть роль
вредного или полезного для зу-
бов продукта (сказать каждому
ребенку на ушко, роль какого
продукта ему достанется), а один
ребенок, стоящий по другую сто-
рону, отвечает, съест ли он этот

продукт или нет. Если дается правильный ответ, все дети в классе хлопают один раз в ладоши, если неправильный — кладут руки на парту.

Например, Оле предлагается съесть тот или иной продукт. Вася говорит Оле: «Оля, я вкусное зеленое яблоко, съешь меня!» Оля: «Съем». Класс хлопает в ладоши. Игорь говорит Оле: «Оля, я сладкое, очень вкусное сливочное мороженое, съешь меня!» Оля: «Не съем, сладкое есть вредно».

Можно использовать для игры названия следующих продуктов: молоко, шоколад, орехи, творог, капуста, морковь, виноград, яблоко, груша, конфеты, ириски, сладкая вода и т.д.

Проводится игра, затем один из воспитанников рассказывает, как правильно чистить зубы, руководствуясь картинкой в брошюре.

Третье, основное, условие для сохранения красивой улыбки — обязательная проверка у врача-стоматолога (не менее 2 раз в год), даже если с зубами и деснами все в порядке. Врач осмотрит ваши зубки, если есть кариозные, запломбирует, даст полезные советы по уходу за полостью рта. Таким образом, ребята, можно предотвратить развитие кариеса и воспалений десен в самом начале.

А теперь ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы. Если вы правильно ответите, я подарю вам еще кое-что.

- Для чего человеку нужны зубы?

- Что нужно кушать, чтобы зубы оставались красивыми и здоровыми?

- Сколько раз в день надо чистить зубы?

- Какой зубной пастой лучше всего чистить зубы?

- Что надо делать после каждого приема пищи?

- Как часто надо ходить к доктору, даже если ничего не беспокоит?

Правильно, ребята, а теперь позвольте мне подарить вам зубную пасту Blend-a-med, она поможет вам сохранить зубы красивыми и здоровыми и обеспечит лучезарную улыбку на всю жизнь.

Послушайте стихотворение.

* * *

А теперь на прощание
Дайте мне обещание:
О зубах заботиться,
Как повсюду водится,
Зубы уважать, никогда не
обижать —

Даже в праздники у них
Не бывает выходных.
Для тебя зимой и летом
И картошку, и котлету,
И редис, и сухари —
Все сжуют богатыри.
Значит, требует заботы
Богатырская работа.
Подружись-ка, милый мой,
Ты со щеткою зубной,
Чтобы зубы заблестели,
Чтобы весело глядели,
И тогда отныне впредь
Не придется им болеть.

Издательство «ТЦ СФЕРА»

Представляет плакаты для образовательных учреждений

Красочные с одной стороны, на плотной бумаге

Форматом 70×100 см:

До свидания, детский сад
С окончанием учебного года
Уголок для родителей

Форматом 70×50 см:

1 сентября
Английский алфавит
Безопасность на дороге
Детям об огне
Календарь погоды
Осторожно — болезнетворные микробы
Осторожно — высокое напряжение
Пиши правильно
Позаботься о своей безопасности
Правила поведения при пожаре
Правильная осанка

Твои права

Русский алфавит

Таблица умножения

Таблица сложения

Уголок пожарной безопасности

Часы и время

Форматом 35×50 см:

Государственная символика (4 плаката)
Здоровье в порядке — спасибо зарядке!
Витамины — наши друзья!
Спорт — здоровый образ жизни!
Правильное питание — залог здоровья!
Уголок дежурных по столовой
Уголок дежурных по природе
Уголок дежурных по занятиям

Большой выбор праздничных плакатов



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

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

Не забудьте разборчиво написать свой **индекс** и **обратный адрес**.

Профилактика энтеробиоза как фактор оздоровления детей

Кочергина Е.А.,

канд. мед. наук, врач высшей категории,
Пермская государственная медицинская
академия им. академика Е.А. Вагнера;

Мельчукова Л.И.,

врач высшей категории, заслуженный врач
России, главный врач, МУЗ «Городская детская
клиническая поликлиника № 2», г. Пермь

ПЕДИАТРИЯ



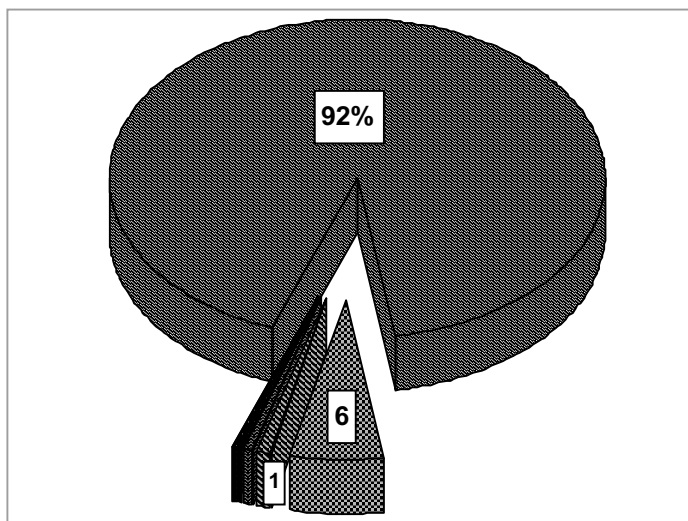
Энтеробиоз — один самых распространенных гельминтозов в мире и хорошо известен каждому врачу. Количество больных энтеробиозом не уменьшается, а мишенью глистной инвазии чаще становятся дети, посещающие организованные коллективы.

Актуальность проблемы энтеробиоза связана с широким распространением данной инвазии, значительным ущербом, наносимым острицами здоровью детей, и низкой эффективностью общепринятой системы противоэнтеробиозных мероприятий в детских коллективах.

По данным Департамента Госсанэпиднадзора Минздрава РФ, число зараженных острицами ежегодно составляет более 1,13 млн чел., при этом на долю детей приходится до 95% всех случаев энтеробиоза. Показатель заболеваемости среди детского населения составляет 3086,4 на 100 тыс., что сопоставимо с показателем заболеваемости гриппом и ОРВИ вместе взятыми [5].

По данным детского городского гельминтологического центра г. Перми, среди всех ежегодно регистрируемых инвазий на энтеробиоз приходится 92% (см. рисунок).

По данным исследований, число инвазированных энтеробиозом детей, посещающих ДОУ, в 4 раза выше, чем детей, находящихся дома [1]. Причинами высокой заболеваемости являются:



■ энтеробиоз 92%	■ аскаридоз 6%	■ токсокароз 1%
■ диффлоробиоз 0,5%	■ описторхоз 0,3%	■ другие 0,2%

Рис. Структура паразитарной заболеваемости у детей.

- превышение числа детей в группах;
- несоответствие помещений гигиеническим нормам;
- использование одних и тех же комнат как игровых, столовых и спален;
- нарушение санитарно-гигиенического режима.

Риск заражения энтеробиозом обусловлен нарушениями санитарно-гигиенического режима [2]:

- длительное пребывание детей в детских садах и, следовательно, высокий риск контакта с возбудителем;
- необходимость приема пищи в детском учреждении в течение

дня, когда особенно существенным становится нарушение правил гигиены;

- рассеивание возбудителя во время одевания и раздевания для прогулок;
- дневной сон и пребывание в спальных помещениях, где загрязненность яйцами остриц наиболее высока.

Многочисленными наблюдениями доказана сезонность выявления энтеробиоза — в осенний период, во время формирования организованных коллективов, тогда же отмечена самая высокая интенсивность загрязнения объектов окружающей среды яйцами остриц [8].

Таблица 1

**Возрастные показатели заболеваемости
гельминтозами в г. Перми в 2004—2008 гг.
(на 1000 детей)**

Возраст	Заболеваемость по годам				
	2004	2005	2006	2007	2008
До 1 года	2,96	2,65	4,93	3,62	3,05
1—3 года	30	33,31	31,04	37,44	26,12
3—7 года	127,2	94,63	97,67	122,4	89,82
7—14 лет	38,8	32,33	35,3	40,18	31,05
Общая	55,64	47,99	46,92	55,98	40,89

Наиболее часто болеют энтеробиозом дети от 3 до 7 лет (табл. 1). Заболеваемость детей этой возрастной категории обусловлена прежде всего низкими санитарно-гигиеническими навыками и несформировавшейся иммунной системой. Также не следует забывать, что дети этого возраста чаще всего подвергаются лабораторному обследованию: ежегодная диспансеризация; устройство в ДДУ и профилактические обследования в нем; более частое обращение к врачу по поводу ОРВИ и сдача анализов.

Существуют категории детей, постоянно заражающихся энтеробиозом. Для практического врача представляют большой интерес причины, предрасполагающие к заболеванию, позволяющие прогнозировать эту патологию у ребенка и своевременно назначить обследование и лечение. К группе риска по заражению энтеробиозом относятся:

дети от матерей, имевших токсикоз второй половины беременности; дети, рано переведенные на искусственное вскармливание и имеющие несколько стигм дизэмбриогенеза [7]. Чаще энтеробиоз встречается у детей из семей низкого социального уровня.

Морфология и жизненный цикл возбудителя. Острицы — круглые мелкие черви. Длина самок достигает 12 мм, самцов — 3 мм. На головном конце паразита имеется ротовое отверстие, с помощью которого он присасывается к слизистой кишечника. Жизненный цикл острицы начинается после оплодотворения самки в кишечнике, где происходит ее развитие. Самцы после оплодотворения обычно погибают, а в самке созревает до 17 тыс. яиц. Переполненная яйцами самка не способна удерживаться на слизистой и под действием перистальтики спускается до прямой киш-

ки и выползает из анального отверстия, чаще всего ночью, когда сфинктер расслаблен. Попадая во внешнюю среду, острица начинает ползать по телу, откладывать яйца в перианальных складках, на коже ягодиц и бедер, приклеивая их. После откладки яиц самки погибают.

Для дальнейшего развития яиц необходим особый микроклимат с температурой 34—36 °С и влажностью воздуха 70—90%. Такие условия имеются в области перианальных складок. Отложенные яйца созревают на теле человека за 4—6 ч, зародыш, содержащийся в них, превращается в подвижную личинку. Попадая под ногти человека, яйца также получают оптимальные условия созревания. Заражение происходит при проглатывании зрелых яиц, содержащих личинку. Попадая в желудочный тракт, личинки высвобождаются из оболочек яиц и уже через две недели развиваются во взрослых самцов и самок, паразитирующих в нижних отделах тонкого и верхних отделах толстого кишечника.

Средняя продолжительность жизни острицы составляет от 30 до 100 дней, но у человека состояние зараженности может длиться годами за счет постоянных заражений, реинвазий.

Источником заражения является только больной энтеробиозом. Яйца, отложенные самками остриц на коже больного, по-

дают на постельное белье, предметы в помещении — ручки дверей, поручни, посуду, игрушки, скапливаются на полу. В окружающей среде на самых разных предметах яйца остриц достаточно долго могут находиться в жизнеспособном состоянии. Для выживания им необходима температура 18—25 °С и влажность воздуха 60—80%. При таких условиях они сохраняют жизнеспособность до 25 суток. Процент живых яиц на постельном белье — 100%, игрушках — 70, в ваннных комнатах и туалетах — 60%. В 1 г пыли из жилых помещений обнаруживаются более 300 яиц. От 7 до 21 дня яйца острицы могут выжить в воде, сохраняются в графинах и детских бутылочках. В плавательных бассейнах наибольшую опасность представляют раздевалки и спортивный инвентарь, а не вода [3].

Клинические проявления энтеробиоза и тяжесть патологического процесса зависят от степени инвазии. Гельминты вызывают механическое повреждение слизистой, присасываясь к ней, а иногда и внедряются до мышечного слоя слизистой кишечника. Продукты жизнедеятельности остриц вызывают сенсibilизацию организма и развитие аллергии. Основные клинические проявления заболевания у детей — перианальный зуд и боли в животе. Но у 30% больных отмечается бессимптомное течение за-

болевания, и только у 50% при этом определяется эозинофилия [4].

Наибольшую значимость для клиницистов энтеробиоз имеет как триггерный фактор патологических состояний у детей, который педиатры редко связывают с глистной инвазией:

- подавление иммунитета — длительное паразитирование остриц в кишечнике ребенка подавляет неспецифический иммунитет, а именно — снижает уровень β -интерферона в сыворотке крови и активность лизоцима в слюне [6]. Поэтому дети с энтеробиозом в 6 раз чаще болеют простудными заболеваниями, протекающими более длительно;
- нарушения микробиоценоза кишечника — у инвазированных острицами детей значительно снижается общее число кишечных палочек и увеличивается доля лактозонегативной кишечной флоры, повышается активность энтерокиназы и щелочной фосфатазы [6]. Поэтому дисбактериоз кишечника у детей с энтеробиозом встречается в 4 раза чаще. У таких больных развиваются нарушения процессов всасывания и переваривания, что приводит к потере массы тела и задержке развития ребенка;
- энтеробиоз является фактором, предрасполагающим развитие

инфекции мочевыводящих путей у детей. Достоверно чаще энтеробиоз встречается у детей с ИМВП (36,4%), по сравнению с контрольной группой девочек без такового (16,4%) [10];

- самки остриц проникают в половые органы, заносят бактерии из кишечника, поэтому вульвовагинит — частое осложнение энтеробиоза;
- энтеробиоз приводит к снижению эффективности профилактических прививок. Так, у детей, больных энтеробиозом, не формируется защитный иммунитет при вакцинации против дифтерии, столбняка и кори [6]. Угнетение иммунного статуса связано с выделением паразитом метаболитов, обладающих иммуносупрессивным действием. У больных выявляются признаки иммунологической недостаточности в клеточном и гуморальном звене иммунитета, уменьшается более чем в 1,5 раза содержание Ig A, процент фагоцитоза [4]. Поэтому перед вакцинацией необходимо убедиться в отсутствии гельминтоза у пациента;
- при энтеробиозе происходит активация аллергических реакций по реактиновому типу, с повышением абсолютного числа эозинофилов и содержания общего Ig E, преобладают

эозинофилы над нейтрофилами в назальном секрете [4]. У детей, инвазированных острицами, чаще регистрируются аллергические заболевания кожи, ложноположительный ответ на проведение реакции Манту, а также такие осложнения респираторных заболеваний, как обструктивный синдром и отек гортани;

- влияние энтеробиоза на нервно-психическое развитие ребенка. У детей, страдающих энтеробиозом, сильный зуд в анальной области вызывает нарушение сна; дети просыпаются неоднократно в течение ночи, становятся капризными, раздражительными, невнимательными. Вследствие токсического воздействия продуктами обмена гельминтов страдает ЦНС, что ведет к развитию невротических реакций у ребенка, отставанию от возрастных норм в нервно-психическом развитии. Такие дети при обследовании реже получают оценку «готов к обучению» и имеют значительное отставание при проведении теста «школьной зрелости» Керна—Ирасека [1].

Быстрый клинический эффект при лечении этих патологических состояний возможен только при назначении антигельминтных препаратов, но педиатры плохо знают паразитарные болезни, и диагноз гельминтозов часто оказывается последним в цепи

дифференциально-диагностического мышления врача.

Диагноз энтеробиоз подтверждается обнаружением яиц на перианальных складках. Существует много методов лабораторной диагностики энтеробиоза (по Рабиновичу, Торгушну, Кеворковой), но в детских поликлиниках чаще пользуются методом перианального отпечатка на клейкую ленту. Он достаточно эффективен и менее трудоемкий, чем другие. Кусочком клейкой ленты прикасаются к перианальным складкам, а яйца гельминтов прилипают к ней, затем переносят ленту липкой стороной на предметное стекло. Перед исследованием приподнимают ленту и наносят каплю иммерсионного масла, что улучшает ее прозрачность. Обязательное условие при проведении обследования на энтеробиоз — не подмывать ребенка в течение 2—3 дней.

Лечение энтеробиоза. На российском фармацевтическом рынке арсенал антигельминтных препаратов достаточно велик, все они обладают почти 100%-ной эффективностью и для их приобретения не требуется рецепта врача. Но надо помнить, что при дегельминтизации в день приема препарата отходит до 7% гельминтов, на следующий день — 32, затем — 58 и на 4 день после лечения — 3%. Максимум выделения паразитов приходится на 2—3 сутки [1]. Эти данные обо-

Таблица 2

Препараты для лечения энтеробиоза*

№ п/п	Название препарата Торговое/ (МНН)	Форма выпуска	Страна	Курс лечения (прием однократный)
1	Пирантел (пирантел)	Суспензия 250 мг/5 мл — 15 мл Таблетки 250 мг № 3	Польша	10 мг/кг в сутки, во время или после еды
2	Гельминтокс (пирантел)	Суспензия 125 мг/5 мл — 15 мл Таблетки 125 мг № 6 Таблетки 250 мг № 3	Франция	10 мг/кг в сутки, во время или после еды
3	Комбантрин (пирантел)	Суспензия 50 мг/мл — 15 мл Таблетки жевательные 250 мг № 3	США	10 мг/кг в сутки, во время или после еды
4	Вермокс (мебендазол)	Таблетки 100 мг № 6	Бельгия, Венгрия	До 3 лет — 0,025 г, 3—6 лет — 0,05 г, 7 лет и старше — 0,1 г. Во время еды
5	Вормин (мебендазол)	— // —	Индия	До 3 лет — 0,025 г, 3—6 лет — 0,05 г, 7 лет и старше — 0,1 г. Во время еды
6	Медамин (медамин)	Таблетки 300 мг № 6	Россия	10 мг/кг после еды, таблетки разжевать

* Перед применением препарата необходимо проконсультироваться с врачом.

сновывают необходимость выведения пациента из организованного коллектива на период лечения на 6—7 дней (табл. 2).

Рекомендуется повторить курс лечения через две недели в той же дозировке, если проводимые параллельно гигиенические мероприятия были не идеальны.

Эффективность применения фитотерапии при энтеробиозе невысока, однако введение в рацион питания некоторых пищевых продуктов и трав усиливает действие лекарственного препарата и является хорошей мерой профилактики. Антигельминтное действие оказывают морковный,

гранатовый соки, грецкие орехи, лесная земляника, апельсины, отвары зверобоя и золототысячника. При температуре тела ребенка 38° и выше возможна полная элиминация паразита из организма.

Лечение энтеробиоза не будет эффективным, если одновременно с медикаментозным лечением не проводить в течение 7 дней комплекса гигиенических мероприятий: утром и вечером тщательно подмывать ребенка; коротко стричь ногти; часто мыть руки, лучше с двойным намыливанием; надевать на ночь трусики с плотной резинкой или пижаму; ежедневно менять нательное и постельное белье и проглаживать горячим утюгом. Ребенок должен иметь отдельную постель и свое полотенце. Также необходимо провести уборку с пылесосом, вытряхивать ковры, одеяла, подушки на улице, уборку помещения проводить с мыльным раствором и часто менять используемую воду, вымыть или обработать пылесосом детские игрушки.

Группы детского сада, где выявлен хотя бы один больной энтеробиозом, считаются эпидемическим очагом. В группе должна проводиться работа с персоналом, воспитателями, медицинскими сестрами по соблюдению правил гигиенического содержания детских учреждений, личной

и общественной гигиене. В течение ближайших трех дней после лечения проводят:

- двукратную влажную уборку помещений (ручки дверей, шкафов, выключатели, игрушки, настольные игры, места скопления пыли) с применением моющих средств (стиральные порошки, сода) для удаления яиц гельминтов, так как они покрыты липким жироподобным веществом, которое прочно фиксирует их на любой поверхности. Тряпки после уборки необходимо прокипятить;
- объекты и воздух помещений после влажной уборки обеззараживают ультрафиолетовым бактерицидным излучением;
- в течение трех дней, начиная с первого дня лечения, одеяла, матрасы, подушки пылесосят или вытряхивают вне помещения;
- нательное и постельное белье, полотенце меняют ежедневно, с обязательной стиркой в прачечной. Ежедневное проглаживание горячим утюгом допускается только в небольших коллективах;
- мягкую мебель, ковры, дорожки, мягкие игрушки пылесосят, с последующим их обеззараживанием ультрафиолетом, после чего убирают до завершения заключительной дезинфекции;

- твердые и резиновые игрушки моют с применением дезинфицирующих средств в установленном порядке;
- заключительные противоэпидемические мероприятия проводят на третий день после повторного курса лечения.

