



МЕДРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного образовательного учреждения

Мировой опыт применения
вакцин против пневмококковой
инфекции

Применение в офтальмологии
инфразвукового вакуумного
пневмомассажа

Организация режима дня детей
с туберкулезной инфекцией

Федеральный закон «О защите
детей от информации,
причиняющей вред их здоровью
и развитию»

№7/2011





НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

МЕДРАБОТНИК

Д ошкольного
О бразовательного
У чреждения

Содержание

2011, № 7 (27)

Редакционный совет	3
Индекс	4
Колонка редактора	5
Гость номера <i>Е.И. Сидоренко</i>	6

ГИГИЕНА

Факторы окружающей среды

Молева И.Б.

Деловая игра «Санитарные правила и нормативы в ДОУ» 10

Режим дня

Шильникова М.А.

Организация режима дня детей с туберкулезной инфекцией 14

Оздоровительная работа

Сивак И.В. и др.

Растим малышей здоровыми! 18

Гигиеническое воспитание

Горкунова Л.В.

Школа доктора Неболейки 28

ПЕДИАТРИЯ

Здоровый ребенок

Ганузин В.М., Балабина В.В.

Школьная зрелость детей в современных социально-экономических условиях 30

Неинфекционные заболевания

Николаева Г.В.

Профилактика и лечение болезней глаза 35

Инфекционные заболевания*Рулева А.А.*

Мировой опыт применения вакцин против
пневмококковой инфекции 45

Реабилитация*Кривоногова Т.С., Уварова М.А., Соловьёва С.А.*

Комплексная преемственная реабилитация детей
в дошкольных учреждениях 53

ПЕДАГОГИКА**Физическое воспитание***Копылов Ю.А., Горская О.В., Шадзевская М.Э.*

Коррекция поведения гиперактивных детей 6—7 лет 60

Психологическая помощь*Набойченко Е.С.*

Специфика формирующего пространства семьи 71

Замотаева М.Л.

Счастье — это когда тебя понимают... 75

Педагогическая копилка*Гуськова А.А.*

Развитие речевого дыхания детей 3—5 лет 81

Иванченко Е.Н., Абаринева Т.Б.

Игра-тренинг по оказанию первой помощи

«Помоги сам себе» 89

АКТУАЛЬНО**Нормативные документы**

Федеральный закон от 29.12.2010 № 436-ФЗ

«О защите детей от информации, причиняющей вред
их здоровью и развитию» 94

Письмо от 21.07.2011 № 01/9164-1-32 «Об осложнении
эпидситуации по кори в Европейском регионе» 109

Медицинский кабинет*Сидоренко Е.И., Николаева Г.В.*

Применение в офтальмологии инфразвукового
вакуумного пневмомассажа 112

Самообразование*Иозефович О.В.*

Поствакцинальные осложнения 118

Роспотребнадзор сообщает 111

А знаете ли Вы? 8, 13, 123

Книжная полка 9, 17, 124

Памятка авторам 126

Как подписаться 127

Анонс 128

Редакционный совет

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Редакционная коллегия

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

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

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

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

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

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

ИНДЕКС

УЧРЕЖДЕНИЯ И АВТОРЫ, УПОМИНАЕМЫЕ В НОМЕРЕ

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

ГОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия, г. Ярославль	30	МДОУ № 46, г. Самара	81
ГОУ д/с компенсирующего вида № 2340, Москва	10	МДОУ ЦРР — д/с № 18, г. Кропоткин Краснодарского края	89
ГОУ СОШ № 121 ЮЗАО, Москва ...	60	МОУ д/с № 376, г. Волгоград	14
ГУЗ Свердловской области детская клиническая больница восстановительного лечения «Научно-практический центр «Бонум», г. Екатеринбург	71	МУЗ «Детская поликлиника № 3», г. Ярославль	30
МБДОУ д/с № 46 «Надежда», г. Норильск	18	Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва	6, 35, 112
МДОУ д/с № 49 общеразвивающего вида, г. Полевской	28	Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск	53
МДОУ № 31 «Детский сад комбинированного вида» г. Гатчина Ленинградской обл. ...	75	УРАО «Институт возрастной физиологии», Москва	60
Абаринева Татьяна Борисовна ..	89	ФГУ «НИИДИ ФМБА России», Санкт-Петербург	45, 118
Балабина		ФГУЗ КБ № 81 ФМБА России, г. Северск	53
Валентина Валентиновна	30	Молева Ирина Борисовна	10
Бевзенко Вера Ивановна	18	Набойченко	
Ганузин Валерий Михайлович	30	Евгения Сергеевна	71
Горкунова		Николаева	
Людмила Васильевна	28	Галина Викторовна	35, 112
Горская Ольга Валентиновна	60	Романовская Наталья Валентиновна	18
Гуськова		Рулева Анна Александровна	45
Алевтина Александровна	81	Сивак Ирина Валентиновна	18
Замотаева Мария Леонидовна ...	75	Сидоренко	
Иванченко Елена Николаевна ...	89	Евгений Иванович	6, 112
Иозефович Ольга Витальевна ..	118	Соловьёва	
Копылов Юрий Анатольевич	60	Сыргылана Анатольевна	53
Копылова		Уварова	
Наталья Александровна	18	Марианна Анатольевна	53
Кривоногова		Шадзевская	
Татьяна Сергеевна	53	Марина Эдуардовна	60
		Шильникова Марина Андреевна	14