Особое значение в профилактике имеет плановое обследование детей и обслуживающего персонала на энтеробиоз в детских коллективах, проводится один раз в год после летнего периода при формировании коллектива или по эпидемическим показаниям. Обследованию на энтеробиоз также подлежат дети при диспансеризации, посещающие плавательные бассейны, лица, контактные с больным энтеробиозом.

В задачи медицинского персонала дошкольных учреждений входит одновременное выполнение комплекса гигиенических мероприятий, выявление и лечение зараженных энтеробиозом детей.

Литература

1. Авдюхина Т.И., Беляев Е.А. Энтеробиоз: рациональный комплекс мероприятий по профилактике и борьбе с ним / Успехи теоретической и практической медицины. М., 1995.
2. Авдюхина Т.И., Константинова Т.Н. Энтеробиоз: Учеб. пособие для врачей. М., 2003.
3. Гаврилова Е.П., Автушенко А.Г., Чудина Л.В. Оценка эффективности мероприятий по профилактике энтеробиоза в Ленинградской области // Медицинская паразитология. 1990. № 2.
4. Джамал Джассем. Распространенность, особенности течения и диагностики энтеробиоза у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пермь, 2001.
5. Дрынов И.Д., Сергиев В.П., Малышев Н.А. Профилактика массовых инфекционных и паразитарных болезней человека медикаментозными средствами. М., 1998.
6. Лысенко А.Я., Фельдман Э.В., Рыбак Е.А. Влияние инвазированности детей нематодами на поствакцинальный иммунитет // Медицинская паразитология. 1991. № 5.
7. Паразитологические методы лабораторной диагностики гельминтозов и протозоозов. Метод. указания МУК 4.2735-99. М., 2000.
8. Романенко Н.А. и др. Новые подходы к оздоровлению детей от энтеробиоза // Медицинская паразитология. 1997. № 1.
9. Akagi K. Enterobius vermicularis and Enterobiasis // Progr. Med. Parasit. Japan. 1973. V. 5.
10. Herrstrom P., Henrikson K.A., Karlsson A. Allergic disease and infestation of Enterobius vermicularis in Swedish children 4—10 years of age // J. Invest. Allergol. Clin. Immunol. 2000. V11 (3).

Лечение вегетативной дисфункции синусового узла у дошкольников

Лобанова Е.В.,

врач высшей категории, заведующий
консультационно-диагностического отделения;

Мельчукова Л.И.,

врач высшей категории, заслуженный врач России,
главный врач, МУЗ «Городская детская клиническая
поликлиника № 2»;

Зубов Е.В.,

канд. мед. наук, врач высшей категории, заведующий
детским городским кардиологическим центром,
МУЗ «Детская городская клиническая больница № 3»,
г. Пермь

Среди всех заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей нарушения сердечного ритма занимают особое место. По данным скрининговых исследований, распространенность аритмий у детей дошкольного возраста достигает 20—30% [1].

Распространенность дисфункции синусового узла (ДСУ) у детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, по данным разных авторов, составляет 0,84—1,26% [4; 5; 6]. Среди практически здоровых детей те или иные признаки дисфункции синусового узла (СУ) на стандартной электрокардиограмме (ЭКГ) покоя выявляются у 2% детей [2; 5].

В настоящее время мнение о «безопасности» минимальных

проявлений дисфункции СУ уступило место наблюдениям, в которых определяется плохой прогноз в анамнезе больных при естественном течении данной аритмии [3; 5]. В этой связи особое значение имеют своевременная диагностика и эффективная коррекция ДСУ на начальных этапах его проявления.

Среди всех этиологических факторов, приводящих к ДСУ в детском возрасте, наиболее распространенными являются вегетативные нарушения: синдром вегетативной дистонии с преобладанием парасимпатических влияний на сердце, гиперваготония при повышении внутричерепного давления, заболеваниях глотки, органов ЖКТ, мочеполо-

вой системы, обильно иннервированных блуждающим нервом [1; 3; 5].

Вегетативный дисбаланс и усиление парасимпатических влияний приводят к так называемой регуляторной (вагусной) дисфункции СУ. В этом случае имеет место вторичная ДСУ, устранение которой находится в прямой зависимости от успеха терапии вегетативных нарушений [3]. Адекватно подобранное лечение нередко позволяет полностью восстановить функцию СУ и устранить негативные клинические проявления аритмии. В комплексной терапии необходимо постараться учитывать наличие дисфункции со стороны регуляторных влияний в интегративных структурах вегетативной нервной системы с проведением соответствующей медикаментозной коррекции.

Учитывая эти данные, мы провели открытое сравнительное исследование с целью оценить терапевтическую эффективность препарата тенотен детский у пациентов с вегетативной дисфункцией СУ.

Материалы и методы исследования. Обследованы 30 детей в возрасте от 5 до 7 лет с подтвержденной вегетативной дисфункцией СУ. Большую часть пациентов составили мальчики ($n = 16$; 53%). В исследование не включались больные с органической патологией сердечно-сосудистой системы, острыми и хроническими заболеваниями в стадии обо-

стрения, аллергической и неврологической патологией. Обследование проводили на базе консультативно-диагностического отделения городской детской поликлиники № 3 и городского детского кардиологического центра детской городской клинической больницы № 3 г. Перми.

Комплекс обследования включал изучение анамнеза и жалоб пациентов, объективный осмотр, общеклиническое исследование, ЭКГ покоя в 12 отведениях, кардиоритмографическое исследование с ортостатической пробой. После начального обследования пациенты были рандомизированы на две группы в зависимости от варианта терапии. В первую группу (основную) вошли 20 детей, получающие комплексное лечение ДСУ [3], включающее ноотропы, вазоактивные препараты, кофакторы метаболизма и энергообмена и дополнительно терапию препаратом тенотен детский по 1 таблетке 3 раза в день. Вторую группу (контрольную) составили 10 пациентов, которым проводили комплексное лечение ДСУ, включающее ноотропы, вазоактивные препараты, кофакторы метаболизма и энергообмена без применения препарата тенотен. Длительность лечения в обеих группах была 3 мес., по истечении которых повторяли клинико-инструментальное обследование детей.

Статистическая обработка полученных данных проводилась общепринятыми методами аль-

тернативно-вариационной статистики. Достоверность различий, полученных в сравниваемых группах, оценивалась по t-критерию.

Результаты и их обсуждение. Обе группы больных были сопоставимы по исходным демографическим и клиническим показателям; 82% детей предъявляли различные жалобы астено-вегетативного характера. Общую слабость отмечали также 82% пациентов, эпизоды головокружения — 75, повышенная утомляемость и раздражительность выявлялась одинаково часто — у 67% обследованных, на плохое настроение жаловались 47% детей. Реже регистрировались головная боль (7%) и сердцебиение (3%).

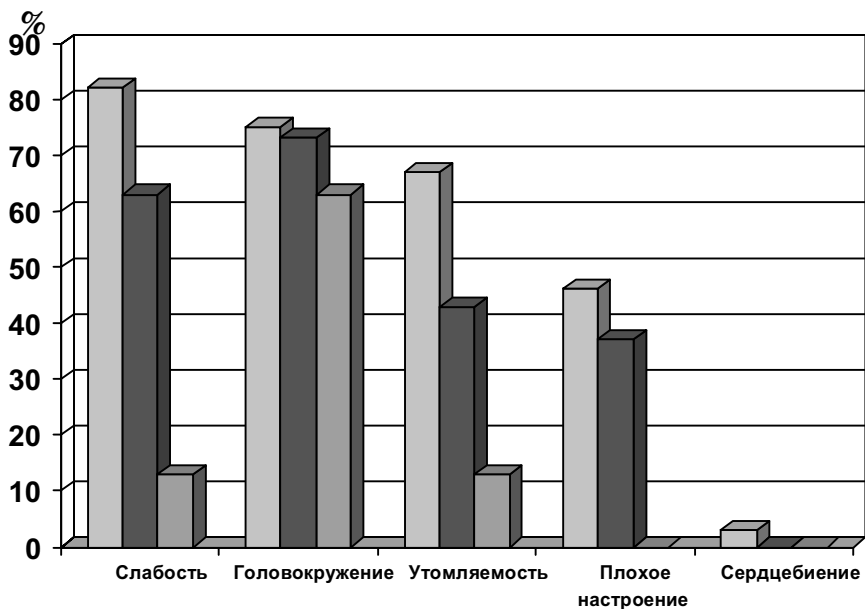
В вегетативном статусе детей превалировала ваготония. Исходный вегетативный тонус (ИВТ) не соответствовал возрасту у 83% участников исследования. Лишь 24% обследованных детей имели нормальную вегетативную реактивность (ВР), у 33 она характеризовалась гиперсимпатикотонией, а 42% пациентов имели асимпатикотонический вариант ВР.

Данные ЭКГ покоя свидетельствовали о наличии у обследованных пациентов I, реже II клинико-электрокардиографического варианта синдрома слабости синусового узла (СССУ) в соответствии с классификацией, предложенной М.А. Школьниковой [6]. При первом ЭКГ-обследовании у всех детей обеих групп

отмечалось снижение частоты сердечных сокращений (ЧСС) ниже возрастной нормы на 30% и более (умеренная либо выраженная брадикардия). Исходная частота встречаемости других ЭКГ-феноменов также не имела достоверных различий в двух группах. Миграция водителя ритма (МВР) выявлялась у 42% детей; предсердный ритм, изолированный либо в сочетании с МВР, — у 55%; СА блокада II степени — у 50% участников исследования.

Результаты повторного исследования через 3 мес. от начала терапии представлены на рис. 1—3. Следует отметить, что положительная динамика клинико-инструментальных данных была отмечена у пациентов обеих групп. Тем не менее, эффективность терапии по некоторым показателям имела отличия в сравниваемых группах. Так, жалобы на слабость после трехмесячного курса лечения тенотеном детским предъявляли лишь 10% пациентов основной группы (против 60% детей контрольной группы), что достоверно ниже при сравнении с исходным показателем (рис. 1). Жалобы на утомляемость сохранялись у 13 и 43% детей соответственно, а плохое настроение у детей, получивших курс тенотена, вовсе не регистрировалось.

Исследование показателей вегетативной нервной системы (ВНС) свидетельствовало о нормализации ИВТ, который соот-



■ Исходно ■ Контрольная группа ■ Основная группа

Рис. 1. Динамика жалоб на фоне лечения.

ветствовал возрастным нормам у 60% детей основной и 56% участников контрольной группы. Встречаемость нормальной ВР возросла до 50% ($p < 0,05$) и 30% ($p > 0,05$) соответственно, а частота асимпатикотонического варианта ВР достоверно снизилась (до 17%) лишь у детей основной группы (рис. 2).

При повторном исследовании ЭКГ покоя синусовая брадикардия регистрировалась только у половины детей основной группы ($p < 0,05$), а в контрольной она сохранялась у подавляющего большинства участников (80%). Распространенность миграции водителя ритма снизилась до 23 и 25%, а МВР в сочетании с пред-

сердным ритмом — до 33% в обеих группах. СА блокада II степени после лечения отмечалась у 23%, АВ блокада I степени — у 10% детей как основной, так и контрольной групп (рис. 3).

Следует подчеркнуть, что ни у одного участника основной и контрольной групп не было зафиксировано неблагоприятных явлений на фоне лечения.

Таким образом, полученные результаты свидетельствовали о положительном влиянии препарата тенотен детский на клинические и электрокардиографические показатели у пациентов с вегетативной дисфункцией СУ. Положительное влияние включения в состав комплексной терапии

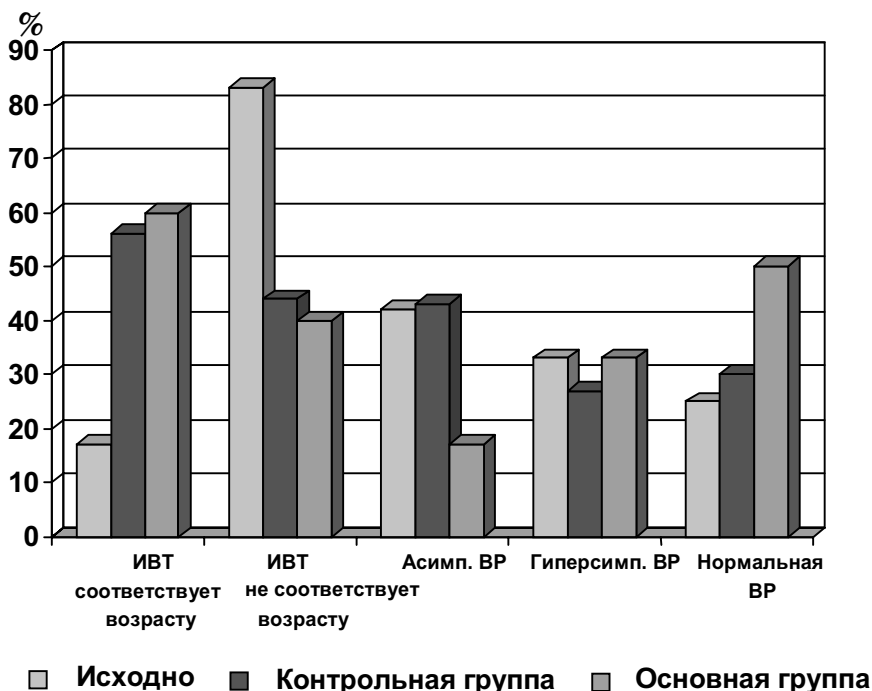


Рис. 2. Динамика показателей вегетативной нервной системы на фоне лечения.

Примечание. ИВТ — исходный вегетативный тонус; ВР — вегетативная реактивность.

препарата тенотен на изучаемые клинико-электрокардиографические проявления вегетативной дисфункции синусового узла у детей можно объяснить модифицирующим воздействием сверхмалых доз антител, входящих в состав препарата, на активность мозгоспецифического белка S100, в результате чего восстанавливается сопряжение синаптических и метаболических процессов в центральной и вегетативной нервной системе и процессы торможения и возбуждения нормализуются, баланс центральных структур ВНС восстанавли-

вается. Следствием отмеченных положительных сдвигов со стороны вегетативных центров является устранение избыточных парасимпатических влияний на синусовый узел и нижележащие отделы ПСС. В результате нормализации синусового ритма, с одной стороны, и восстановления процессов нейрональной пластичности в ВНС, с другой, терапия тенотеном детским приводила к позитивной клинической динамике, что проявлялось нивелированием астеновегетативной симптоматики у большинства участников исследования. Наконец,

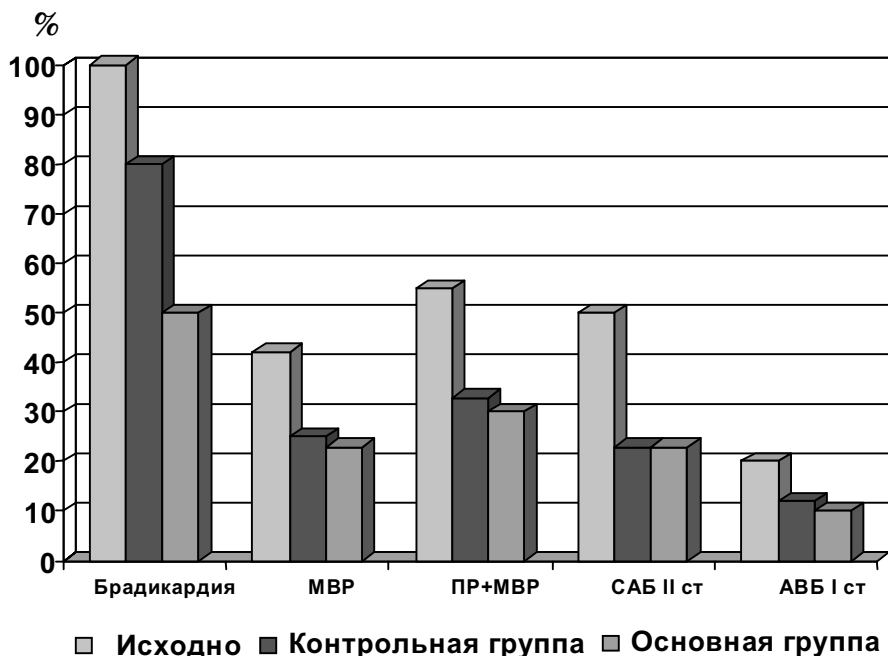


Рис. 3. Динамика показателей ЭКГ на фоне лечения.

Примечание. МБР — миграция водителя ритма; ПР — предсердный ритм; САБ — синоатриальная блокада; АВБ — атриовентрикулярная блокада.

немаловажным для детей было отсутствие каких-либо неблагоприятных явлений на фоне проводимого лечения тенотеном.

Выводы

Проведенное исследование показало, что включение в состав комплексной терапии препарата тенотен детский оказывало положительное влияние на клинико-электрокардиографические проявления вегетативной дисфункции СУ у детей. Трехмесячный курс лечения способствовал нормализации показателей ВНС, восстанавливал функциональную

активность синусового узла и устранял негативные клинические проявления аритмии у большинства детей.

Применение препарата тенотен в старшем дошкольном возрасте позволяет добиться нормализации процессов торможения и возбуждения, восстановления баланса интегративных влияний центральных структур ВНС, что позволяет предположить более высокую устойчивость адаптационных возможностей при переходе к дальнейшему обучению в школе.

Литература

1. Аритмии сердца. Механизмы, диагностика, лечение: В 3 т. / Под ред. В. Дж. Мандела. М., 1996.
2. Белозеров Ю.М. Детская кардиология. М., 2004.
3. Макаров Л.М. ЭКГ в педиатрии. М., 2002.
4. Макаров Л.М. Холтеровское мониторирование (руководство для врачей по использованию метода у

детей и лиц молодого возраста). М., 2000.

5. Школьникова М.А. Диагностика и лечение жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма в детском возрасте. Лекция для врачей. М., 2003.

6. Школьникова М.А. Жизнеугрожающие аритмии у детей. М., 1999.

7. Эпштейн О.И. Сверхмалые дозы. История одного исследования. М., 2008.

Состояние поствакцинального иммунитета у детей без атопии и с атопией в анамнезе

Шемакина Н.Б.,

канд. мед. наук, врач высшей категории, заведующий иммунологической лабораторией, ГДКП № 5, г. Пермь

Один из важнейших результатов иммунного ответа — формирование клеток памяти. После разных форм иммунного ответа могут формироваться CD8⁺ лимфоциты, CD4⁺Th1, CD4⁺Th2 и В-клетки памяти. Именно на механизмах памяти основано действие прививок. Срок иммунологической памяти, защищающий организм в случае повторного контакта с антигеном, зависит от биохимических свойств антигена, его изменчивости (примером является вирус гриппа) и способности к мимикрии (подобно в-гемолитическому стрептококку). Большое значение в формировании поствакцинального иммуни-

тета и сохранении эффективной иммунологической памяти имеет состояние иммунной системы хозяина-реципиента. В возрасте до 2 лет дети получают максимальное количество вакцин, входящих в календарь профилактических прививок, в том числе 4 инъекции АКДС (адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакцины). По данным литературы, после вакцинации АКДС (в 3, 4, 5 и 6 мес.) высокий уровень антител у детей сохраняется несколько месяцев, затем становится ниже защитного. Ревакцинация АКДС в 18 мес. приводит к быстрому (за несколько дней) подъему уровня антител, который сохра-

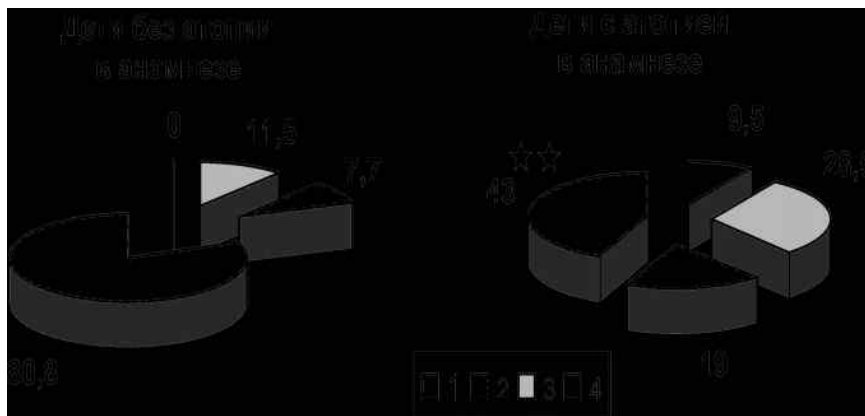


Рис. 1. Влияние атопии в анамнезе на состояние противодифтерийного иммунитета у детей от 2 до 5 лет:

1 — доля детей (процент от числа исследований), имеющих высокий титр антител, 2 — защитный титр антител, 3 — титр ниже защитного, 4 — «0» титр; ★★ — достоверность различий у детей двух групп: $p < 0,01$ по критерию χ^2 .