Уважаемые коллеги!

В России более миллиона детей страдают различными заболеваниями глаз и нарушениями зрения. С каждым годом таких детей становится больше. Сегодня, когда ребенок, начиная с дошкольного возраста, не просто наблюдатель, но и активный пользователь компьютерной техники и других средств медиаобразования, проблема сохранения зрения еще более актуальна.

У нас в гостях Сидоренко Евгений Иванович — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, президент Ассоциации детских офтальмологов России, главный детский офтальмолог Москвы, заведующий кафедрой офтальмологии педиатрического факультета РГМУ им. Н.И. Пирогова. Свою научную деятельность он посвятил изучению гипоксических состояний в офтальмологии, перинатальной офтальмологии, лазерным методам лечения, лечению заболеваний зрительного нерва и врожденной глаукомы. Под его руководством на базе Морозовской детской клинической больницы внедрены методы лазерной хирургии, лечение и диагностика ретинопатии недоношенных детей, использование аккомодационной искусственной интраокулярной линзы, разрабатываются новые методы рефракционной хирургии. Впервые в мировой практике Евгений Иванович предложил использование инфразвука для лечения и диагностики в офтальмологии. О проблемах охраны зрения детей и применении инфразвукового вакуумного пневмомассажа пойдет речь в его статьях.

Кроме этого, в сегодняшнем номере: мировой опыт применения вакцин против пневмококковой инфекции, поствакцинальные осложнения, коррекция поведения гиперактивных детей 6—7 лет, развитие речевого дыхания детей, опыт работы в группах оздоровительной направленности для часто болеющих детей и многое другое.

Уважаемые коллеги, хотелось бы привлечь ваше внимание еще к одной актуальнейшей проблеме современного общества — безопасности детей в период их нахождения в образовательных учреждениях. Эта тема, безусловно, должна обсуждаться и на страницах нашего журнала. Как проводится профилактика несчастных случаев, какие функции и обязанности возлагаются на сотрудников в этой связи, какие формы взаимодействия с родителями оказываются наиболее эффективными, как обеспечивается безопасность ребенка на занятиях по физическому воспитанию и на прогулках. Эти и многие другие вопросы интересуют наших читателей. Мы надеемся, что вы примете активное участие в обсуждении данной проблемы и поделитесь опытом решения вопросов безопасности в ДОУ.

Главный редактор Л.В. Макарова

Гость номера

Сидоренко Евгений Иванович

д-р мед. наук, профессор, член-корреспондент РАМН, заслуженный врач России, президент Ассоциации детских офтальмологов России, главный детский офтальмолог Москвы, заведующий кафедрой офтальмологии педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета им Н.И. Пирогова, Москва

Вырастить полноценного гражданина нашей страны – общая задача педагогов, врачей и родителей

Проблема охраны зрения детей чрезвычайно актуальна. На первый взгляд, врачи и педагоги стоят по разные стороны баррикад: мы охраняем, растим, лелеем, оберегаем орган зрения ребенка, а учителя беспощадно его эксплуатируют. Но это не так, мы вместе выполняем заказ общества. Надо вырастить здорового ребенка и подготовить интеллектуально развитого человека. Как раз эти задачи нас объединяют.