няется в течение нескольких лет. Вторую ревакцинацию против дифтерии и столбняка (АДС-М), согласно календарю профилактических прививок, дети должны получить только в 7 лет.

Цель данного исследования — провести сравнительный анализ напряженности специфического иммунитета у детей в возрасте от 2 до 5 лет без атопии и с атопией в анамнезе. В **задачи** исследования входило определение титра противодифтерийных и противостолбнячных антител в сыворотке крови детей двух групп.

Материалы и методы исследования. Обследованы 80 детей без атопии и 40 детей с атопией в анамнезе. Группы рандомизиро-

ваны по возрасту, полу и срокам вакцинации. В сыворотке периферической крови определяли титры специфических антител (РПГА, НПО «БИОМЕД», Петрово-Дальнее). Статистическую обработку результатов проводили непараметрическими методами с вычислением критерия Манна—Уитни, Крускала—Уоллиса, Спирмена и χ^2 (Chi-square), используя компьютерную программу Statistica 6.0 (StatSoft. Inc., USA).

Результаты исследования. Выявлено, что состояние поствакцинального иммунитета у детей двух групп имеет достоверно значимые отличия.

Как следует из представленных результатов (рис. 1), защит-

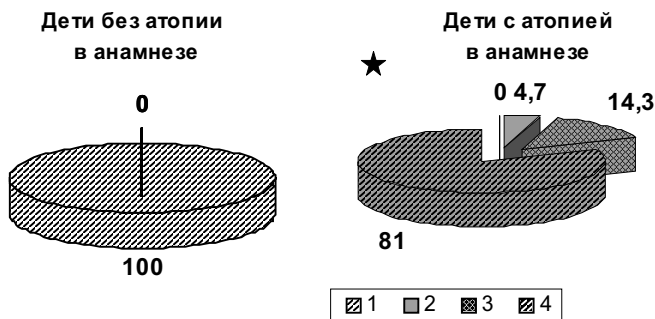


Рис. 2. Влияние атопии в анамнезе на состояние противостолбнячного иммунитета у детей от 2 до 5 лет:

1 — доля детей (процент от числа исследований), имеющих «0» титр антител; 2 — титр антител ниже защитного; 3 — защитный титр; 4 — высокий титр; ★ — достоверность различий у детей двух групп, $p < 0,05$ по критерию χ^2 .

ный титр противодифтерийных антител (1:40 и выше) зарегистрирован у 88,5% детей без атопии и у 62% с атопией в анамнезе ($p < 0,05$). Высокую степень сероконверсии к дифтерийному анатоксину (1:160 и выше) имеют 80,8% детей без атопии и 43% с атопией в анамнезе ($p < 0,01$). Титр противодифтерийных антител ниже защитного зарегистрирован у 11,5% условно здоровых детей и у 38% с атопией ($p < 0,05$), из которых четвертая часть — серонегативны по отношению к дифтерийному анатоксину.

Оценка уровня противостолбнячного иммунитета (рис. 2) показала, что все дети контрольной группы защищены от столбняка и имеют высокий титр противостолбнячных антител (1:160 и выше). В группе детей с

аллергией защитный титр противостолбнячных антител определен у 95,3% детей. Среди детей с атопическим анамнезом достоверно меньшее число пациентов имеют высокий титр противостолбнячных антител ($p < 0,05$), только в этой группе определяется титр антител к столбнячному анатоксину ниже защитного.

Несмотря на то, что средний уровень титра специфических антител имеет близкие значения у пациентов двух объединенных групп (с 2 до 5 лет), у детей с атопическим анамнезом снижение титра специфических антител с возрастом происходит значительно быстрее, чем у детей без атопии (рис. 3, 4).

Как видно на рис. 3, в возрасте 2 лет противодифтерийные антитела определяются у всех

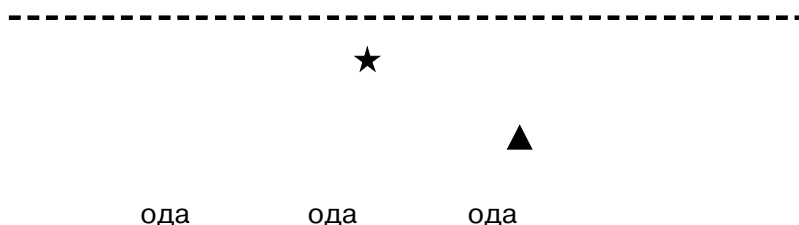


Рис. 3. Возрастная динамика титра ($\log_2$)
противодифтерийных антител у детей 2—5 лет:

★ — достоверность различий титра у детей двух групп, $p < 0,05$ по U-критерию Манна—Уитни, ▲ — достоверность снижения титра с возрастом, $p < 0,05$ по H-критерию Крускала—Уоллиса, $\log_2 \geq 5,75$ — защитный титр.

детей в высоком титре. В возрасте 3 лет титры антител сохраняются на высоком уровне и имеют близкие значения у детей двух групп. В 4 года титр противодифтерийных антител у детей с аллергией ниже защитного и достоверно ниже, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). В 5 лет у детей с atopическим анамнезом логарифм титра противодифтерийных антител значительно ниже защитного. У детей с atopическим анамнезом в период с 2 до 5 лет отмечается плавное снижение титра

противодифтерийных антител, достоверное по H-критерию Крускала—Уоллиса ($p < 0,05$), чего не выявлено у детей без atopии.

Распределение детей разного возраста с atopией в анамнезе по титру противодифтерийных антител выглядит следующим образом: защитный уровень титра в возрасте 2 лет имеют 100% детей, 3 — 80, 4 — 50, 5 лет — 25% детей, по сравнению со 100% детей без аллергии ($p < 0,05$ по критерию χ^2). У половины детей



ода

ода

ода

*Рис. 4. Возрастная динамика титра ($\log_2$)
противостолбнячных антител у детей 2—5 лет:*

★ — достоверность различий титра у детей двух групп, $p < 0,05$ по U-критерию Манна—Уитни.

с atopическим анамнезом в возрасте 5 лет титр противодифтерийных антител вообще не определяется.

Антитела против столбнячного анатоксина (рис. 4) зарегистрированы в высоком титре у всех детей от 2 до 5 лет без atopии в анамнезе.

У детей с atopическим анамнезом в возрасте 4 лет титр проти-

востолбнячных антител достоверно ниже, чем у здоровых ($p < 0,05$), но является защитным, а в возрасте 5 лет у 25% детей с atopическим анамнезом титр ниже защитного.

Важно отметить, что у детей 2 лет с atopическим анамнезом уровень специфических антител после ревакцинации даже выше, чем в группе сравнения. Быстрое сни-

жение титра поствакцинальных антител, по-видимому, связано с преобладанием Th2-поляризации иммунного ответа у детей с атопией, в результате чего, кроме антител класса IgG, характерных для вторичного иммунного ответа, вырабатываются и антитела класса IgE и IgM. Данный факт зарегистрирован и другими авторами [4]. Специфические антитела IgE и IgM снижаются в крови значительно быстрее, чем уровень IgG-антител, которые, благодаря клеткам памяти, могут присутствовать в крови много лет [1]. Возможно, преобладание Th2-поляризации иммунного ответа у детей с атопическим анамнезом является одной из причин ускоренного снижения титра антител после вакцинации [2]. Другой причиной может быть нарушение формирования клеток памяти. Кроме того, быстрое снижение титра может быть связано с уровнем стероидных гормонов, в частности кортизола. Известно, что кортизол влияет на анаболизм белков и активно участвует в регуляции Th1/Th2-поляризации иммунного ответа [3].

Выводы. Установлено, что состояние поствакцинального иммунитета у детей с атопией отличается от такового у сверстников без атопии. При этом защитный титр противодифтерийных и противостолбнячных антител выявляется у меньшего числа детей, реже

определяется высокая степень сероконверсии, происходит более быстрое снижение титра специфических антител в течение исследованного периода (дети от 2 до 5 лет). По-видимому, опора на микробиологическую стимуляцию у детей с атопией должна быть более значительной, чем у здоровых детей [5]. Введение в календарь прививок дополнительной ревакцинации АДС-М детям в возрасте 4 лет с атопией позволит создать надежный протективный иммунитет от данных инфекций.

Литература

1. Иммунопрофилактика-2003. Справочник / Под ред. В.К. Таточенко, Н.А. Озерецковского. М., 2003.
2. Симбирцев А.С., Зезюлин П.Н. Роль цитокинов в регуляции развития врожденного иммунитета // Russian Journal of Immunology. 2006. Vol. 9.
3. Ширшев С.В. Биосинтез и метаболическая инактивация основных гормонов и биологически активных соединений. Пермь, 2005.
4. Grøber C., Nilsson L., Björkstén B. Do early childhood immunizations influence the development of atopy and do they cause allergic reactions? // Pediatric Allergy Immunol. 2001. Vol. 12.
5. Soares A.P. Bacillus Calmette-Guérin vaccination of human newborns induces T cells with complex cytokine and phenotypic profiles // Immunology. 2008. Vol.180 (5).

Эпидемиологические и клинические особенности гепатита А в г. Перми

Лошкарёва В.Н.,

заместитель главного врача по лечебной работе,
МУЗ «Детская городская клиническая больница № 3»;

Семериков В.В.,

д-р мед. наук, главный внештатный эпидемиолог-эксперт,
Управление здравоохранения администрации г. Перми;

Софронова Л.В.,

д-р мед. наук, профессор;

Шарибзянова О.Ф.,

ординатор, Пермская государственная медицинская
академия им. академика Е.А. Вагнера, г. Пермь

В последние десятилетия в эпидемиологическом процессе гепатита А произошли существенные изменения. На фоне снижения показателей заболеваемости регистрируются вспышки заболевания в различных регионах страны, приводящие к значительному экономическому ущербу. При этом восприимчивость к гепатиту А чрезвычайно высока среди детей и взрослых. Вирус гепатита А может вызывать развитие клинически выраженного заболевания и бессимптомных форм. Гепатит А не приводит к развитию хронических форм инфекции, однако возможно развитие осложнений и затяжного течения болезни. Вакцинация против гепатита А — эффективный способ управления данной инфекцией.

Гепатит А — острое, циклически протекающее заболевание, вызываемое РНК-содержащим вирусом. В общей структуре заболеваемости гепатитом А на долю детей приходится более 60%. Чаще болеют дети в возрасте 3—6 лет [3]. Характерными эпидемиологическими особенностями гепатита А в настоящее время по-прежнему являются выраженные циклические колебания (чаще всего с интервалом в 5—6 лет) и осеннее-зимняя сезонность. В последние годы на многих территориях наблюдается активное вовлечение в эпидемиологический процесс лиц в возрасте 15—29 лет. Заболеваемость регистрируется в виде спорадических или эпидемиологических вспышек.

Гепатит А остается в РФ широко распространенной инфекцией.

ей, показатели заболеваемости которой значительно отличаются от тех, что имеют место в странах Северной и Западной Европы, США [2]. В последние годы в нашей стране имело место снижение показателей заболеваемости гепатитом А [5], однако в разных регионах периодически регистрируется повышение уровня заболеваемости. Так, в 2005 г. зарегистрирована вспышка в Нижнем Новгороде, Тверской области, в 2007 г. отмечался подъем заболеваемости в г. Перми, в январе 2010 г. отмечен значительный рост гепатита А в Москве, Саратовской области.

Заболеваемость гепатитом А на территории г. Перми за последние 20 лет носила неравномерный характер и имела отчетливую тенденцию к снижению, выявлены различия между минимальным и максимальным показателями в 85 раз: от 3,16 на 100 тыс. населения в 2009 г. до 268,3 на 100 тыс. — в 1995 г. Подъемы заболеваемости отмечались каждые 5—6 лет: в 1990, 1995, 2001, 2007 гг. Преимущественно превалировала заболеваемость детей в возрасте 3—6 и 7—14 лет. В 2008 г. была впервые реализована массовая иммунизация организованных детей в возрасте 3—6 лет и школьников 1—4-х классов г. Перми. Привито 38 150 детей и 7000 взрослых (персонал детских дошкольных учреждений и муниципальных общеобразовательных школ). В результате проведенной иммунизации уровень

заболеваемости гепатитом А в 2008 г., по сравнению с 2007 г., снизился в 6 раз. Заболеваемость в прививаемых группах снизилась в 10 раз. Среди неорганизованных детей в возрасте 3—6 лет, где иммунизация не проводилась, уровень заболеваемости снизился лишь в 2 раза ($p < 0,05$).

Восприимчивость к вирусу достаточно высокая. В последние годы появилось большое количество детей и взрослых, не имеющих антител к гепатиту А. Источником заражения является человек, больной типичной или стертой формой заболевания. Выделение вируса с мочой и фекалиями наблюдается еще до появления первых клинических симптомов болезни, наибольшая его концентрация бывает в преджелтушном периоде. Гепатит А — инфекция с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя инфекции. Пути передачи вируса: водный, пищевой, контактно-бытовой. Заболевание, как правило, начинается остро, с подъема температуры тела до 38—39° и появления симптомов интоксикации [4]. По данным инфекционного отделения МУЗ «Детская городская клиническая больница № 3», за период 2004—2010 гг. госпитализировано 86 детей до 14 лет. Дети в возрасте 3—6 лет составили $36,0 \pm 2,28\%$ от всех госпитализированных в отделение детей с гепатитом А. Среди детей данной возрастной группы, получавших лечение в отделении, $80,6 \pm 2,66\%$ посещали ДОУ. Контакт

с больным в семье имели $26,7 \pm 2,18\%$ наблюдаемых в инфекционном отделении детей с гепатитом А, в организованном детском коллективе — в $17,4 \pm 2,02\%$. Заражение при употреблении некипяченой воды было отмечено в $10,9 \pm 1,83\%$ случаев. Заболевания после посещения стран Средней Азии в $8,1 \pm 1,72\%$ случаях расценивались нами как завозные. Источник инфекции не удалось выявить в $37,2 \pm 2,28\%$ случаев.

Желтушная форма гепатита А диагностирована у $72,0 \pm 2,20\%$ пациентов. В среднетяжелой форме заболевание протекало у $51,2 \pm 2,32\%$ пациентов. Утяжеление клиники гепатита А совпадало по времени с периодом эпидемического подъема заболеваемости. В тяжелой форме гепатит протекал у $5,8 \pm 1,59\%$ пациентов отделения, $80,0 \pm 4,23\%$ случаев тяжелого течения инфекции отмечено в 2007 г. (год очередного эпидемического подъема заболеваемости). Затяжное течение гепатита А было отмечено у $12,8 \pm 1,90\%$ больных. После проведенного лечения жалобы при выписке отсутствовали у 100% детей. Увеличение размеров печени более 2 см оставалось к моменту выписки у $10,5 \pm 1,82\%$ пациентов. Нормализации лабораторных показателей к выписке также удавалось достичь не у всех больных: повышенный уровень билирубина оставался у $8,1 \pm 1,72\%$ детей,

тимоловой пробы — $82,6 \pm 2,02$, АЛТ — $38,7 \pm 2,29$, СОЭ — $62,8 \pm 2,28\%$ пациентов.

Все дети, перенесшие гепатит А, находились на диспансерном учете. После перенесенного заболевания оставался стойкий пожизненный иммунитет. Повторных случаев заболевания не зарегистрировано.

В настоящее время в России накоплено немало сведений о профилактической эффективности применения вакцин против гепатита А как для профилактики, так и для купирования вспышек этой инфекции. В РФ зарегистрированы и нашли применение 4 вакцины против гепатита А. Все вакцины, применявшиеся для купирования вспышек гепатита А, были слабореактогенны, поствакцинальных осложнений не зарегистрировано [5].

Вопрос о включении вакцинации против гепатита А в Национальный календарь профилактических прививок остается открытым.

Таким образом, несмотря на снижение уровня заболеваемости гепатитом А, в отдельных регионах нашей страны, в том числе и в г. Перми, периодически отмечаются значительные подъемы заболеваемости.

В настоящее время появилось большое количество детей и взрослых, не имеющих антител к гепатиту А. Гепатит А не имеет хронического течения, однако возможны осложнения и затяжное течение болезни. Эффективный способ профилактики гепа-

тита А — вакцинация населения, особенно организованных детей.

Литература

1. Быстрова Т.Н. и др. Эволюция проявлений эпидемического процесса гепатита А на территории крупного города европейской зоны России // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2004. Т. 5. № 18.

2. Михайлов М.И., Шахильдян И.В., Онищенко Г.Г. Энтеральные вирусные гепатиты (этиология, эпидемиология, диагностика, профилактика). М., 2007.

3. Учайкин В.Ф. Вирусные гепатиты А и Е у детей: Метод. пособие. М., 1992.

4. Учайкин В.Ф., Чередниченко Т.В., Ковалёв О.Б. Клиническое течение, отдаленные последствия и исходы гепатита А у детей // Педиатрическая фармакология. 2009. Т. 6. № 3.

5. Шахильдян И.В. и др. Эффективность вакцинации против гепатита А для профилактики и купирования вспышек в Российской Федерации // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2009. № 2.

Профилактика ОРВИ в ДОУ

Львова И.И.,

д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой детских инфекций, Пермская государственная медицинская академия им. академия Е.А. Вагнера;

Ершова О.Ю.,

педиатр дошкольного отделения, МУЗ детская «Городская поликлиника № 10», г. Пермь

Ежегодно в России регистрируется около 30—40 млн инфекционных больных. В структуре всех заболевших удельный вес детей составляет около 50%. Показатель заболеваемости в детском возрасте в 3 раза выше, чем у взрослых, приоритетное место занимают инфекционные заболевания, из них на первом месте — острые респираторные вирусные инфекции (90% случаев). Поэтому в детских организованных коллективах часто возникают вспышки ОРВИ и гриппа.

Тяжелые формы острых респираторных заболеваний, требующие госпитализации детей, составляют до 27,4% в Свердловском районе г. Перми. Среди госпитализированных детей преобладают осложненные формы ОРВИ в 48,5%, в основном у детей дошкольного возраста. В этой возрастной группе доля ЧБД составляет 14—19%.

Потребность в неспецифической иммунопрофилактике ОРВИ у детей дошкольного возраста круглогодичная. При этом остается актуальной задача рациональ-

ного подбора фармакологического средства. Ситуацию осложняют наблюдающаяся в последние годы резистентность ряда респираторных вирусов к химиопрепаратам, широкая распространенность аллергии и дисбиотических состояний. Внедрение в практику новых эффективных и безопасных лекарственных средств — актуальная проблема.

Внимание многих врачей обращено сейчас на современные гомеопатические препараты. Гомеопатия — область терапевтической медицины, в основе которой принципы подобия и использования бесконечно малых доз лекарственных веществ. Гомеопатия основана и разработана немецким врачом Самюелем Ганнеманом (1755—1843). Воздействие гомеопатических средств происходит не на биохимическом уровне, как у химиопрепаратов, а на структурно-молекулярном и электромагнитном, индивидуальном для каждого вещества и пациента. Современные комплексные препараты индивидуального подбора не требуют.

Таковыми являются препараты компании «Лаборатории Бурарон», зарегистрированные в России с 1995 г. и разрешенные к безрецептурному отпуску. Они не имеют противопоказаний, побочных эффектов, сочетаются с любыми лекарственными препаратами, могут применяться детьми любого возраста и беременными. Их эффективность подтверждена результатами многоцентровых

плацебоконтролируемых российских и европейских клинических исследований.

Препарат оциллококцидум специфически ингибирует репродукцию вирусов гриппа А и В в культуре клеток, подавляет вирусную репродукцию за счет ингибирования нейраминидазы.

Профилактическая эффективность оциллококцидума в отношении ОРВИ у дошкольников изучена нами в ноябре—декабре 2008 г. в двух группах МДОУ № 269 Свердловского района г. Перми при получении информированного согласия родителей. Метод выборки сплошной. Группы сопоставимы по возрасту и полу. Заболевания, по данным первичной медицинской документации, были представлены врожденными аномалиями, аллергическими болезнями, поражением ЦНС, рецидивирующими ОРВИ. На диспансерном учете состояли 15 из 20 детей основной группы и 12 из группы сравнения (табл. 1).

Сравнительный анализ заболеваемости детей ОРВИ в течение 3 мес. показал, что после профилактического приема оциллококцидума в основной группе болел только 1 ребенок в легкой форме, против 5 в группе сравнения (табл. 2).

При этом в основной группе произошло снижение заболеваемости ОРВИ в 8 раз, а средняя продолжительность болезни уменьшилась в 1,7 раза (табл. 3). Никаких побочных действий препарата, включая у детей с аллергией, не наблюдалось.

Таблица 1

Фоновые заболевания сравниваемых групп дошкольников

Диспансерная группа	Группы	
	основная (20 детей)	сравнения (20 детей)
Всего на диспансерном учете	15	12
Врожденные аномалии	5	4
Аллергические болезни	5	—
Поражение ЦНС	5	3
Группа ЧБД	6	5

Таблица 2

Сравнительный анализ заболеваемости в течение 3 мес. после профилактического лечения основной группы

Признак	Группы	
	основная (20 детей)	сравнения (20 детей)
Случаи ОРВИ	1	5
Средняя продолжительность ОРВИ (дней)	7	8
Степень тяжести	Легкая	Средняя — 2 случая (40%)
Общая заболеваемость	50 ⁰ / ₀₀	250 ⁰ / ₀₀

Таблица 3

Эффективность профилактики в основной группе

Признак	3 месяца до приема препарата	3 месяца после приема препарата
Случаи ОРВИ	8	1
Средняя продолжительность ОРВИ (дней)	12,1	7 (в 1,7 раза снизилась)
Степень тяжести	Средняя	Легкая
Общая заболеваемость	400 ⁰ / ₀₀	50 ⁰ / ₀₀

Таким образом, профилактическое назначение гомеопатического препарата оциллококцинум в ДОУ в предэпидемический период оказалось весьма эффективно. Снизилась заболеваемость ОРВИ, уменьшились тяжелые

случаи течения ОРВИ, средняя продолжительность болезни. Внедрение новой технологии профилактики ОРВИ гомеопатическим препаратом подтвердило ее безопасность, удобство применения, экономическую доступность.

Реабилитация детей с патологией органа зрения в условиях ДОУ

Невзоров И.В.,

врач-педиатр, главный врач;

Окишева Л.И.,

врач-офтальмолог, МУЗ «Детская городская поликлиника № 10», г. Пермь

Ретроспективный анализ заболеваемости детей, находящихся под наблюдением поликлиники, выявил тенденцию к увеличению патологии органа зрения в структуре заболеваемости. Удельный вес офтальмопатологии, по итогам углубленных медицинских осмотров детей дошкольного возраста, составляет 9—15%.

На качество жизни негативное влияние оказывают психоэмоциональные, стрессовые факторы, приводящие к развитию многих заболеваний, включая развитие патологии органа зрения. Существенно возросла зрительная нагрузка у детей дошкольного возраста: раннее начало подготовки к школе, использование компьютера, что особенно пагубно влияет на остроту зрения. По результатам опроса родителей, каждый второй дошкольник проводит за компьютером около одного часа ежедневно. По рекомендации Э.С. Аветисова, только дети с 8 лет и старше могут пользоваться компьютером, но не более 20 мин в день.

Острота этой проблемы послужила причиной создания в нашей поликлинике системы реабилитации детей с офтальмопатологией на базе ДОУ.

При выборе форм и методов работы учитывались:

- массовая распространенность нарушений зрения и групп риска по развитию этой патологии;
- создание групп и потоков с однородной патологией в условиях ДОУ.

В ДОУ № 50 с 1996 г. организованы группы для детей со сниженной остротой зрения и косоглазием. При оформлении ребенка в специализированное ДОУ учитываются состояние его здоровья и наличие патологии органа зрения. В детском саду дети получают многопрофильное лечение: офтальмологическую помощь под контролем врача-офтальмолога, а также логопедическую и психологическую, включая педагогическое сопровождение.

В специализированном детском саду 32—35 детей ежегод-

но получают как медикаментозное лечение (ирифрин 2,5% и тауфон 4% в инстилляциях, витаминны), так и лечение на аппаратах (бивизотренер, конвергенцтренер, монобиноскоп, синоптофор, амблиотренер, АСИР, АТОС с приставкой АМБЛИО-1, компьютерная программа: плеоптика, лечение косоглазия).

По нашим данным, эффективность работы за 2007—2009 гг. составила 80,5—81,9%. По итогам работы за 2009 г. у 78% детей повысилась острота зрения, в 50% случаев уменьшился угол косоглазия. У одного ребенка косоглазие исчезло. У 72% детей зрение стало одновременным и бинокулярным.

С декабря 2008 г. на базе ДОУ дополнительно стал использоваться передвижной кабинет охраны зрения для большего охвата детей с офтальмопатологией. Программа кабинета рассчитана для двух категорий детей: — со сниженной остротой зрения; — с положительным тестом Малиновского (группа риска по развитию миопии).

Цели программы предполагают повышение:

- показателей остроты зрения у детей I группы;
- резервов аккомодации у детей II группы.

Реабилитация детей проводится совместно с педагогическим персоналом и медицинскими

работниками образовательного учреждения.

Отбор для лечения осуществляет врач-офтальмолог из детей старших и подготовительных к школе групп детского сада. После осмотра формируются группы детей с положительным тестом Малиновского и со сниженной остротой зрения. Проводятся обучающие семинары для педагогического персонала. Разъясняется важность профилактики формирования патологии зрительного анализатора, персонал обучается гимнастике для глаз, упражнениям для мышц шеи и плечевого пояса. Также проводятся собрания, индивидуальные беседы с родителями, где разъясняется важность реабилитации ребенка с патологией органа зрения перед поступлением в школу. Разработаны специальные рекомендации для родителей, где указаны значимость общего укрепления организма, значение физической активности ребенка, рационального питания и соблюдения требований гигиены зрения.

Работа с детьми в группах включает:

- повышение уровня соматического здоровья детей;
- коррекцию питания;
- функциональные тренировки (комплекс упражнений для снятия зрительного напряжения, улучшения кровообращения и укрепления мышц глаза);

- медикаментозную терапию (тауфон 4% в инстилляциях в течение месяца);
- лечение на аппаратах АСИР и АТОС курсом 15—20 процедур 2 раза в год.

За 2009 г. пролечены 38 детей со сниженной остротой зрения и 52 ребенка с положительным тестом Малиновского.

Эффективность оздоровления в I группе: у 89,5% детей повысилась острота зрения, во II группе — у 94,2% детей с положительным тестом Малиновского

повысились резервы аккомодации.

Таким образом, работа специализированного детского сада и передвижного кабинета охраны зрения на базе ДООУ имеет положительный результат в решении проблемы по оздоровлению и лечению детей с офтальмопатологией перед поступлением в школу.

Выбранная нами система реабилитации детей с офтальмопатологией позволила получить высокую эффективность реабилитации при ее малозатратности.

Комплексный подход к реабилитации (абилизации) детей с церебральным параличом

Бронников В.А.,

д-р мед. наук, эксперт по Восточной Европе в области реабилитации, директор-врач, КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов»;

Тверская О.Н.,

канд. пед. наук, доцент, заведующий кафедрой логопедии, Пермский государственный педагогический университет, г. Пермь

Комплексная реабилитация и социальная интеграция детей с ограниченными возможностями — одно из приоритетных направлений государственной социальной политики РФ. С современных позиций методологической основой для нее должна стать международ-

ная классификация функционирования и здоровья — МКФ ВОЗ (2001), рассматривающая системные взаимодействия ее компонентов и контекстов, формирующих и влияющих на инвалидность.

Рассмотрим использование МКФ на примере детского це-

ребрального паралича (ДЦП), при котором наблюдаются множественные нарушения. При ДЦП повреждаются следующие анатомические структуры: корковые, подкорковые, стволовые структуры головного мозга. Нарушаются функции мышц, движений, приема пищи, иммунной и сердечно-сосудистой систем, дыхания, дефекации и т.д. Ограничиваются следующие виды активности: выполнение общих заданий и требований, мобильность, самообслуживание, бытовая жизнь и др. Ограничивается участие в межличностных взаимодействиях и общении (отношения с родителями и посторонними людьми в различных сферах жизни, жизни в сообществах, общественная и гражданская жизнь). Из факторов контекста влияние оказывают: психологические особенности; уровень эмоционально-волевого и когнитивного дефицита; уровень мотивации; выраженность невротизации; тип компенсации (гиперкомпенсации) болезни. Из средовых факторов влияют: ближайшее социальное окружение; учреждения; культурная среда, здания, жилище; политическая среда и т.д. В связи с этим программа реабилитации должна включать мероприятия, учитывающие все компоненты МКФ, и реализовываться на принципах комплексности, этапности, индивидуальности и мультидисциплинарного подхода.

На раннем этапе реабилитации (абилитации) детей с церебральным параличом должно уделяться внимание необходимо уделить анализу перинатальных факторов риска. Уже на этом этапе необходимо первичное прогнозирование тяжести заболевания. К настоящему времени установлено, что тяжесть исхода определяется качественными характеристиками конкретного пре- или интранатального фактора. Большое значение на данном этапе должно отводиться реализации программ раннего вмешательства. Позитивные перспективы комплексной реабилитации детей с ДЦП определяют возможность прогнозирования их двигательного развития. Корреляционная зависимость исхода заболевания от выраженности: поражения функциональных систем контроля вертикальной позы и произвольной моторики $r = 0,65$ ($p < 0,005$); спастичности $r = 0,95$ ($p < 0,03$); контрактур $r = 0,96$ ($p < 0,02$) в совокупности с качеством воспроизводимых двигательных актов формируют индивидуальный профиль двигательного развития в зависимости от тяжести повреждения мозга. Данные закономерности показывают, что наиболее эффективно изменить нейроэволюционную закономерность развития поврежденной функциональной системы можно только на ранних этапах ее развития. По мере «созревания» дизонтогенетически измененной функцио-

нальной системы (ФС) перевести ее на более благоприятную модель развития практически невозможно. В связи с чем не интенсивные, а постепенные и длительные абилитационно-реабилитационные воздействия формируют функциональные системы только по свойственному пути развития. Понимание и прослеживание данных процессов дает возможность планировать комплексные мероприятия по восстановительному, компенсаторному или адаптационному пути реабилитации, решая тем самым вопрос экономической оптимизации всего реабилитационного процесса.

Реабилитация, по определению ВОЗ, — комплексное и скоординированное использование медицинских, социальных, обучающих и профессиональных подходов с целью достижения высшей степени реализации функциональных возможностей социально дезадаптированной личности. В нашем случае социально дезадаптированной личностью является ребенок с ДЦП. Алгоритм (технология) комплексной реабилитации, как правило, включает следующие этапы:

- комплексную реабилитационную диагностику, учитывающую медицинский, психологический, социальный компоненты;
- анализ полученных данных с позиции МКФ;
- определение реабилитационного потенциала и постанов-

ка ближайшей и отдаленной целей реабилитации;

- составление индивидуального реабилитационного маршрута (программы);
- реализация программы комплексной реабилитации;
- корректировка программы комплексной реабилитации;
- оценка эффективности реабилитационной программы.

По завершении курса реабилитации в учреждении выделяют поддерживающий этап и этап социальной реинтеграции, охватывающие все компоненты социальной активности.

Комплексное реабилитационное воздействие у детей с ДЦП должно быть направлено на четыре основные функциональные системы:

- движения (моторики);
- сенсорной сферы;
- когнитивной сферы и речи;
- эмоционально-коммуникативной сферы и поведения ребенка.

Мотивация должна быть положена в основу достижения эффективности реабилитационного процесса.

Этапность в реабилитации церебрального паралича предусматривает: применение в *первые 2 года* стимуляционных методик, направленных на нормализацию психомоторного развития, развитие сенсорных и речевых функций; у детей *от 2 до 5 лет* — снижение патологически высокого

мышечного тонуса, развитие двигательных функций и профилактика контрактур; с 5 до 10 лет — коррекцию сформированного патологического паттерна движения, динамичных и фиксированных контрактур.

Современные реабилитационные учреждения должны осуществлять процесс реабилитации в соответствии с реабилитационными программами. К основным из них можно отнести программы:

- медицинского сопровождения*, направленную на полное или частичное восстановление (компенсацию) нарушенных функций и повышение адаптационно-компенсаторного резерва организма;
- кинезотерапии* для формирования или восстановления оптимальной двигательной активности (мобильности);

- эрготерапии* с целью обучения оптимальным адаптивным видам повседневной активности и независимого поведения;

- коррекции когнитивных функций;

- вербальной и невербальной коммуникации;

- психологического сопровождения*, включая членов семьи;

- предпрофессиональной ориентации;

- рекреационную*, направленную на улучшение социальных навыков, расширение опыта общения, игры, развлечения, т.е. на развитие и восстановление эмоционального ресурса;

- социальной помощи* для решения личных разовых и текущих социально-правовых проблем;
- образовательные* и т.д.

Мультидисциплинарный подход объединяет специалистов, работающих как единая команда (невролог, педиатр развития, логопед, дефектолог, медсестра, физиотерапевт, эрготерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе, желательно включение в состав бригады диетолога и др.) с четкой согласованностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход к реализации задач реабилитации. Если междисциплинарная команда не функционирует, качество реабилитационного процесса должно быть поставлено под сомнение.

Медицинские аспекты реабилитации включают прежде всего медикаментозное сопровождение. Следует отметить, что медикаментозная терапия — нейрометаболический и регуляторный фон, способствующий формированию функциональных систем мозга и снижающий выраженность различных сопутствующих синдромов. При легком и среднетяжелом течении ДЦП акцент должен делаться на восстановительном пути реабилитации, при тяжелом — как на восстановительном, так и компенсационном, при очень тяжелом исходе — на адаптационном, направленном на обеспечение ухода, соматического и иммунологического благополучия.

В зависимости от тяжести ДЦП и соответственно разного реабилитационного потенциала определяются разный реабилитационный прогноз и социальный исход. Результаты наших исследований в этом направлении показывают, что относительно благоприятные прогнозы и исходы определялись в 41,5 и 32,3% наблюдений соответственно. Промоделировав данную ситуацию методом регрессионного анализа, мы спрогнозировали, что в случаях решения социальных проблем и создания определенных условий количество наблюдений больных ДЦП с благоприятным социальным исходом достоверно ($p < 0,005$) увеличивается. В связи с чем становится очевидно, что проблеме реабилитации (абилитации) детей с церебральными параличами, а более точно — всех детей, имеющих инвалидность с детства, необходимо решать с позиции социальной модели инвалидности, затрагивающей все общество в целом. В противном случае, все человеческие и экономические ресурсы, затраченные на абилитационно-реабилитационные мероприятия, даже несмотря на свою эффективность, не достигнут конечного результата, и в обществе будет продолжать витать миф о бесполезности и неспособности людей с ограниченными возможностями. Кроме того, проведение только реабилита-

ционных мероприятий и развитие системы реабилитации, но без создания условий для социальной интеграции инвалидов приведет к увеличению числа инвалидов, потенциально готовых к продуктивной трудовой деятельности или другим видам социальной активности. Увеличится дистанция между формально провозглашаемыми целями открытого общества для инвалидов, их максимального вовлечения во все сферы жизнедеятельности и реальной неготовности общества к участию инвалидов в общественном труде и общественной жизни. Количество лиц с ограниченными возможностями, невостребованных к трудовой деятельности, будет увеличиваться. Они будут иметь скорее продекларированные права, нежели реальные возможности для их реализации. Сохранятся условия для преобладания компенсационного подхода, когда провозглашаются высокие стандарты оказания социальных услуг, но не гарантировано их выполнение. В итоге сформируется и будет нарастать ситуация социальной напряженности.

Таким образом, реализация программ по созданию нормальной среды жизнедеятельности инвалидов должна быть неразделима от программ по их комплексной реабилитации, т.е. необходима не интеграция инвалидов в общество, а интеграция инвалидов и общества.

Модель комплексного патроната семей детей-инвалидов

Бронников В.А.,

д-р мед. наук, директор-врач, КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов», эксперт по Восточной Европе в области реабилитации детей, больных детским церебральным параличом;

Надымова М.С.,

клинический психолог, специалист по реабилитации инвалидов;

Тверская О.Н.,

канд. пед. наук, доцент, заведующий кафедрой логопедии, Пермский государственный педагогический университет, г. Пермь

Патронат — это целостная динамическая система взаимодействия социальной службы с социумом и с самим клиентом. Патронаж — одна из составляющих патроната, цель которого — оценить ситуацию в семье и обеспечить ее необходимой помощью. Социальный патронаж семей и детей — форма индивидуальной адресной социальной поддержки и предоставления необходимых услуг на длительной основе семьям и детям, попавшим в особо трудную и даже опасную, кризисную ситуацию, когда они не могут самостоятельно ее преодолеть. С точки зрения интенсивности, различают следующие формы комплексного социального патронажа.

Экстренный — когда семья посещается ежедневно или не

менее двух раз в неделю. Как правило, этот вид патронажа необходим, если родители ребенка-инвалида злоупотребляют спиртными напитками, оставляют детей без надзора и средств к существованию, а также в связи с временной невозможностью родителей в полной мере осуществлять уход за ребенком-инвалидом.

Срочный — посещение семьи регулярно один раз в неделю. Осуществляется в целях реализации мер индивидуальной программы комплексного патронажа семьи с ребенком-инвалидом, а также в рамках социальной реабилитации семьи, когда у несовершеннолетних детей отмечаются отклонения в поведении, они не посещают школу, бродяжничают, подвержены влиянию вредных привычек.

Обычный — семья посещается один раз в месяц. На этот режим семья переводится по завершении реализации мер индивидуальной программы комплексного патронажа семьи ребенка-инвалида.

Контрольный — посещение семьи осуществляется один раз в 3—6 мес. Как правило, это семьи, в которых установлен контакт с учреждениями различных ведомств для профилактических мероприятий в рамках реабилитации ребенка-инвалида, микроклимат в семье и взаимоотношения между родителями и ребенком-инвалидом налажены.

К основным функциям патронажа относятся:

- изучение и оценка ситуации клиента;
- воздействие и влияние на эту ситуацию;
- организация индивидуальной комплексной поддержки и процесс ее оказания;
- контроль за ходом реализации индивидуальной программы комплексного патронажа семьи с ребенком-инвалидом.

Можно выделить следующие принципы патроната и патронажа.

1. Уважение автономности семьи и личности ребенка-инвалида, их прав на свободный выбор своего пути развития, если только образ жизни родителей не угрожает жизни и здоровью ребенка-инвалида.

2. Индивидуальный подход с опорой на реально существующие возможности и ресурсы семьи, недопустимость навязывания семье чужих целей и задач.

3. Объективная оценка потребностей семьи, оказание ей помощи в решении проблем без стремления к неосуществимым целям и придуманным образам, в рамках принятия собственной жизни каждым членом семьи во всех ее проявлениях, с осознанием имеющихся трудностей.

4. Реалистичность требований и задач, которые специалисты раскрывают перед семьей, исходя из реальных условий и желания помочь семье преодолеть все трудности, раскрыть ее внутренние ресурсы.

5. Разделение ответственности между клиентом и специалистом, постепенная передача ее клиенту.

Комплексный патронат семей детей-инвалидов ставит своей задачей создание условий, которые бы в максимальной степени стимулировали собственную активность семьи, направленную на самостоятельное исследование и решение проблем, связанных с инвалидностью ребенка. Комплексный патронат семей детей-инвалидов необходимо рассматривать как функционально-динамическую модель (см. таблицу), состоящую из следующих компонентов:

- цель;
- субъект патроната (семья ребенка-инвалида);
- содержание мероприятий;
- процесс проведения комплексного патроната;
- субъекты, реализующие модель комплексного патроната;
- организационные формы и методы комплексного патроната.