К сожалению, хочу отметить, что ни один из органов чувств не эксплуатируется так интенсивно, как глаз. И, что удивительно, когда человек устает, он садится отдохнуть, или ложится, но при этом постоянно перед глазами книга, электронная игрушка, телефон, компьютер, телевизор. А разве глаз не устает, ведь в нем более десяти мышц, которые постоянно работают? Кроме того, когда в глаз попадает свет, в сетчатке происходит мощный «биохими-

ческий пожар» на уровне колбочек, и информация поступает в мозг. Чем же заканчивается такая беспощадная эксплуатация органа зрения? Тем, что в школе миопия вырастает с 5 до 70%. А высокая интенсивная зрительная нагрузка приводит к тому, что после 60 лет третьей причиной инвалидности по зрению является макулярная дистрофия. Центральная часть сетчатки «выгорает» от мощных потоков света.

Хочу напомнить слова выдающегося педиатра А.А. Тоболина, о том, что фундамент здоровья закладывается в детстве. Так же в детстве закладывается и «здоровье» органа зрения. Родился ребенок и началось будущее страны!

Академик А.А. Баранов сказал: «Сохраним здоровье детей — сохраним Россию». Но здесь у нас немало проблем. Если в 1964 г. в нашей стране рождалось 60% здоровых детей, то сегодня даже в лучших районах РФ рождает-

ся только 20%, а 80% имеют 2—3 заболевания. В некоторых регионах России количество родившихся здоровых детей доходит до 4%. В одном из своих выступлений академик Г.Г. Онищенко отметил, что идет деакселерация детей в нашей стране. Проблема очень серьезная.

Следует подчеркнуть, что ранние заболевания и неуклонный их рост сопровождаются увеличением числа детей-инвалидов. На протяжении пребывания в школе в 2—3 раза увеличиваются частота и степень снижения зрения у школьников. Высокая заболеваемость детского населения свидетельствует о том, что проблема охраны здоровья детей переросла медико-социальный уровень.

Всем вам известная близорукость — одна из частых причин ухудшения зрения. В нашей стране 15 млн близоруких. Главное, что половина из них имеет прогрессирующую форму, приводящую к инвалидности и слепоте. Если раньше близорукость особо интенсивно развивалась в старших классах, в последнее время идет сдвиг в сторону младших школьных групп. Причина этому — не только школьная нагрузка, но и количество компьютерных игр, телевидение.

Ко мне недавно обратился отец с ребенком, у которого вдруг развилась близорукость до 3,0 диоптрий. Стали искать причину и обнаружили, что недавно мальчику был подарен телефон с компьютерными играми. Ребенок

увлекся ими, переутомил глаза и получил ложную близорукость. К счастью, все закончилось хорошо: телефон убрали и недуг прошел. Такие колоссальные перегрузки и служат причиной более раннего развития близорукости. Даже у дошкольников она сегодня встречается у каждого третьего ребенка. По окончании школы каждый второй ребенок становится близоруким, а есть регионы России, где близорукость встречается еще чаще.

В развитии данной болезни важную роль играет также осанка ребенка. Даже есть такой термин — цервикальная близорукость (цервикус с латинского переводится как шея). Мы исследовали состояние межпозвоноковых дисков шеи у ребенка. Оказалось, что у близоруких детей значительно чаще имеются изменения межпозвоночных шейных дисков. Поэтому надо тщательно смотреть за осанкой ребенка как дома, так и в образовательных учреждениях.

Как же бороться с перегрузкой органа зрения? Действительно технический прогресс обрушил на орган зрения большой поток информации, и он в основном агрессивен по отношению к глазу. Мне кажется, настало время, когда технический прогресс надо поставить на службу органа зрения, разгрузить и переправить часть информационного потока на другие органы чувств, например, слуховой анализатор. Необходимо создавать адаптированные

аудиокниги, аудиоучебники. Пока ребенок находится в транспорте, он может прослушать часть информации, усвоить школьный материал, дать отдых глазам. Это один путь.

С другой стороны, важно создать устойчивые стереотипы здорового образа жизни, позволяющие сохранить природное зрение ребенка, привить культуру зрительной работы, сохранить здоровье органа зрения до глубо-

кой старости. Эти задачи нужно решать (реализовывать) в раннем возрасте. Важно привить умение контролировать освещенность во время зрительной работы в различных условиях — в садике, школе, дома, игровой площадке.