**Компоненты функционально-динамической модели
комплексного патроната семей детей-инвалидов**

Этапы	Цель	Семья детей- инвалидов как субъект	Содержание мероприятий	Комплексный патронат		
				Процесс проведения	Субъекты	Организа- ционные формы и методы
1	2	3	4	5	6	7
Диагно- стика	Выявление семей детей-инвалидов (СДИ) и диагности- ка их индивидуаль- ных особенностей и потребностей	Участие в процессе комплекс- ной диагно- стики	Определение потенци- альных возможностей семьи детей-инвалидов при помощи комплекс- ной диагностики	До и после уста- новления инва- лидности ребенку	Медицинский персонал, психологи, логопеды, дефектологи, социальные работники, семья детей- инвалидов	Индивидуаль- ная работа: — анкетирова- ние; — тестирова- ние; — беседа; — наблюдение
Индиви- дуальная про- грамма ком- плексно- го па- троната	Построение индиви- дуальной программы комплексного патро- ната семьи детей- инвалидов на основе комплексной диагно- стики индивидуальных особенностей и потребностей субъ- екта	Участие в разработке индивиду- альной про- граммы комплекс- ного патро- ната	Составление индивиду- альной программы ком- плексного патроната с учетом индивидуальных особенностей и потреб- ностей семьи детей- инвалидов, характера и степени выраженности нарушений у ребенка- инвалида	Формирование положительных установок психо- профилактики и предотвращение отказа от ребен- ка-инвалида	— // —	Конструирова- ние индивиду- альной про- граммы ком- плексного па- троната на ос- нове взаимо- действия всех субъектов ком- плексной реа- билитации

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6	7
Реализация индивидуальной программы комплексного патрона	Комплексный патронаж в соответствии с разработанной индивидуальной программой для семьи детей-инвалидов	Активное участие в реализации индивидуальной программы комплексного патрона	Реализация задач каждого этапа комплексного патронажа в соответствии с разработанной индивидуальной программой	Осуществление мероприятий комплексного патронажа с учетом следующих принципов: — непрерывности; — преемственности; — комплексного характера; — этапности и индивидуального подхода	— // —	Индивидуальная и групповая работа
Оценочно-коррекционный	Оценка качества выполнения индивидуальной программы комплексного патронажа. Корректировка деятельности субъектов комплексной реабилитации	Участие в процессе оценки индивидуальной программы комплексного патронажа	Разработка и уточнение критериев эффективной реализации индивидуальной программы комплексного патронажа. Оценка качества и эффективности ее реализации. При необходимости корректировка содержания данной программы	Контроль динамики хода выполнения индивидуальной программы комплексного патронажа, внесение в нее дополнений и изменений	— // —	Индивидуальная работа: — анкетирование; — тестирование; — беседа; — наблюдение; — экспертная оценка; — консилиум специалистов

1	2	3	4	5	6	7
Завершающий (итоговый)	Завершение программы комплексного патроната в случае исчерпания реабилитационного потенциала семьи ребенка-инвалида, либо достижение им максимально возможной самостоятельной жизни (полная социализация)	Участие в различных сферах жизнедеятельности	Консультации и рекомендации	Помощь по показаниям. Консультативная работа	— // —	Посещение специалистов для получения консультаций и рекомендаций

Каждый этап патроната направлен на решение задач комплексной реабилитации семьи ребенка-инвалида и содержит разнообразные организационные формы и методы, направленные на достижение позитивного результата. Необходимо подчеркнуть, что модель построена таким образом, что при ее успешной реализации у семьи ребенка-инвалида повышается активность, создаются положительные личностные установки, вырабатывается

новая линия поведения, укрепляется уверенность в своих силах, а это залог успешной реабилитации ребенка-инвалида.

Для успешной реализации данной модели среди субъектов комплексного патроната необходимо выделить основного субъекта, выполняющего координирующую и методическую роль, и субъектов-партнеров, реализующих все этапы комплексного патроната непосредственно в местах проживания семьи

ребенка-инвалида. В качестве *основного субъекта* может выступать Краевой центр комплексной реабилитации инвалидов (КЦКРИ), в качестве *субъектов-партнеров* — центры реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями в тех территориях, где данные центры имеются, или территориальные центры комплексного социального обслуживания, имеющие в своей структуре отделения реабилитации. В качестве субъектов, реализующих мероприятия комплексного патроната, могут быть филиалы (отделения медико-социальной реабилитации) Краевого центра комплексной реабилитации инвалидов.

При функционировании такой организационно-структурной модели взаимодействия субъектов комплексного патроната необходимо выделить основные направления деятельности КЦКРИ:

- разработка и внедрение новых реабилитационных технологий с семьей;
- методическая работа с субъектами-партнерами;
- организация повышения квалификации специалистов, работающих с ребенком-инвалидом и его семьей;
- мониторинг эффективности комплексного патроната.

Основные направления деятельности субъектов-партнеров:

- выявление семей, имеющих ребенка-инвалида;

- создание базы данных семей детей-инвалидов;
- разработка программы комплексного патроната с учетом рекомендаций индивидуальной программы реабилитации;
- проведение постоянных мероприятий комплексного патроната;
- организация эффективного взаимодействия с субъектами комплексного патроната других ведомств (организация эффективного внешнего реабилитационно-интеграционного пространства);
- организация и оказание реабилитационных услуг;
- оценка эффективности реабилитационных мероприятий и мероприятий комплексного патроната.

При реализации данных направлений первостепенное значение имеет формирование эффективного семейного реабилитационного пространства, включающего:

- оптимальный уровень психического и соматического здоровья родителей;
- оптимальные внутрисемейные отношения и типы воспитания ребенка-инвалида;
- информированность родителей о потенциальных возможностях ребенка и его перспективах развития;
- более высокий уровень педагогической, реабилитационной, социально-интеграционной компетентности.

Опыт организации и эффективность оздоровления детей на базе ДООУ г. Перми

Невзоров И.В.,

главный врач, МУЗ «Детская городская
поликлиника № 10»;

Исаева Н.Р.,

начальник отдела образования
Свердловского р-на, г. Пермь

ПЕДАГОГИКА

В условиях современной экологической ситуации проблема здоровья детей остается актуальной. Медицинские, социальные, демографические данные свидетельствуют о том, что только 14% детей России можно считать практически здоровыми, 51 — имеют функциональные отклонения в состоянии здоровья, 35% — хроническую патологию.

По мнению ученых, дошкольный возраст относится к так называемым критическим периодам жизни ребенка. Термин «критический возраст» введен учеными для характеристики тех фаз жизни ребенка, когда он особенно чувствителен к повреждающим влияниям, что приводит к формированию отклонений в здоровье, аллергических реакций и хронических соматических заболеваний. Также немаловажна и проблема адаптации ребенка при поступлении в ДООУ. Не секрет, что как только ребенок начинает посещать детский сад, он сразу же начинает болеть. Это связано с нарушением способности детского организма адекватно реагировать на изменившиеся условия окружающей среды. Адаптация ребенка к новым условиям зависит не только от индивидуальных особенностей детского организма, но и своевременного и правильного проведения оздоровительных мероприятий.

Вопросами оздоровления детей на базе дошкольных учреждений МУЗ «ДГП № 10» начала заниматься с 1990 г. Поликлиника обслуживает 37 МДОУ с количеством 5700 детей. При проведении анализа заболеваемости детей в организованных коллективах было выявлено, что почти половина дошкольников относилась к катего-



рии часто и длительно болеющих. Поэтому на первом этапе на базе ведомственных дошкольных учреждений АО «Пермские моторы» для этих детей создавались санаторные группы, разрабатывалась система реабилитации, привлекались дополнительные кадры (медицинские сестры, физиотерапевты, психологи, массажисты, инструкторы ЛФК). Через год удельный вес ЧБД снизился в 1,8 раза. Однако эта проблема и сейчас остается актуальной, поэтому оздоровление детей данной группы проводится постоянно (табл. 1). Основными показателями эффективности проводимой нами работы являются значительное снижение уровня заболеваемости и уменьшения пропусков по болезни.

В последние годы в структуре заболеваемости дошкольников отмечается рост числа детей, имеющих аллергическую настроенность, ту или иную патологию со стороны нервной системы, страдающих бронхиальной астмой. Это послужило основанием для создания профильных санаторных групп и новых специализированных групп на базе ДОУ.

С 1997 г. перепрофилирован детский сад № 70. Приоритетным

направлением его работы стало оздоровление детей с аллергической патологией: бронхиальная астма и аллергические дерматиты. Детский сад посещают 80 детей. Ежегодно получают реабилитацию 24 ребенка (30%) с бронхиальной астмой (в том числе 4 ребенка-инвалида), 56 детей с atopическим дерматитом (70%). Дети данного учреждения имеют сочетанную патологию: рецидивирующий обструктивный бронхит, аллергический ринит, анемия и др. Нами разработана многоэтапная программа оздоровительных мероприятий.

1. Щадящий антигенный режим: — организация лечебного питания: лечебная диета № 2 предусматривает исключение из рациона облигатных аллергенов I группы (цитрусовые, шоколад, кофе, какао, мед, грецкие орехи, курица, рыба, куриные яйца), трех наиболее аллергенных продуктов из II группы (коровье молоко, сахар, морковь), ограничение на 50% употребления остальных четырех облигатных аллергенов из II группы (греча, изделия из пшеничной муки, картофель,

Таблица 1

**Эффективность оздоровления часто
и длительно болеющих детей**

Показатели	До оздоровления	После оздоровления
Заболеваемость (в случаях)	2263	1543
Пропущено дней по болезни за год	20 008	13 074
Показатель заболеваемости	3275‰	2233‰
Пропущено дней на 1 ребенка	29,0	18,9

яблоки), включающихся в рацион 1 раз в неделю. Параллельно элиминации подбираются соответственно по питательной ценности другие переносимые продукты, предусматриваются определенные технологические особенности приготовления блюд;

— организация гипоаллергенного быта — отсутствие животных, шерстяных ковров, пуховых подушек, дважды в день проводится влажная уборка.

2. Элиминация биологически активных веществ и продуктов нарушенного метаболизма, а также ликвидация синдрома экзогенной интоксикации достигаются увеличением водной нагрузки, проведением курсов энтеросорбции препаратом полисорб: всем детям 2 раза в год (по показаниям при обострении атопического дерматита).

3. Санация очагов хронической инфекции.

4. Восстановление функции пищеварения за счет нормализации микрофлоры кишечника, коррекция процессов пищеварения и всасывания, восстановление функции печени и коллоидного состава желчи.

Всем детям 2 раза в год проводятся курсы лечения минеральной водой «Славяновская» в течение 1—1,5 мес., отваром овса — в течение 1,5 мес. Медикаментозные препараты назначаются индивидуально.

5. Коррекция патофизиологических и патохимических эффектов аллергических реакций:

— дети с атопическим дерматитом получают курсы кетотифена, антигистаминных препаратов III—IV поколения (кларитин, телфаст);

— дети с бронхиальной астмой получают базовую противовоспалительную терапию ступенчатого (согласно программе по бронхиальной астме).

6. Коррекция иммунологических нарушений и метаболическая:

— повышение неспецифической защиты организма: курсы адаптогенов (1—2 раза в год), микроэлементов (неоселен, йод). Дотация по йоду в профилактической дозировке осуществляется в течение 6—9 мес.;

— закаливающие процедуры: воздушные ванны, хождение босиком, полоскание горла йодобромной водой, обливание водой, топтание на снегу.

В детском саду проводятся массаж грудной клетки (2 раза в год), мануальная терапия (1 раз в год), ЛФК с элементами дыхательной гимнастики, лечебная гимнастика по Стрельниковой (ежедневно), спелеолечение. Специфическая иммунотерапия осуществляется индивидуально, с учетом анализа крови (иммунограммы).

7. Коррекция психологических расстройств, вегетососудистых нарушений. Назначение медикаментозных препаратов по рекомендации врача-невролога, кардиоревматолога.

Благодаря проводимой ежегодно оздоровительной работе наблюдается выраженная положительная динамика в состоянии

здоровья детей. В дальнейшем они могут обучаться не только в общеобразовательных школах, но и школах с углубленным изучением предметов, требующих повышенной умственной и физической нагрузки.

Оценка эффективности проводится по итогам года по следующим критериям:

физическое развитие. До поступления в санаторную группу детского сада лишь 70% детей имели нормальное физическое развитие. Перед поступлением в школу уже 85% детей имеют нормальное физическое развитие;

динамика течения основного заболевания. До проведения оздоровления каждый третий ребенок имел 4—5 эпизодов обострений заболеваний за год. После оздоровления в 80% случаев аллергодерматозы протекали лишь с 1—2 обострениями в год, а у половины детей, страдающих бронхиальной астмой, наблюдался переход заболевания в более легкую форму;

заболеваемость. Отмечается ежегодное снижение заболеваемости на 32% в случаях и на 50% в днях по сравнению с началом года после проведения оздоровительных мероприятий;

охват профилактическими прививками. Дети с аллергической настроенностью относятся к высокой группе риска по развитию поствакцинальных осложнений и имеют длительные медицинские отводы от прививок. В результате проводимых оздоровительных мероприятий все дети получают

плановую вакцинацию против детских инфекций согласно календарю профилактических прививок (по индивидуальному плану).

В последние годы наблюдается увеличение числа неврологических заболеваний. Если в 2005 г. удельный вес неврологических отклонений у дошкольников составлял 11,3%, то в 2008 г. — 16,65%. Поэтому уже с 2007 г. в двух детских садах были организованы санаторные группы для детей с неврологической патологией. Ежегодно получают оздоровление 72 ребенка (табл. 2).

Дети осматриваются неврологом и педиатром 1 раз в месяц, по показаниям — окулистом, ортопедом. Все дети обследованы мануальным терапевтом. В течение года проводились занятия с логопедом. Лечебно-оздоровительная программа для таких детей включает:

- медикаментозную терапию курсами 2 раза в год. Индивидуально, с учетом основного диагноза, дети получают ноотропные и седативные препараты, ангиопротекторы, витамины группы В, Е и др.;
- физиотерапию (электрофорез и СМТ-форез лекарственных препаратов 1 раз в год, озокеритотерапию 1—2 раза в год, магнитотерапию, УФО);
- бальнеолечение (седативные ванны). Занятия с инструктором в бассейне 1 раз в неделю;
- массаж 2 раза в год (курс 8—12 процедур);
- лечебную физкультуру с инструктором ЛФК.

Таблица 2

**Нозологические формы неврологической
патологии детей санаторных групп**

Нозологическая форма	Количество детей
ДЦП, гемипаретическая форма	2
Неврозы и неврозоподобные состояния	21
Задержка речевого развития, дизартрии	10
Цереброастенический синдром	7
Синдром дефицита внимания	6
Последствия натальной травмы шейного отдела позвоночника	18
Восстановительный период после сотрясения мозга	3
Синдром нарушения осанки	5

Эффективность лечебно-оздоровительных мероприятий в неврологических группах составляет 97%. Критериями оценки эффективности являются отсутствие жалоб детей и данные объективного осмотра. У детей уменьшились жалобы на головные боли, нормализовался сон, улучшилась память, снизилась утомляемость. Помимо этого, отмечаются улучшение осанки, походки, уменьшение выраженности тиков, позитивное эмоциональное настроение ребенка; во время занятий — улучшение звукопроизношения и концентрации внимания.

Выводы

1. Благодаря оздоровительной работе у 80% детей наблюдается выраженная положительная динамика в течении бронхиальной астмы и атопического дерматита. Дети социально адаптированы и могут посещать после окончания детского сада не только общеобразовательные учреждения, но и школы с углубленным изучением предметов,

требующих повышенной умственной и физической нагрузки.

2. Всем детям с аллергическими заболеваниями удастся провести плановую вакцинацию.

3. На 30% снизилась заболеваемость в группе детей с аллергодерматозами.

4. Эффективность проводимой оздоровительной работы в неврологических группах составила 97% и выражалась в купировании основных жалоб и положительных изменений в неврологическом статусе.

Таким образом, эффективность реабилитационных мероприятий у дошкольников по непосредственным и отдаленным результатам имеет положительное значение. Основное содержание этой работы — оптимизированный комплекс здоровьесберегающих технологий через межведомственное сотрудничество системы здравоохранения и образования с привлечением родителей, начиная с момента поступления ребенка в ДОУ.

Некоторые аспекты оценки школьной зрелости детей

Аверьянова Н.И.,

д-р мед. наук, профессор, заслуженный врач России, академик РАЕ и МАНЭБ, заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней, факультетской педиатрии и сестринского дела в педиатрии;

Иванова Н.В.,

канд. мед. наук, врач высшей категории, доцент кафедры пропедевтики детских болезней, факультетской педиатрии и сестринского дела в педиатрии, Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера;

Митирева М.А.,

заведующий отделением организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях № 1, МУЗ «ГДКБ № 9 им. П.И. Пичугина», г. Пермь

При современных школьных нагрузках изучение готовности выпускников ДООУ к школе весьма актуально. Нами обследованы 35 детей — 16 мальчиков и 19 девочек. При оценке биологического возраста использовали следующие критерии: рост ребенка, темпы прибавки в росте за последний год, сроки прорезывания постоянных зубов, филиппинский тест и пропорции тела. Физиологическую школьную зрелость определяли общепринятыми методами, которые включали тест Керна—Ирасека, мотометрический тест, проверку чистоты звукопроизношения. Психологическую готовность ребенка к обучению в школе оценивали следующим образом: 10 заданий различного характера, результат

которых позволил оценить уровень интеллектуального развития ребенка. Также использовались тесты на тревожность, двигательную расторможенность (гиперактивность), составлялась таблица для оценки внимания (распределение и концентрация), тест на выбор фигур (оценка мышления). Всем детям дана комплексная оценка состояния здоровья.

Полученные результаты. Биологическое развитие соответствует паспортному возрасту у 82% детей (рост более 100 см, прибавка в росте за последний год более 4 см, нормальный темп прорезывания постоянных зубов, положительный филиппинский тест и соответствующие пропорции тела). У 13% детей биологический возраст опережает

паспортный (за счет ростовой прибавки и раннего прорезывания постоянных зубов). Наконец, у 5% обследованных биологический возраст отстает от паспортного (прибавка в росте за последний год менее 4 см, отрицательный филиппинский тест, полное отсутствие постоянных зубов).

Степень физиологической зрелости соответствовала готовности к обучению в школе у 85% детей. В остальных случаях дети набирали более 9 баллов за тест Керна—Ирасека, имелись дефекты звукопроизношения, либо нарушена мелкая моторика. Несколькими иначе дело обстояло с интеллектуальным развитием, психомоторной сферой и поведением: по результатам тестирования, проведенного совместно с психологом, готовы к обучению в школе лишь 45% детей.

По заключению медицинской комиссии, среди обследованных — детей с I группой здоровья нет; II группу здоровья имеют 63% детей (малые аномалии развития сердца, неврозоподобный синдром, дизартрия, пупочная грыжа, первичное инфицирование микобактериями туберкулеза). Из всех обследованных, отнесенных к II группе здоровья, 6% — длительно и часто болеющие дети (так называемые ЧБД). Еще 37% детей относятся к III группе здоровья (хронические пиелонефрит, цистит, гастроуденит, тонзиллит, аллергический дерматит, бронхиальная астма).

На основании проведенной комплексной оценки здоровья 69% детей не имеют медицинских противопоказаний для физической подготовки (основная группа для занятий физкультурой), 31% — дети с временными противопоказаниями в отношении величины и интенсивности физической нагрузки (подготовительная группа для занятий физкультурой).

По группам закаливания дети распределились следующим образом: I группа — здоровые, ранее получавшие закаливание дети, редко болеющие простудными заболеваниями — 31%; II группа — дети, впервые приступающие к закаливающим мероприятиям, составили 44% всех обследованных. Это дети с функциональными отклонениями в состоянии здоровья (частые респираторные инфекции, функциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, анемия, проявления аллергического дерматита, хронический тонзиллит, гипертрофия небных миндалин, аденоидные вегетации); III группа — дети с хроническими заболеваниями и после длительного их лечения составили 25% от всех обследованных.

Таким образом, были получены следующие результаты.

1. У 95% детей подготовительной к школе группы биологическое развитие соответствует паспортному возрасту.

2. По уровню физиологической зрелости готовы к обучению в школе 85% детей.

3. Психологически готовы к обучению в школе лишь 45% детей.

4. В основной физкультурной группе могут заниматься 63% детей, еще 37% отнесены к подготовительной физкультурной группе.

Практические рекомендации. Перед поступлением ребенка в школу важно своевременно выявить и провести коррекцию отклонений в состоянии здоровья и развития детей, иначе усвоение учебной программы и адаптация к школьному распорядку дня будут затруднительны. Поэтому своевременному определению функциональных отклонений в состоянии здоровья, нервно-психического и физического развития дошкольника должны способствовать диспансерный осмотр перед поступлением в школу. Одно из показателей эффективности диспансеризации в дошкольном возрасте — минимальное количество детей с первично выявленной патологией непосредственно при поступлении в школу. При обнаружении отклонений в развитии необходимых функций (например, моторики) требуется проведение индивидуальных упражнений или занятий с целью развития моторики мелких мышц кисти (рисование, лепка, игры с мелкими деталями конструктора, вы-

резание ножницами и др.) под контролем педагога и родителей. Занятия с целью устранения дефектов звукопроизношения должны проводиться врачом-логопедом. При необходимости показаны мероприятия по психологической коррекции. Важно настраивать родителей на необходимость организации рационального режима дня, питания у первоклассника. Рекомендуются проводить своевременное долговременное закаливание ребенка (не менее года): ходьба босиком, водные закаливающие процедуры, полоскание рта и горла водой со снижением температуры до 10 °С, влажные местные обтирания, местные обливания ног, ручные местные ванны, общие обтирания и обливания. Важное место среди организации двигательной активности детей занимают физкультурные занятия. Для детей 6—7 лет по времени они составляют 30—35 мин. Показан индивидуальный подход к ребенку: для малоподвижных детей нужно давать задания, сопровождающиеся активными движениями; для легковозбудимых детей показаны игры и упражнения, несколько тормозящие активные движения. Также необходимо организовывать в детском коллективе подвижные игры, воспитывающие выдержку, выносливость, дисциплинированность, благоприятно влияющие на умственное и нравственное развитие ребенка.

Адаптация детей с ОНР к условиям специализированного ДОУ

Ильина И.Ю.,

канд. психол. наук, доцент кафедры дошкольной педагогики и психологии, декан факультета педагогики и психологии детства;

Тверская О.Н.,

канд. пед. наук, доцент, заведующий кафедрой логопедии, Пермский государственный педагогический университет, г. Пермь

Общее недоразвитие речи (ОНР) — одно из наиболее распространенных нарушений речи у детей дошкольного возраста. Коррекция данного вида речевого нарушения происходит в условиях специализированных ДОУ, куда ребенок поступает с 5 лет сроком на два года по решению психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК), с согласия родителей либо лиц их заменяющих. Так, например, в 2008 г. только в г. Перми 450 детей были направлены ПМПК в группы для детей с ОНР. В логопедическую группу ребенок обычно приходит из массового ДОУ и вторично сталкивается с проблемой адаптации к дошкольному учреждению. Однако данная проблема недостаточно изучена в теории и практике дошкольной педагогики, логопедии, возрастной психологии и психологии детей с нарушением речи.

Понятие «адаптация» первоначально рассматривалось исследователями с точки зрения биологического приспособления к среде, но позднее стало широко использоваться в качестве теоретического понятия в психологических концепциях. Адаптация, срабатывая при нарушении равновесия между индивидом и средой (компенсаторные процессы происходят при нарушении равновесия по причине изменений, произошедших не в среде, а в самом индивиде), представляет собой приспособительные реакции системы (морфологические или поведенческие — в зависимости от уровня ее организации) на изменение среды существования. Таким образом, адаптация — приспособление организма к новой среде.

Различают адаптации:

физическую (изменение деятельности функциональных систем организма);

психическую (перестройка динамического стереотипа в соответствии с новыми требованиями окружающей обстановки);

социальную (установление оптимального взаимодействия личности и коллектива).

По характеру адаптации к условиям ДОУ выделяют четыре адаптационные группы: I — легкая, II — средняя, III — тяжелая, IV — очень тяжелая. Адаптация обычно протекает сложно, с массой негативных сдвигов во всех системах, на всех уровнях, но главным образом — на психоэмоциональном.

Целью исследования было выявление наличия проблемы адаптации ребенка 5 лет с ОНР к условиям специализированного ДОУ и оказание ему помощи средствами игротерапии.

Исследование проводилось на базе детских садов № 35, 137, 375 г. Перми. В нем приняли участие дети 5 лет из старших групп ДОУ с диагнозом ОНР III уровня — всего 61 ребенок (33 ребенка вошли в экспериментальную группу, 28 — в контрольную). Все дети до этого посещали детский сад два-три года, но из-за проблем речевого развития вынуждены были перейти в другое ДОУ или поменять только группу (ДОУ комбинированного типа).

Первичное исследование проводилось в сентябре 2008 г., повторное — в конце октября 2008 г. Для исследования адаптации детей к

условиям ДОУ применялась методика «Дом. Дерево. Человек» (ДДЧ) (Дж. Бак, 1948). Для количественной оценки теста ДДЧ качественные показатели были сгруппированы в следующие симптомокомплексы: незащищенность, тревожность, недоверие к себе, чувство неполноценности, враждебность, конфликт (фрустрация), трудности в общении, депрессивность. А.И. Баркан выделяет целый ряд необходимых показателей, достаточно информативно характеризующих особенности поведения и проявление эмоций у ребенка, адаптирующегося к новому организационному коллективу. На их основе может быть создан эмоциональный профиль (портрет) ребенка: отрицательные и положительные эмоции, страх, гнев, социальные контакты и навыки, познавательная деятельность, особенности речи, двигательная активность, сон, аппетит. Воспитателям, специалистам ДОУ и родителям предложены анкеты, опросники, дневники наблюдений, в которых они описывали эмоциональный портрет ребенка. Кроме того, изучались и учитывались анамнестические факторы риска (антенатальные, интранатальные, постнатальные), практически всегда имеющиеся у детей с ОНР, осложняющие адаптацию ребенка к образовательному учреждению. Учитывались также модально-специфические и модально-неспецифические особенности

дизонтогенеза детей с нарушениями речевого развития.

Результаты проведенного исследования показали следующее. *Экспериментальная группа:* к I адаптационной группе относятся 3 ребенка (9%), ко II — 22 (67%), к III — 8 (24%), а в IV адаптационную группу не вошел ни один ребенок. *Контрольная группа:* к I адаптационной группе относятся 7 (25%) детей, ко II — 18 (64%), к III — 3 (11%), в IV группу также не вошел ни один ребенок.

Результаты исследования говорят о проблеме адаптации детей 5 лет с ОНР к условиям специализированного ДОУ. Для решения этой проблемы нами апробирована программа с использованием методов игротерапии Е.О. Смирновой (2007). При помощи игр дети:

- учатся взаимодействию с воспитателями, специалистами ДОУ (логопед, психолог и др.) и другими детьми;
- учатся чередовать виды деятельности;
- знакомятся с правилами поведения в специализированном детском учреждении;
- привыкают к дисциплине и организованности.

Занятия с детьми с ОНР по коррекции речи начинаются со второй половины сентября, после проведения диагностических мероприятий, а сроки адаптации

могут растянуться до месяца и больше. Трудности адаптации не только усложняют процесс диагностики, но и создают определенные сложности при проведении коррекционно-развивающих занятий. Поэтому в программу мероприятий по адаптации необходимо включить логопедические моменты. Кроме того, игры, направленные на развитие адаптационных процессов, могут иметь общую лексическую тему с логопедическими занятиями.

Работу по адаптации детей с ОНР к условиям ДОУ (на основе методов игротерапии) можно разделить на шесть этапов, продолжительность каждого из них — неделя.

Основная задача *первого этапа* — формирование внимания к сверстникам. Подстраиваясь к другому ребенку и уподобляясь ему в действиях, дети учатся замечать мелкие детали движений, мимики, интонаций своих сверстников. На этом этапе можно использовать такие игры: «Жизнь в лесу», «Глухие телефоны», «Лови — не лови», «Робот», «Волшебник», «Прилипшая рука», «Жмурки с голосом» (также имеют логопедическую направленность).

На *втором этапе* отрабатывается способность к согласованности движений, что требует ориентации на действия партнеров. Правила игр задаются таким

образом, что для достижения определенной цели (например, всем вместе изобразить сороконожку) дети должны действовать с максимальной согласованностью. Это требует от них, во-первых, большого внимания к сверстникам; во-вторых, умения действовать с учетом потребностей, интересов и поведения других детей. Такая согласованность способствует направлению внимания на другого человека, сплоченности действий и возникновению общности. Используются игры: «Здравствуйте, я овощ...», «Овощи», «Ласковые овощи», «Дракон», «Слепой и поводырь», «Осень», «Ладонь в ладонь», «Нарисуй узор», «Белые медведи» и др.

Третий этап предполагает погружение детей в общие для всех переживания — как радостные, так и тревожные. Создаваемое в играх мнимое чувство общей опасности объединяет и связывает дошкольников. Используются игры: «Фруктоводы», «Фруктоводы-2», «Биография по фото» и др.

На *четвертом этапе* вводятся ролевые игры, в которых дети оказывают друг другу помощь и поддержку в «трудных» игровых ситуациях (например, в игре нужно помочь перейти улицу старенькой бабушке или спасти кого-то от дракона, или вылечить ребенка). Используются игры: «Помощники», «Помощники-2» и др.

На *пятом этапе* становится возможным вербальное выражение своего отношения к сверстнику, которое, по правилам игры, должно иметь исключительно положительный характер (комплименты, добрые пожелания, подчеркивание достоинств другого). Например, нужно лучше всех похвалить своего соседа, найти в нем как можно больше достоинств. Задача данного этапа — научить детей видеть и подчеркивать положительные качества и достоинства других детей. Делая сверстнику комплименты, высказывая свои пожелания, дети не только доставляют ему удовольствие, но и радуются вместе с ним. Применяются игры: «Волшебный стул», «Комплименты» и др. Организуя игры на этом этапе, необходимо учитывать структуру речевого дефекта детей, им будет очень сложно подобрать слова для характеристики других детей, трудности возникнут и при формулировке пожеланий — скажутся проблемы развития лексико-грамматического строя речи.

На *шестом этапе* проводятся игры и занятия, в которых дети оказывают друг другу помощь в совместной деятельности (изготовление общих рисунков, поделок, подарков, собирание пазлов).

В специализированном ДООУ обучение детей предполагает освоение двух программ (общераз-

вивающей и коррекционной направленности). Это обстоятельство значительно увеличивает нагрузку на детей, что еще более усложняет адаптационные процессы. Мы считаем, что в адаптационный период для более успешной адаптации детей с ОНР к условиям ДОО необходимо проводить больше занятий интегрированного характера (например, по логопедической ритмике).

Огромное значение имеет и работа с семьей (родителями) детей с ОНР в этот период. С родителями проводятся беседы, анкетирование, консультации, разработаны рекомендации и памятки.

После реализации в экспериментальной группе программы по адаптации с детьми проводился

контрольный эксперимент. Были получены следующие результаты. *Экспериментальная группа:* к I адаптационной группе относятся 29 детей (88%), ко II — 4 (12%), в III и IV адаптационную группу не вошел ни один ребенок. *Контрольная группа:* к I адаптационной группе относятся 14 (50%) детей, ко II — 12 (43%), к III — 2 (7%), в IV группу также не вошел ни один ребенок.

Считаем, что описанный метод игротерапии можно рекомендовать для применения в условиях специализированных речевых ДОО. Необходимо вести дальнейшие поиски методов, приемов, форм работы по оптимизации процесса адаптации к ДОО детей с речевыми нарушениями.

Комплексная помощь детям раннего возраста с задержкой психомоторного и речевого развития

Гирилюк Т.Н.,

канд. пед. наук, доцент кафедры логопедии,
Пермский государственный педагогический университет,
г. Пермь

Актуальность проблемы организации ранней комплексной психолого-медико-педагогической помощи (КПМПП) детям раннего возраста с задержкой психомоторного и речевого раз-

вития связана с увеличением количества детей, родившихся с признаками перинатального поражения центральной нервной системы (ППЦНС) и отсутствием в РФ единой системы ранней

КПМПП детям младенческого и раннего возраста с нарушениями и отклонениями в развитии и их семьям.

В настоящее время перинатальная энцефалопатия (ПЭП) встречается в 83,3% случаев и является фактором риска возникновения у ребенка психической (в том числе речевой) и двигательной патологии, особенно при отсутствии своевременной психолого-медико-педагогической помощи.

Известно, что при условии раннего (с первых дней и месяцев жизни) адекватного лечения и коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими ПЭП, возможно восстановление их психоневрологического и соматического здоровья к трехлетнему возрасту. В сложившейся системе здравоохранения РФ не предусмотрено оказание ранней КПМПП детям и их семьям, а в системе образования специализированная помощь детям оказывается после 3 лет, когда дефект уже закрепился (например, детям с патологией речи помощь оказывается в 68% случаев после 5 лет) и теряется возможность пластичного изменения состояния ребенка, ухудшаются условия для компенсации и коррекции. Речевая, двигательная и другие патологии приводят к ограничению коммуникативных, когнитивных, деятельностных возможностей, социальной недостаточно-

сти, трудностям школьного обучения, ухудшению качества жизни ребенка.

Имеющийся отечественный опыт теоретического и практического обоснования необходимости ранней помощи основан на данных многолетней научно-исследовательской и практической деятельности сотрудников «Института коррекционной педагогики» РАО (Москва) и Института раннего вмешательства ИРАВ (Санкт-Петербург), разрабатывающих концепцию и внедряющих программы раннего выявления и коррекции различных отклонений в развитии у детей первых лет жизни.

В настоящее время разрабатывается федеральная система ранней помощи детям с особыми образовательными потребностями. Создан проект программы единой государственной системы раннего выявления и ранней специальной помощи детям с отклонениями в развитии. Опорными элементами создаваемой системы в регионах могут быть областные, городские и муниципальные психолого-медико-социальные центры, реабилитационные центры, психолого-медико-педагогические комиссии, группы кратковременного пребывания при общеобразовательных и специальных (коррекционных) дошкольных учреждениях. Служба ранней помощи должна предусматривать оказание помощи всей

семье, воспитывающей проблемного ребенка.

Однако наряду с позитивными процессами в сфере оказания ранней комплексной помощи детям отмечаются и следующие проблемы:

- отсутствие ранней КППМП во многих регионах РФ;
- недостаточность взаимодействия структур систем образования, здравоохранения и социального развития;
- отсутствие нормативно-правовой базы, недостаточность обеспечения методической и нормативной литературой;
- многие вопросы диагностической и коррекционно-развивающей работы с детьми младенческого и раннего возраста с ПЭП остаются недостаточно изученными;
- не налажена информационная база для населения о ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья;
- неполно представлены аспекты междисциплинарного взаимодействия специалистов и родителей в организации медико-психолого-педагогической реабилитации детей данной категории на ранних возрастных этапах;
- остро стоит проблема нехватки специалистов для работы с детьми младенческого и раннего возраста с отклонениями и нарушениями в развитии.

Особенно актуальны вопросы ранней диагностики и абилитации детей с перинатальным поражением центральной нервной системы (ПЭП, ППЦНС) и отклонениями в развитии (задержкой речевого и психомоторного развития), организации межведомственного взаимодействия в оказании КППМП детям и необходимой психолого-социальной работы с семьей, воспитывающей ребенка младенческого и раннего возраста.

Согласно современной нейропсихологической теории, высшие психические функции (в том числе и речь) — сложные формы сознательной психической деятельности, результат усвоения общественно-сформированных видов деятельности. Л.С. Выготский и А.Р. Лурия указывали, что высшие психические функции имеют сложное психофизиологическое строение, формируются прижизненно, под влиянием социальных факторов, опосредованы по своему психологическому строению (преимущественно речевой системой) и произвольны по способу осуществления.

Анализ научных источников свидетельствует о распространенности явлений задержанного или нарушенного развития корковых функций. *Речевой дизонтогенез* у детей представляется как сложное когнитивное расстройство, включающее избирательное нару-

шение речевой функции, а также отклонения неязыковых функций и процессов.

В литературе задержка речевого развития (ЗРР) рассматривается и как временное обратимое состояние, при котором наблюдается несформированность всех сторон речи, задержка темпов ее формирования (позднее начало речи и замедленный темп ее развития), и как системное нарушение, затрагивающее в различной степени все психические процессы и требующее воздействия не только на симптом (речевое расстройство), но и на причину, механизм недоразвития.

ЗРР может возникать вследствие ПЭП и сочетаться с задержкой психомоторного развития (ЗПМР). Нейропсихологический и психолингвистический анализ своеобразия становления речи ребенка при задержке психомоторного и речевого развития позволяет утверждать, что детям с данным нарушением свойственна определенная недостаточность в развитии моторной сферы, познавательных процессов, вербальных и невербальных средств общения и эмоционально-волевой сферы. Таким образом, преодоление ЗРР и ЗПМР у детей с ПЭП требует комплексного воздействия на речевую, познавательную, эмоционально-волевою, моторную, сенсорную и соматическую сферы. Для более полного

преодоления нарушений в развитии необходимо раннее выявление отклонений и целенаправленная медико-психолого-педагогическая работа.

В структуре отечественной системы здравоохранения, образования существуют специализированные учреждения для детей с отклонениями в развитии, но не все дети младенческого и раннего возраста охвачены своевременной коррекционно-развивающей работой. Большинство из них посещают детские поликлиники и общеобразовательные дошкольные учреждения, где отсутствует ранняя КППМП детям данной категории. Традиционные технологии ДОУ не учитывают особенностей детей с ЗРР и ЗПМР, что снижает эффективность развивающих мероприятий. В связи с этим возникает необходимость искать новые формы коррекционно-развивающей работы с детьми младенческого и раннего возраста.

Коррекционно-развивающую работу по преодолению ЗРР и ЗПМР у детей младенческого и раннего возраста с ПЭП необходимо строить с учетом основных положений специальной педагогики в области раннего вмешательства (раннее целенаправленное и дифференцированное «пошаговое» обучение; использование специфических методик, приемов, средств обучения; более глубокая

дифференциация и индивидуализация обучения; обязательное включение родителей в коррекционный процесс) и с учетом структуры нарушения.

В основу разрабатываемой модели комплексной помощи детям младенческого и раннего возраста с задержкой речевого и психомоторного развития легли следующие методологические принципы:

комплексности, заключающийся в медицинском и психолого-педагогическом воздействии на весь комплекс речевых и неречевых нарушений, основанном на согласованной деятельности всех специалистов (педиатра, невропатолога, психолога, логопеда, специального педагога, социального педагога, воспитателя) и родителей;

опоры на различные анализаторы, предполагающий участие в формировании высших психических функций зрительной, слуховой, кинестетической и двигательной функциональных систем. Коррекционно-развивающая работа строится, исходя из структуры дефекта с использованием сохранных функций;

поэтапности, обеспечивающий преемственность и непрерывность этапов коррекционно-развивающей работы. Освоение и отработка каждого умения и навыка, включение трудностей осуществляются в определенной последовательности, что обеспечивает их усвоение;

учета зоны ближайшего развития (по Л.С. Выготскому), предполагающий предоставление ребенку заданий определенного уровня, выполнение которых возможно с дозированной помощью со стороны взрослого. При этом учитывается уровень психомоторного и речевого развития ребенка;

усложнения материала, предполагающий постепенное включение трудностей в коррекционно-развивающую работу;

наглядности, предполагающий использование наглядных средств на занятиях с детьми, что обеспечивает усвоение содержания задания и достижение конкретного результата;

онтогенетический, требующий учета последовательности формирования психомоторной сферы и видов деятельности ребенка (в том числе речевой деятельности) в онтогенезе. При построении программы обучения необходимо соблюдать онтогенетическую последовательность при стимуляции психомоторного развития ребенка первых лет жизни;

анализа речевой патологии (по Р.Е. Левиной), предполагающий принципы:

а) развития (выявление причин патологии, первичных расстройств и вытекающих из них вторичных и третичных нарушений, что позволяет разработать и научно обосновать направления и содержание коррекционно-развивающего обучения),

б) системности (предполагающий учет отношений между структурными компонентами и нарушениями речевой функциональной системы; логопедическое воздействие было направлено на все компоненты речевой системы),

в) связи речи с другими сторонами психического развития (анализ связей, существующих между различными нарушениями в речевой, познавательной, моторной, эмоционально-волевой сферах. Поскольку речь ребенка развивается и функционирует во взаимосвязи со всей психикой, нарушения психических процессов могут вызывать задержку речевого развития);

реализации деятельностного подхода, предполагающий в младенческом возрасте эмоциональное общение со взрослым, в раннем возрасте — опору на предметную деятельность, способствующую психическому развитию ребенка в целом: развитию моторики, восприятия, мышления, речи, эмоциональной сферы и т.д.; необходимость целенаправленного коррекционно-развивающего воздействия для обеспечения условий формирования ведущей деятельности;

раннего выявления нарушений и раннего начала коррекционной работы, обеспечивающий возможность устранения и предотвращения патологических состо-

яний, обусловленных органическим поражением ЦНС, коррекцию их психофизического развития, а также предотвращение их инвалидизации. Раннее начало коррекционно-развивающей работы предупреждает появление вторичной задержки развития других функций и педагогической запущенности;

индивидуального и дифференцированного подхода. Реализация этого принципа осуществляется путем подбора упражнений с учетом индивидуальных возможностей ребенка и сложности дефекта, а также с учетом возрастных и типологических особенностей;

активного привлечения родителей (или лиц их заменяющих) к реализации психолого-педагогических мероприятий в рамках ранней помощи. Наиболее высокие результаты достигаются при сочетании семейного воспитания и помощи специалистов.