Все эти вопросы следует решать безотлагательно и сообща. Преодоление возникающих проблем возможно только при условии объединения усилий родителей, педагогов и медиков.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

14 ноября — Всемирный день борьбы с диабетом

Эта дата отмечается ежегодно с 1991 г. в день рождения Фредерика Бантинга, канадского физиолога, открывшего совместно с профессором Джоном Маклеодом гормон инсулин. Друг детства Бантинга умер от заболевания, называемого теперь сахарным диабетом. Этот трагический случай послужил толчком для поиска лекарств от болезни. В январе 1922 г. никому не известный молодой канадский ученый Фредерик Бантинг впервые в истории спас жизнь, сделав инъекцию инсулина, 14-летнему мальчику, страдавшему тяжелой ювенильной формой сахарного диабета.

Долгие годы люди не знали средства для борьбы с этой болезнью, и диагноз «сахарный диабет» не оставлял пациенту никакой надежды не только на выздоровление, но и на жизнь: без инсулина — гормона, обеспечивающего усвоение тканями глюкозы, больной организм существовать не может и обречен на медленное угасание. Открытие Фредерика Бантинга и Джона Маклеода спасло жизнь миллионам. И хотя сахарный диабет и по сей день неизлечим, благодаря инсулину люди научились держать эту болезнь под контролем. Признанием первого великого достижения XX в. в области биохимии и медицины явилась Нобелевская премия, присужденная Бантингу и Маклеоду в 1923 г.

Целью Всемирного дня борьбы с диабетом является повышение глобальной осведомленности о последнем — о возрастающих показателях заболеваемости во всем мире и о том, как можно предотвратить развитие болезни во многих случаях. По оценкам ВОЗ, более 220 млн человек во всем мире больны диабетом. Без надлежащих вмешательств к 2030 г. это число, по всей вероятности, более чем удвоится.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги по оздоровительной работе в ДОУ



СПОРТИВНЫЕ ИГРЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Автор — Громова О.Е.

В книгу включены разнообразные игры с детьми: подвижные групповые и командные игры, соревнования-поединки, спокойные игры и игры народов нашей страны. Разработаны методические рекомендации к проведению игр, критерии выбора и организационные требования.

БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ Методическое пособие

Автор — Шорыгина Т.А.

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

ПРОГРАММА УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В КОРРЕКЦИОННЫХ ГРУППАХ

Авторы — Игнатова О.И. и др.

В пособии представлена программа для работы с детьми в ДОУ компенсирующего вида и коррекционных группах. Дано теоретическое обоснование, раскрыты основные разделы, пути реализации поставленных задач. Особое внимание уделяется организации режима дня, питания, прохождению адаптационного периода, содержанию и тематике «занятий здоровья». В приложение включены тематическое планирование, варианты занятий, игр, упражнений, семинаров конкретной направленности в русле программы укрепления здоровья детей с ЗПР. Адресовано воспитателям, методистам, психологам ДОУ, родителям, а также студентам педагогических вузов и колледжей.



Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

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

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

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

Деловая игра «Санитарные правила и нормативы в ДОУ»

Молева И.Б.,
заведующий, ГОУ д/с компенсирующего
вида № 2340, Москва

В 2010 г. вышли новые санитарные правила и нормативы. Это обязательный для исполнения документ по устройству и содержанию работы дошкольного учреждения. Данные правила и нормативы — настольная книга для каждого педагога. В этом учебном году в наш коллектив влились молодые специалисты. И чтобы легче запомнить СанПиНы и усвоить их, мы провели деловую игру «Санитарные правила и нормативы в ДОУ».

Цель: донести до педагогов, что санитарные правила обязательны для использования всеми юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, деятельность которых связана с проектированием, строительством, реконструкцией, эксплуатацией ДОУ, воспитанием и обучением детей.

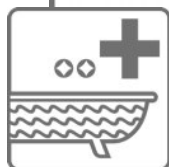
Задачи:

- закрепить у педагогов знание новых санитарно-эпидемиологических правил и нормативов для ДОУ;
- через игру сплотить педагогов, учить работать в единой команде.

Оборудование:

- четыре стола, на которых разложены листы и ручки;
- стулья по количеству участников;
- таблички для игры «Составь слово» (используются при делении на команды): «размещение», «устройство», «содержание», «организация»;
- на листе формата А1 кроссворд «Правила обязательны»;
- Новые санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях» (5 экземпляров);
- медали для награждения победителей.

ГИГИЕНА



Ведущий — старший воспитатель.

Жюри: заведующий, старшая медицинская сестра, учитель-логопед.

* * *

При входе в зал педагоги берут по одной части слов (раз-ме-ще-ние, устро-й-ство, со-дер-жа-ние, ор-ган-изация) для распределения по командам.