Система ранней КППМП детям младенческого и раннего возраста с отклонениями в развитии — специально организованное образовательное пространство, в котором центральное место занимает развивающее взаимодействие субъектов образовательного процесса (ребенка, родителей и специалистов) в условиях коррекционно-развивающей среды.

Модель системы ранней КППП

1. Развивающее взаимодействие субъектов (семья — ребенок — специалисты — социальные институты):

- комплексная помощь ребенку и семье (ранняя диагностика, лечение, обучение и воспитание, абилитация и социальная адаптация);
- повышение квалификации специалистов по вопросам ранней комплексной помощи детям с отклонениями в развитии;
- межведомственное взаимодействие;
- мониторинг эффективности системы ранней комплексной помощи.

2. Психолого-медико-педагогическая помощь ребенку:

- междисциплинарная диагностика (изучение состояния соматического, неврологического здоровья, особенностей развития речи и коммуникации, познавательных процессов, моторной сферы);
- медицинская помощь (медикаментозная терапия, массаж, ЛФК, физиотерапия, укрепление здоровья);
- психологическая помощь (нормализация психических процессов, свойств и состояний, социальная адаптация);
- коррекционно-педагогическая помощь:

а) условия (индивидуальная коррекционно-развивающая программа),

б) содержание (абилитация, развитие речи и коммуникации, познавательных процессов, моторной сферы, социальная адаптация),

в) методы (практические, наглядные, словесные),

г) формы (индивидуальные и подгрупповые занятия).

3. Психолого-медико-педагогическая помощь семье:

- диагностический компонент (диагностика детско-родительских отношений и особенностей личности родителей);
- психотерапевтический компонент (нормализация детско-родительских отношений и состояния родителей);
- педагогический компонент (обучение родителей развивающему взаимодействию с ребенком).

4. Коррекционно-развивающая среда:

- предметно-игровой компонент (пособия, игрушки, оборудование, развивающее пространство);
- социально-субъектный компонент (социальная ситуация развития, взаимодействие родителей и ребенка).

Анализ исследований по проблемам ранней помощи детям с нарушениями и отклонениями в развитии позволил выделить

следующие концептуальные положения КПМПП детям младенческого и раннего возраста с ПЭП, ЗРР, ЗПМР.

1. Дети младенческого и раннего возраста с ПЭП, ЗРР и ЗПМР представляют собой неоднородную группу по уровню речевого, познавательного, моторного и социального развития; для них характерны многовариантные сочетания нарушений различных функциональных систем.

2. Системная организация ранней помощи — основа для компенсации нарушений двигательного, познавательного и речевого развития, образования и социальной адаптации детей младенческого и раннего возраста с ПЭП, ЗРР и ЗПМР и носит комплексный (психолого-медико-педагогический) дифференцированный коррекционно-развивающий характер.

3. Диагностическая программа должна быть направлена на определение актуальных и потенциальных возможностей детей младенческого и раннего возраста с ПЭП, ЗРР и ЗПМР, выявление особенностей речевого, познавательного, двигательного и социального развития, осуществление дифференцированного подхода к лечебно-педагогической работе и разработку индивидуальных коррекционно-развивающих программ в системе ранней помощи.

4. Реализация функциональной модели ранней комплексной помощи детям с ПЭП, ЗРР и ЗПМР основана на междисциплинарном подходе и интеграции всех звеньев (диагностического, лечебно-восстановительного, психолого-педагогического, социального, семейного) процесса сопровождения такого ребенка в учереждениях реабилитации, семье.

5. Использование современных коррекционно-развивающих технологий ранней помощи детям с психическими, речевыми и двигательными расстройствами, создающих условия для эффективной компенсации нарушений, а также образования и социальной адаптации детей.

6. Организация междисциплинарного раннего сопровождения ребенка с ПЭП, ЗРР, ЗПМР единой психолого-медико-педагогической «командой» компетентных специалистов, а также раннее включение родителей и ближайшего окружения ребенка в коррекционно-развивающий процесс.

Реализация модели ранней КПМПП детям с задержкой психомоторного и речевого развития с опорой на принципы и концептуальные положения обеспечивает максимально возможную компенсацию нарушений, образование и социальную адаптацию детей уже на ранних этапах развития.

Оказание медицинской помощи в ДОУ детям с заболеваниями нервной системы

Репецкая М.Н.,

д-р мед. наук, профессор, врач высшей категории, заведующий кафедрой детских болезней лечебного и стоматологического факультетов, Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера;

Сенюшкин А.Н.,

врач высшей категории, главный врач;

Карнаухова С.Б.,

врач высшей категории, заведующий дошкольным отделением № 1;

Никитина Н.И.,

врач-педиатр, врач высшей категории, заслуженный врач России, МУЗ «Городская детская клиническая поликлиника № 1», г. Пермь

АКТУАЛЬНО



Детский сад компенсирующего вида № 222 обслуживает 60 детей, направленных психико-медико-педагогической комиссией (ПМПК).

Дети поступают с жалобами на отставание в нервно-психическом развитии, расторможенность, повышенную возбудимость, задержку или отсутствие речи, плохой сон, затруднение в общении с детьми и взрослыми, агрессивность, резкую утомляемость на занятиях.

Самыми распространенными диагнозами у детей являются последствия перинатальной энцефалопатии, задержка нервно-психического развития. Задачи медицинского персонала — уточнить причины возникновения тяжелых расстройств у детей, которые можно выявить на основании изучения форм № 026/у и № 112/у. Анализируется анамнез ребенка. Часто поступающий с диагнозом ПЭП ребенок имеет в анамнезе токсоплазмоз,

хламидийную инфекцию, сифилис и другие тяжелые заболевания, при своевременном лечении которых можно было бы добиться лучших результатов.

Важно обратить внимание на наличие результатов обследования ребенка в роддоме на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз. Наблюдалось позднее выявление ФКН (1 случай) и гипотиреоза (2 случая), что привело к необратимым процессам в головном мозге.

Кроме того, выявляется патология женщины во время беременности (водянка, угроза невынашивания, оперативные роды), со стороны ребенка — длительное управляемое дыхание от 2 недель до 1—1,5 мес., появление судорожных припадков сразу после рождения.

Большое значение имеет беседа с родителями с целью выяснения наследственной патологии. Выводится индекс отягощенности генетического анамнеза. За последние годы выявляется большое количество генетической патологии. Для точного установления диагноза важно медико-социальное исследование — возраст родителей (юные, возрастные), психо-эмоциональное состояние семей (неблагополучные), вредные привычки (алкоголизм, курение, наркомания), соблюдение режима дня, питания, личной гигиены.

Изучение социального статуса семей показывает, что в 2009 г. в ДОО поступили дети из полных семей, от молодых родителей (до

35 лет), имеющих в 70% случаев высшее образование и занятых интеллектуальным трудом, проживающих в благоустроенном жилье. Обращает внимание тот факт, что 57% детей, поступивших в ДОО, были от второго брака (первые дети — здоровые).

После сбора анамнеза идет углубленный осмотр ребенка с участием всех специалистов. Важно правильно оценить физическое развитие ребенка на основании антропометрических данных, их динамики и своевременно направить к специалисту для обследования и установления окончательного диагноза.

В 2009 г. 70% детей нуждались в уточнении диагноза, дополнительном обследовании и стационарном лечении (неврологическое, психоневрологическое отделения). Всего было зарегистрировано 326 хронических заболеваний, что составило 5,4 заболевания на одного ребенка. Структура заболеваний представлена в приложении 1.

В ДОО компенсирующего типа № 222 находятся дети с III и IV группой здоровья. В 2009 г. дети с III группой здоровья (хроническая патология в состоянии компенсации) составляли 78,4%, с IV (хроническая патология в состоянии декомпенсации) в ДОО поступили 21,6%, в основном дети-инвалиды.

На основании углубленного обследования и осмотра врачи дают рекомендации по режиму дня и прогулок, физической на-

грузке, закаливанию, питанию, повышению неспецифической резистентности организма, специфическому лечению (указываются консультации специалистов и кратность посещения их). Все эти данные оформляются в оздоровительный маршрут, который заполняется на каждого ребенка и отдается учителю-дефектологу. На основании этого составляются индивидуальный план работы, коррекционная развивающая программа. Назначенное медикаментозное лечение проводится как дома, так и в детском учреждении. Ведутся листы назначения.

Физиотерапевтическое лечение и массаж проводятся в детском саду 1—2 раза в год силами передвижного реабилитационного кабинета поликлиники. Индивидуальную программу медицинской реабилитации осуществляют педиатр, невролог, медсестра. Индивидуальную программу педагогической реабилитации проводят учитель-дефектолог, учитель-логопед, воспитатель, инструктор по физической культуре и музыкальный руководитель.

Психологическая реабилитация проводится педагогом-психологом. Модель взаимодействия специалистов в коррекции развития ребенка представлена в приложении 2.

На основании психолого-медико-педагогического консилиума создается личностная ориентированная программа для ребенка.

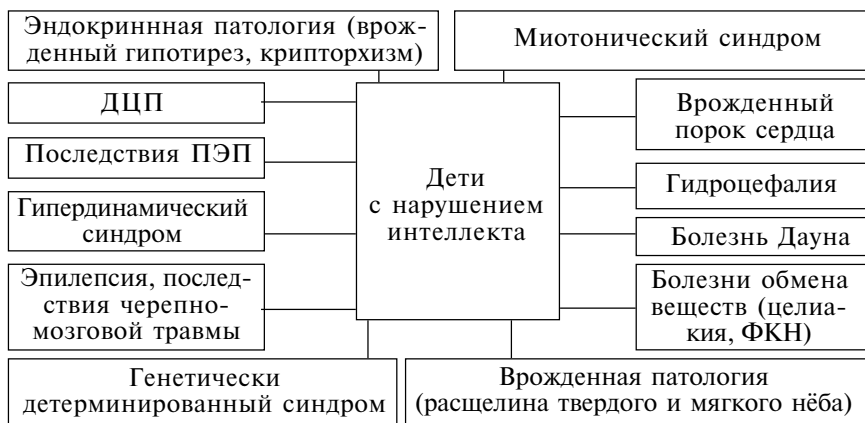
Работа медицинского персонала проходит в тесном контакте с

педагогами. Посещение занятий дает возможность выявить отклонения в состоянии здоровья, влияние проводимого лечения. Врач и медсестра посещают не только физкультурные занятия, но и музыкальные, логоритмику, занятия дефектолога, логопеда, воспитателя. В зависимости от состояния здоровья вносятся коррективы в схему лечения.

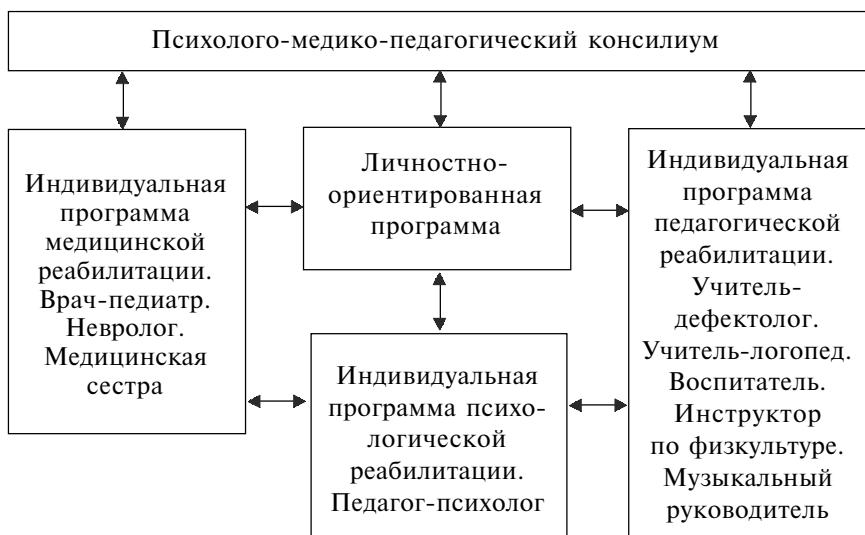
Очень важны для детей занятия логоритмикой как необходимый компонент в развитии психической и двигательной сферы ребенка. Посещая такие занятия, дети оживают, повышается их эмоциональный тонус, они успокаиваются (несмотря на то, что некоторые дети имеют диагноз гиперактивности, дефицита внимания). Неговорящие дети впервые после занятий логоритмики произносят первые звуки, слоги, слова. Физические и эмоциональные нагрузки нарастают постепенно, что положительно сказывается на функциях всех органов и систем ребенка (опорно-двигательный аппарат, дыхательная и сердечно-сосудистая системы). Занятия ведут к быстрой адаптации детей к дошкольному учреждению.

Анализ работы показывает, что большинство детей имеют улучшения в состоянии здоровья. За 2009 г. положительная динамика зафиксирована у 52% детей, отсутствие изменений отмечалось у 35%, ухудшение состояния — у 13% дошкольников.

Приложение 1

**Структура заболеваний,
способствующих нарушению интеллекта**

Приложение 2

**Модель взаимодействия специалистов
МДОУ «Детский сад № 222 компенсирующего вида»
в коррекции развития ребенка**

Оздоровление детей с использованием передвижного реабилитационного кабинета

Репецкая М.Н.,

д-р мед. наук, профессор, врач высшей категории,
заведующий кафедрой детских болезней лечебного
и стоматологического факультетов, Пермская государственная
медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера;

Сенюшкин А.Н.,

врач высшей категории, главный врач;

Карнаухова С.Б.,

врач высшей категории, заведующий
дошкольным отделением № 1;

Шадрина Е.А.,

врач I категории, заведующий дошкольным отделением № 2,
МУЗ «Городская детская клиническая поликлиника № 1»,
г. Пермь

В настоящее время оздоровление детей, посещающих ДОУ (ДДУ) в районе обслуживания МУЗ «ГДКП № 1» г. Перми, проводится с использованием передвижного реабилитационного кабинета (ПРК), организованного в дошкольном отделении.

Необходимость создания данного кабинета продиктована рядом причин, а именно:

- ухудшением состояния здоровья детей дошкольного возраста;
- ростом хронической патологии;
- снижением числа оздоровленных детей;
- недостаточным количеством ДОУ, имеющих собственную оздоровительную базу;

- сложными социально-экономическими условиями многих семей (невозможность приобретения путевок для детей в санатории, профилактории).

Задачи ПРК:

- увеличить охват оздоровлением организованных детей группы СЧЗ и детей, имеющих хроническую патологию;
- проводить своевременную санацию органов для профилактики хронической инфекции;
- осуществлять реабилитацию детей после перенесенных острых заболеваний.

В составе передвижного реабилитационного кабинета работают: врач-реабилитолог, медсестра физкабинета, медсестра массажа.

Кабинет оснащен необходимой физиотерапевтической передвижной аппаратурой:

- «Поток 2» (для проведения электрофореза);
- «Ультратон»;
- люстра Чижевского (для аэроионотерапии);
- портативный магнит;
- ингалятор «Омрон»;
- БОП (для проведения светолечения).

Оздоровление комплексное, с использованием фото- и витаминотерапии, гомеопатии, массажа.

Дети, подлежащие оздоровлению при помощи ПРК:

- посещающие санаторные группы ДОУ, где нет физкабинетов;
- группы СЧЗ и с другой патологией, нуждающиеся 2 раза в год в противорецидивном лечении;
- оздоровление детей в летний период.

Активную помощь в работе передвижного реабилитационного кабинета оказывают врач-педиатр и медсестра, курирующие данное ДОУ. Перед началом работы ка-

бинета проводится большая подготовительная работа с родителями, детьми и сотрудниками:

- собрания;
- индивидуальные консультации;
- индивидуальный подбор препаратов с учетом имеющейся у ребенка патологии;
- разработка индивидуальных программ оздоровления;
- рекомендации по дальнейшему оздоровлению.

Ежегодно в условиях передвижного реабилитационного кабинета оздоравливается около 700 чел.

По дошкольному отделению эффективность оздоровления в условиях передвижного реабилитационного кабинета в 2009 г. составила:

- снижение заболеваний в 47,7% случаев;
- снижение в днях по болезни — 50%.

Опыт работы показал экономическую эффективность использования данной формы оздоровления.

Роспотребнадзор сообщает

Значительное несоответствие гигиеническим нормативам показателей освещенности в детских и подростковых учреждениях (в 2 и более раз выше среднероссийского) зафиксировано в Республике Коми (29,45% замеров в 32,04% учреждений), Ненецком АО (28,20% замеров в 12 учреждениях из 37), Томской области (24,76% замеров в 35,29% учреждений), Республике Хакасия (23,94% замеров в 45,75% учреждений), во Владимирской области (23,28% замеров в 41,14% учреждений), в Ярославской области (20,78% замеров в 34,83% учреждений), Архангельской области (20,41% замеров в 45,08% учреждений). К недостаточной освещенности приводят несвоевременные и не в полном объеме проведенные замена и ремонт осветительного оборудования, несоответствие старых электросетей мощностям современных осветительных приборов.

Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2008 году»

Инновационные технологии дополнительного профессионального образования в сфере здравоохранения

Коренчук З.А.,

канд. мед. наук, чл. -корр. Академии медико-технических наук,
директор;

Гачегов М.А.,

канд. мед. наук, доцент, заместитель директора,
ГАОУ «Пермский краевой центр повышения
квалификации работников здравоохранения»;

Петухова В.М.,

заместитель главного врача поликлиники;

Трясцина М.А.,

заместитель главного врача по лечебной работе,
МУЗ «Городская детская клиническая больница № 18», г. Пермь

Дополнительное профессиональное образование (ДПО) — одна из основополагающих систем, обеспечивающих практическое здравоохранение квалифицированными кадрами, обладающими высоким уровнем профессиональных компетенций. В нашем обществе, как и в мире в целом, растет осознание необходимости непрерывного образования, в том числе и на основе андрагогической (andros — взрослый человек и agoge — руководство, воспитание) модели, поскольку для взрослого человека систематическое повышение профессионального уровня становится обязательным и естественным условием реализа-

ции его жизненных целей [1; 4]. В настоящее время, в период бурно развивающихся новых медицинских технологий, существующая система ДПО в сфере здравоохранения не всегда соответствует запросам заказчиков образовательной услуги. Необходимо поиск нетрадиционных подходов к образовательному процессу, который, с одной стороны, по всем параметрам компетенций удовлетворял бы работодателя (заказчика услуги), с другой — создавал бы для работника возможности повысить свой профессиональный уровень при минимальных материальных, временных и психологических затратах.

Здравоохранение — отрасль социальной сферы, в которой заняты не только медицинские работники (врачи, средний и младший медицинский персонал), но и специалисты ряда служб, деятельность которых во многом определяет результат лечебного процесса — того, что в конечном итоге характеризуется как качество жизни человека. Поэтому конкурентоспособный образовательный продукт с перспективой выживания в рыночных условиях должен сегодня соответствовать потребностям заказчика и потребителя, с интеграцией образовательных программ по всем направлениям, легко адаптироваться к постоянно меняющимся требованиям.

В системе ДПО основными видами образовательной деятельности являются, как известно, специализация и усовершенствование (от 72 до 100, от 101 до 500 ч), программы обучения в виде проблемных семинаров и тренингов продолжительностью менее 72 ч, а также профессиональная переподготовка специалистов (ППС) — более 500 ч.

Повышение квалификации базируется на принципах андрагогики, предполагающей взаимодействие обучающихся и обучающихся, активное участие слушателей во всех этапах образовательного процесса, гибкость его форм и методов, высокую практическую направленность, ориентированность на разнообразие образовательных потребностей.

На наш взгляд, внедрение так называемой накопительной (кредитной) системы может служить альтернативой традиционным формам ДПО [3]. Данная система предоставляет слушателям определенную свободу выбора графика посещения занятий, их тематики в рамках учебного плана. Это позволит, используя творческую деятельность обучающихся, сократить аудиторную нагрузку и ввести рейтинговую оценку для самостоятельного освоения той или иной темы в соответствии с учебным планом (в виде зачетных единиц).

Гибкость накопительной (кредитной) системы, особенно в рамках корпоративной формы обучения, будет способствовать интеграции деятельности образовательного учреждения и структур заказчика образовательной услуги. Механизм реализации данной системы предполагает ряд этапов: анализ потребностей заказчика услуги, ее проектирование; подготовку ресурсов; контроль освоения программы с учетом индивидуальной траектории обучения; оценку качества и формирование заказа на основе перспектив кадровой политики заказчика.

Заказчик образовательной услуги формулирует стратегическую цель инновационного развития учреждения, определяет перечень специальностей и направлений, контингент обучающихся. Образовательное учреждение на основе требований заказчика проектирует модель будущей системы и тех-

нологии обучения, разрабатывает подробный учебный план с указанием количества часов и тематики в соответствии с нормативными документами по конкретной специальности и (или) инновационными потребностями заказчика и потребителя услуги. Календарный план строится по принципу блочно-модульного обучения в рамках профессиональных компетенций специалистов в режиме «накопления» согласно регламенту образовательной программы. При формировании календарного плана, помимо традиционных, в том числе и аудиторных форм обучения, предусматривается по накопительному принципу участие слушателя в ряде мероприятий (научно-практические конференции, семинары, конкурсы профессионального мастерства, экспертно-аналитическая деятельность, публикации и многие другие) в соответствии с рейтинговой оценкой и цензом зачетных единиц. Участие слушателя в мероприятиях должно быть подтверждено соответствующим документом и оценено с учетом их практической значимости.

Работая по индивидуальной траектории, слушатель сам выбирает время и тематику учебных программ, что позволяет ему в течение пяти лет накопить соответствующий багаж знаний, который может быть зачтен в соответствующих модулях образовательной программы. Это существенно сокращает аудиторную составляющую учебной нагрузки и тем самым значительно снижает ма-

териальные и временные затраты на обучение как для работодателя, так и для слушателя.

Пермский краевой центр повышения квалификации работников здравоохранения уже включился в инновационный процесс совершенствования ДПО в сфере здравоохранения, нами успешно используются элементы телекоммуникационных технологий обучения. Позитивно зарекомендовало себя повышение квалификации главных и старших медицинских сестер, проводящееся уже в течение нескольких лет с элементами дистанционного обучения [2]. Апробируется модель кредитной (накопительной) системы. На циклах усовершенствования медицинских работников ДОУ апробированы и внедрены дистанционные технологии. Основная практическая база повышения квалификации средних медицинских работников для педиатрической сети г. Перми — МУЗ «Городская детская клиническая больница № 18». Занятия проводят специалисты высшей категории, кандидаты и доктора наук. Широко используются современные технические средства обучения и информационные материалы. Задача преподавания — инициировать у медицинских работников среднего звена осознание систематического повышения уровня профессиональных знаний.

Рынок диктует свои условия. Теперь медицинским учреждениям в условиях конкурентной

среды в здравоохранении необходимы только такие работники, которые обладают новыми современными знаниями и умениями. При этом роль дополнительного профессионального образования становится особенно актуальной, и система образовательных услуг в полной мере сможет удовлетворить потребности заказчика только на основе построения с ним взаимоотношений, реально переориентированных на приоритеты рынка труда.

Литература

1. *Абрагимович М.М.* Особенности дополнительного образования взрослых // Дополнительное профессиональное образование. 2007. № 3 (39).
2. *Антропова Т.А., Коренчук З.А.* Повышение квалификации главных и старших медицинских сестер с использованием дистанционной технологии обучения // Главная медицинская сестра. 2009. № 9.
3. *Бахтина И.С., Самойленко В.В.* Как работает накопительная система повышения квалификации средних медицинских работников // Сестринское дело. Научный выпуск. 2007. № 3.
4. *Князева М.Д., Валентинов В.В.* Рынок труда и профессиональная подготовка // Дополнительное профессиональное образование. 2008. № 8 (53).
5. *Кучеренко В.З.* Концептуальные основы развития здравоохранения до 2020 года // Современные проблемы развития паллиативной помощи. Пермь, 2009.

Роспотребнадзор сообщает

Установлено, что в г. Новосибирске за 10—12-летний период произошли положительные изменения условий проживания учащихся и семейного микроклимата, несколько снизилось число детей, болевших в раннем возрасте, значительно уменьшилась доля детей, находившихся на искусственном вскармливании. Наметилась явно выраженная положительная тенденция по сокращению числа учащихся, освобожденных от занятий физкультурой по состоянию здоровья.

Вместе с тем, наряду с отмеченными положительными изменениями, сохраняется большая доля детей (от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$), проживающих в стесненных жилищных условиях (менее 9 м² на 1 чел.). Почти в каждой седьмой семье отмечена напряженная психологическая обстановка. Примерно каждый четвертый ребенок родился при осложненной беременности и каждый третий — при осложненных родах. По данным анкетирования родителей, $\frac{1}{3}$ отцов и $\frac{1}{6}$ часть матерей отмечали, что работали в неблагоприятных производственных условиях (шум, вибрация, химические вещества, повышенные физические нагрузки).

Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2008 году»

Решение проблемы устройства детей, лишенных родительской опеки

Аверьянова Н.И.,

д-р мед. наук, профессор, заслуженный врач России, академик РАЕ и МАНЭБ, заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней, факультетской педиатрии и сестринского дела в педиатрии;

Ханова Н.А.,

клинический ординатор кафедры пропедевтики детских болезней, факультетской педиатрии и сестринского дела в педиатрии, Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера;

Бахматова О.Б.,

главный педиатр Министерства здравоохранения Пермского края;

Политова Л.Ф.,

врач-педиатр высшей категории, заместитель главного врача по поликлинической работе, МУЗ «ГДКБ № 9 им. П.И. Пичугина», г. Пермь

В России в последние годы отмечается значительный рост числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. При этом ни в одном из образовательных учреждений, куда помещаются сироты, невозможно создать условия для их гармоничного роста и развития. Общеизвестен тот факт, что внесемейное воспитание и длительное пребывание детей-сирот в закрытых интернатных учреждениях крайне негативно сказывается на здоровье детей, уровне самооценки, жизненных установках, способности гармоничной интегра-

ции в общество после выпуска из детских домов.

В Пермском крае, как и во многих других регионах страны, наметилась четкая тенденция к постепенному отказу от воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в условиях закрытого интернатного учреждения. Такая политика государства выгодна как для ребенка, так и для общества в целом. В итоге ребенок получает семью взамен утраченной, а государство в будущем — психически и соматически здорового человека.

С целью достижения указанных задач в Пермском крае был издан ряд законов, предусматривающих наличие законодательно закрепленных форм устройства детей в принимающие семьи. В частности, это закон «О приемной семье» от 05.06.1997 № 771-112 и закон «О патронатном воспитании» от 06.10.2000 № 1129-164. Согласно данным постановлением, в Пермском крае существует пять форм устройства ребенка в семью. Это:

- усыновление/удочерение;
- опекунов;
- патронатное воспитание;
- семейно-воспитательная группа;
- приемная семья.

Основным отличием перечисленных видов замещающих семей являются права и обязанности приемных родителей (воспитателей) и детей, принимаемых в семьи. Так, *усыновленный ребенок* приравнивается в правах к ребенку, проживающему в кровной семье с биологическими родителями. Всю меру ответственности за усыновленного ребенка берет на себя усыновитель. Государство в этом случае не оказывает какой-либо поддержки семье усыновителя.

Опекунов — форма помещения ребенка в семью, наиболее распространена среди родственников детей, оставшихся без попечения родителей или утративших их. Как правило, опекунами

являются бабушки, тети, старшие братья или сестры опекаемых детей. В случае оформления опеки за ребенком государство сохраняет все льготы и гарантии как за ребенком-сиротой. Среди них и первоочередное решение жилищного вопроса, внеконкурсное поступление в высшие учебные заведения и пр.

Семейно-воспитательные группы — это временные формы устройства детей в семейные условия. Как правило, в семейно-воспитательные группы попадают дети, юридический статус которых в силу различных обстоятельств не определен. Это дети, недавно изъятые из социально неблагополучных семей; дети, чьи родители в судебном порядке лишаются родительских прав; дети, чьи родственники не найдены или не определена дальнейшая судьба ребенка. В семейно-воспитательных группах ребенок может находиться до 6 месяцев. Временная передача осуществляется в интересах детей для их воспитания и гармоничного развития и не является формой устройства ребенка в семью.

Приемные семьи — это семьи, заключившие гражданско-правовой договор с органами опеки о воспитании детей-сирот в приемной семье за ежемесячное материальное вознаграждение, которое на сегодняшний день составляет 2500 руб. в месяц за каждого приемного ребенка. При этом ребен-

нок, как и в случае опеки, сохраняет за собой все права и льготы сироты, предусмотренные законодательством РФ.

Совершенно новым подходом в существовании института замещающих семей было принятие закона о патронатном воспитании в Пермском крае от 06.10.2000. Патронатный воспитатель (в отличие от приемных родителей или опекунов) являлся сотрудником детского дома и ежемесячно получал зарплату как штатный воспитатель детского дома. По трудовому договору патронатному воспитателю были положены оплата больничного листа, очередного отпуска. При этой форме устройства официальным опекуном ребенка оставался директор детского дома. Ребенок не терял статуса сироты. Специалисты детского дома оказывали всяческую поддержку патронатным воспитателям в вопросах оздоровления, воспитания, социального сопровождения патронатной семьи.

Парламентом Пермского края принят закон от 10.12.2008 № 353-ПК «Об устройстве детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в Пермском крае». Согласно данному документу патронат как форма устройства ребенка перестал существовать. В настоящее время с патронатными воспитателями либо расторгнуты трудовые договоры, и дети возвращены в

детские дома, либо патронатные семьи перешли в статус приемных, и лишь 563 ребенка воспитываются в патронатных семьях, пока не истечет срок договоров, заключенных патронатными воспитателями и детскими домами.

Таким образом, в настоящее время в Пермском крае ребенок-сирота может быть устроен одним из следующих способов:

- усыновлен;
- помещен в детский дом;
- принят на воспитание в приемную семью;
- взят под опеку в опекунскую семью.

Согласно данным органов опеки и попечительства на 01.01.2010 г. в Пермском крае зарегистрированы 19 630 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. (Для сравнения, в 2009 г. к этой группе были причислены 21 092 ребенка, 2008 г. — 21 267, 2007 г. — 21 769.) В семейных формах устройства воспитываются 18 232 ребенка, что составляет 93% от общего количества состоящих на учете в органах опеки и попечительства. Из них:

- 3264 — усыновленные (16,6%);
- 10 037 находятся в опекунских семьях (51,1%);
- 4368 воспитываются в приемных семьях (22,3%);
- 563 проживают в патронатных и семейно-воспитательных группах (2,9%);
- 1398 находятся в детских домах и домах ребенка (7,1%).

На сегодня в Пермском крае функционирует только 15 детских домов, за пять лет было ликвидировано 36, большинство из них перепрофилировано в «Центры сопровождения», сотрудники которых — социальные педагоги, психологи, педагоги-дефектологи, врачи. Все они помогают ребенку адаптироваться в новых для него семейных условиях, а приемным воспитателям и опекунам решить вопросы, связанные с воспитанием и эффективной адаптацией детей в замещающих семьях.

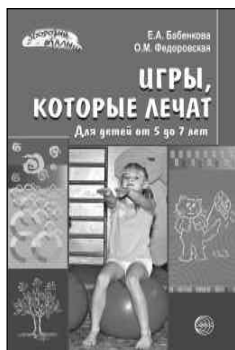
Другая проблема этого контингента детей дошкольного возраста — адаптация к новому коллективу в дошкольных учреждениях, новым формам взаимоотношений

со сверстниками и воспитателями. Эти дети требуют особого внимания со стороны педагогов, большинство из них нуждается в помощи логопеда, психолога, невропатолога.

Таким образом, в настоящее время в Пермском крае подавляющее число детей-сирот проживают в замещающих семьях, что, согласно имеющемуся в стране и за рубежом опыту, должно способствовать повышению уровня их развития и здоровья, а самое главное — облегчить этому контингенту детей социальную адаптацию, в чем детям дошкольного возраста должны помочь воспитатели и другие специалисты дошкольных учреждений.

.....

**ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА»
ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГУ СЕРИИ «ЗДОРОВЫЙ МАЛЫШ»**



**ИГРЫ, КОТОРЫЕ ЛЕЧАТ
Для детей от 5 до 7 лет**

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

В данном методическом пособии приводятся описания критериев оценки физического и психического здоровья детей старшего дошкольного возраста, разнообразных упражнений и оздоровляющих подвижных игр. Игры и упражнения классифицированы в соответствии с состоянием здоровья, уровнем физического развития ребенка и режимом дня (видом занятий и нагрузкой) и охватывают все разновидности игровой деятельности детей: от простейшей гимнастики до активного отдыха вместе с родителями.

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

или закажите в **Интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru

Не забудьте разборчиво написать свой **индекс и обратный адрес.**

Предлагаем вашему вниманию

СПРАВОЧНИК ПСИХОЛОГА ДОО

Автор — Аралова М.А.

Обложка, 272 с. Формат 60х90/16



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

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДОШКОЛЬНИКОВ

Справочное пособие для ДОО

Сост. И.М. Ахметзянов

Обложка, 304 с. Формат 60х90/16



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

СПРАВОЧНИК СОЦИАЛЬНОГО ПЕДАГОГА

Автор — Овчарова Р.В.

Обложка, 480 с. Формат 60х90/16



Эта книга расскажет о том, кто такой социальный педагог; какими качествами должен он обладать; каковы секреты его профессиональных технологий; кто нуждается в социально-педагогической поддержке; что такое социально-педагогическая диагностика; с кем профессионально взаимодействует социальный педагог. Адресована социальным педагогам и работникам, руководителям учреждений образования, преподавателям, осуществляющим обучение, и студентам, овладевающим специальностью 031300 «Социальная педагогика».

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом. Пришлите заявку **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40, **по E-mail:** sfera@cnt.ru, **по тел.:** (495) 656-75-05, 656-72-05, 107-59-15

или закажите в **Интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru

Не забудьте разборчиво написать свой **индекс** и **обратный адрес**.

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



ПРАЗДНИКИ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ 3—4 ЛЕТ Сценарии для ДОУ

Автор — Картушина М.Ю.

Обложка, 96 с. Формат 84x108/32

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



ПРАЗДНИКИ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ 4—5 ЛЕТ Сценарии для ДОУ

Автор — Картушина М.Ю.

Обложка, 96 с. Формат 84x108/32

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



ПРАЗДНИКИ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ 6—7 ЛЕТ Сценарии для ДОУ

Автор — Картушина М.Ю.

Обложка, 128 с., иллюстрации. Формат 84x108/32

В сборнике представлены сценарии оздоровительных досугов познавательной направленности для детей подготовительной группы детского сада. Сценарии включают большое количество разнообразных игр: подвижных, коммуникативных, игр-соревнований. В игровой форме происходит знакомство с природно-климатическими зонами, различными видами ландшафтов, странами и народами. Сценарии, представленные в сборнике, разнообразны по форме и содержанию, дополнены различными видами самомассажа, комплексами общеразвивающих упражнений и ритмической гимнастики.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ ЖУРНАЛА «МЕДРАБОТНИК ДОУ»

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

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

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

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

▪ Автор несет ответственность за достоверность представленных материалов.

линия отреза

Анкета автора журнала «Медработник ДОУ»

Фамилия, имя, отчество (полностью)
Дата рождения (число, месяц, год)
Место работы, должность, адрес организации, телефон
Домашний адрес (с индексом), телефон
E-mail
Паспорт (серия, номер, когда, где и кем выдан)
Страховое пенсионное свидетельство
ИНН



СОЗВЕЗДИЕ ПОДПИСНЫХ ИЗДАНИЙ ДЛЯ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ!

*Если вы хотите получать в первом полугодии 2011 г.
наши журналы с приложениями, не забудьте подписаться!*

2011 1-е полугодие

Комплект	Индекс в каталоге		
	Роспечать	Пресса России	Почта России
«Управление ДОУ» с приложением журналами: «Методист ДОУ», «Инструктор по физкультуре», «Медработник ДОУ»; Рабочие журналы для ДОУ (восемь наименований)	36804	39757 (без рабочих журналов)	10399 (без рабочих журналов)
«Управление ДОУ» с приложением	82687		
«Управление ДОУ»	80818		
«Медработник ДОУ»	80553	42120	
«Инструктор по физкультуре»	48607	42122	
«Воспитатель ДОУ» с библиотекой	80899	39755	10395
«Воспитатель ДОУ»	58035		
«Логопед» с библиотекой и приложением «Конфетка»	18036	39756	10396
«Логопед»	82686		
Предшкольная подготовка (комплект из 19 книг)	20572	42121	

Подписаться на наши издания можно по каталогам
«РОСПЕЧАТЬ», «ПРЕССА РОССИИ» и «ПОЧТА РОССИИ»

Чтобы подписаться на **все издания** для специалистов
дошкольного воспитания Вашего учреждения,
вам потребуется **четыре индекса** в каталоге **Роспечать**
36804, 18036, 80899, 20572

В следующем номере!

У нас в гостях наши коллеги из Городского центра образования и здоровья «Магистр» г. Новосибирска

Основные понятия о диатезах у детей

Муниципальная система профилактики ортопедической патологии в ДОУ г. Новосибирска

Современные подходы в формировании культуры здоровья дошкольников

Психологическое консультирование родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера журнала «Медработник ДОУ». Мы вышлем их наложенным платежом. В заявке укажите свой точный адрес, индекс, а также наименование издания и требуемое количество. Заявку отправьте **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40, или по **E-mail:** sfera@cnt.ru

МЕДРАБОТНИК ДОУ
2010, № 7

**Научно-практический
журнал**

Выходит 8 раз в год

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор Л.В. Макарова

Научный редактор Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор И.С. Шиловских

Редколлегия:

И.М. Ахметзянов, А.Ф. Виноградов,
Г.Н. Дёгтева, Л.В. Макарова, Н.А. Матвеева,

Д.В. Синякова, Е.М. Старобина,

М.И. Степанова, Э.А. Цветков,

Н.П. Шабалов, А.В. Шишова,

Н.Л. Ямщикова

Оформление, макет

Е.В. Кустарова

Художник обложки

О.В. Максимова

Корректоры

Л.Б. Успенская, Т.Э. Балоунова

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

Точка зрения редакции может не совпадать с мнениями авторов. Ответственность за достоверность публикуемых материалов несут авторы.

Редакция не рецензирует присланные материалы и не возвращает.

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

Свидетельство ФС № 77-28788

Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553;

36804 (в комплекте)

«Пресса России» — 42120;

39757 (в комплекте)

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

Журнал «Медработник ДОУ»

выходит 8 раз в год: с февраля

по май, с сентября по декабрь

Адрес редакции:

Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3. Тел./факс: (495) 656-70-33, 656-73-00.

Почтовый адрес: 129626, Москва, а/я 40.

Рекламный отдел:

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

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

Номер подписан в печать 14.09.10. Формат 60×90¹/₁₆.

Усл. печ. л. 8. Тираж 7500 экз.

Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2010

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2010

© Т.В. Цветкова, 2010

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

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