Проводится игра «Составь слово». Ведущий предлагает составить разделенные слова и собраться каждой команде.

В е д у щ и й. Сегодня мы проводим игру по санитарно-эпидемиологическим правилам. Позвольте представить вам членов жюри. *(Называет.)* Итак, начнем.

Вызывает интерес

Воспитательный процесс:

Как у вас идет работа —
По СанПиНам или без?

Задание 1. Блицтурнир. Каждой команде ответить на вопросы.

1-я команда

• Как оборудуют игровые площадки для дошкольников на улице? *(3.10. Игровые и физкультурные площадки для дошкольных групп оборудуют с учетом возрастных особенностей детей.)*

• Что входит в состав групповой ячейки? *(4.9. Раздевальная (для приема детей и хранения верхней одежды), групповая (для проведения игр, занятий и приема пищи), спальня, буфетная (для подготовки готовых блюд к разда-*

че и мытья столовой посуды), туалетная (совмещенная с умывальной).)

• Расскажите об использовании мягконабивных и пенолатексных ворсовых игрушек? *(6.10. В дошкольных организациях используют игрушки, безвредные для здоровья детей и отвечающие гигиеническим требованиям к товарам детского ассортимента, которые могут быть подвергнуты влажной обработке (стирке) и дезинфекции. Мягконабивные и пенолатексные ворсовые игрушки для детей дошкольного возраста следует использовать только в качестве дидактических пособий.)*

2-я команда

• Как должны храниться игрушки для игры на улице? *(3.9.4. Необходимо предусмотреть условия для раздельного хранения игрушек, используемых для игры на улице, или прогулочных верандах, от игрушек, используемых в помещениях дошкольной организации.)*

• Где хранится одежда для персонала? *(6.2. В специальном шкафу в раздевальной комнате.)*

• Из каких зон состоит туалетное помещение? *(6.18. Умывальная зона и зона санитарных узлов.)*

3-я команда

• Как часто нужно проводить смену постельного белья и полотенец? *(18.17. Смену постельного белья, полотенца проводят по мере загрязнения, но не реже одного раза в неделю.)*

- Как происходит подбор мебели, стульев и столов? (6.6. С учетом антропометрических показателей детей.)

- Где хранятся игрушки, используемые на прогулке? (6.2. На специальных стеллажах в раздевалной.)

4-я команда

- Где можно организовать уголки и комнаты природы? (6.13. В отдельных помещениях или в отдельно выделенных местах.)

- Чему должно соответствовать оборудование основных помещений? (6.1. Росту и возрасту детей, учитывать гигиенические и педагогические требования.)

- Как часто нужно мыть оконные стекла? (7.10. Оконные стекла моют по мере их загрязнения, но не реже 2 раз в год.)

Задание 2. Из СанПиН выбрать требования и прокомментировать их:

- к оборудованию групповой (6.8—6.9);

- по организации экологического пространства (6.13; 7.6; 18.5);

- к организации режима дня (12.4—12.8);

- по расстановке кроватей (6.14).

Задание 3. По СанПиН составить правила:

- личной гигиены персонала (20.4—20.5);

- проветривания (8.7—8.8);

- содержания песка в песочнице (3.13);

- требования по уходу за игрушками (18.13—18.15).

Задание 4. Как должны проводиться занятия с использованием компьютеров по СанПиН? (12.21.)

			⁴ Ж					⁸ С				
			А					П		¹⁰ Ч		
			Л		П					⁹ К		
			А					А		Е		
¹ В	² О	³ П	Ю	Р				К	⁷ У	Л	О	Т
О	Б	Я	З	А	⁵ Т	Е	Л	Ь	Н	Ы		
С	Л	Т	И	В	Е	Т	И	Н	Е	Р		
П	У	Н			И	Р			Ц	Я	Ц	Е
И	Ч	А			Л	М			А			
Т	А	Д			А	О						
А	Т	Ц					М					
Т	Е	А					Е					
Е	Л	Т					Т					
Л	Ь	Ь					Р					
Ь												

Задание 5. Какие требования предъявляются к игрушкам? (3.9.4; 6.10; 18.13—18.15.)

Задание 6. Разгадать кроссворд «Санитарные правила и нормы в ДОУ».

- Кто в ДОУ проводит прием детей? (*Воспитатель.*)

- Чем обеззараживают воздух в групповых помещениях? (*Бактерицидным облучателем.*)*

- Какова высота цветов на подоконниках? (*Пятнадцать сантиметров.*)

- Что можно использовать в помещениях ДОУ в качестве солнцезащитного устройства? (*Жалюзи.*)

* Слова в кроссворде ставятся в именительном падеже.

- Прибор, измеряющий температуру воздуха в помещении? (*Термометр.*)

- В какой емкости приносят кефир, ряженку в группу? (*В пакете.*)

- Где проводят третье физкультурное занятие? (*На улице.*)

- Где находится воспитатель (или его помощник) во время сна детей? (*В спальне.*)

- Часть прогулки, когда проводится подвижная игра? (*Конец.*)

- Сколько раз питаются дети с 10-часовым пребыванием в ДОУ? (*Четыре.*)

Задание 7. На вопросы педагогов отвечают заведующий и старшая медсестра.

Ведущий предоставляет слово жюри для подведения итогов.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

2 ноября — Всемирный день борьбы с пневмонией

Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) и Всемирная организация здравоохранения в 2009 г. объявили его днем начала масштабной кампании по борьбе с детской пневмонией. ВОЗ и ЮНИСЕФ начали сбор средств, которые пойдут на лечение от этого заболевания детей в десятках развивающихся стран, преимущественно в Азии и Африке.

Многие эксперты в области медицины называют пневмонию «главной убийцей» детей в возрасте до 5 лет. По данным статистики, ежегодно от воспаления легких умирают более 2 млн человек — больше, чем от кори, малярии и СПИДа вместе взятых.

Эксперты ЮНИСЕФ и ВОЗ считают, что при помощи нескольких простых шагов к 2015 г. можно спасти жизни более 5 млн детей. Обе организации хотят собрать 39 млрд долларов для борьбы с воспалением легких среди детей. Первый этап, полагает доктор Энн Голас (ЮНИСЕФ), заключается в том, чтобы научить матерей распознавать признаки заболевания.

Организация режима дня детей с туберкулезной инфекцией

Шильникова М.А.,

воспитатель, МОУ д/с № 376, г. Волгоград

ИЗ ОПЫТА
РАБОТЫ

В настоящее время современная дошкольная педагогика испытывает затруднения в правильной организации режима дня в соответствии с особенностями индивидуального биоритмологического профиля детей.

Одно из неперенных условий нормального развития ребенка — соблюдение рационального, построенного с учетом возраста, режима дня. Научные основы построения режима базируются на результатах исследований нейрофизиологов и биоритмологов. Если нейрофизиология дала обоснование динамики психофизиологических процессов в организме, то биоритмология установила кардинально важное положение: все известные процессы в организме человека протекают с определенной ритмичностью, которая выступает в качестве ведущей и универсальной жизненной закономерности. Иначе говоря, биоритмы человека определяют его поведенческие реакции, влияя на физиологические и психические процессы.

Считается, что на каждом этапе онтогенеза имеются свои специ-

фические биоритмы. Именно их возрастная специфика наиболее объективно отражает динамику и продолжительность физиологических процессов и некоторых функций.

Среди множества биологических ритмов ведущую роль играют околосуточные ритмы, индивидуальные проявления которых составляют биоритмологический профиль ребенка, позволяющий делить их условно на «жаворонков», «сов» и «голубей».

Необходимо учитывать, что «жаворонки» высоко активны, рано просыпаются, но рано ложатся спать и более активны в первой половине дня. «Совы» просыпаются поздно, высоко активны ночью. «Голуби» занимают промежуточное положение. В связи с этим подбирают деятельность в соответствии с их биоритмом.

Учет индивидуальных биоритмологических особенностей — необходимое условие для рациональной организации деятельности, следовательно, и режима дня. Правильное распределение по времени сна, отдыха, приема пищи

способствует нормальному функционированию всех органов, предупреждает их переутомление.

Умелое сочетание умственных, эмоциональных, физических нагрузок в игровых ситуациях обеспечивает желательную ритмичность процессов в организме ребенка.

Чем ближе режим детского сада к индивидуальным особенностям биоритмов ребенка, тем комфортнее он себя чувствует,

лучше его настроение и выше активность.

Проведя наблюдение за детьми «жаворонками» и «совами», мы построили график активности детей с учетом биоритмологического профиля (см. рисунок), показавший, что периоды с 9.00 до 12.30 и с 12.30 до 16.00 являются в равной степени наиболее успешными и приемлемыми как для «сов», так и для «жаворонков» (см. таблицу).

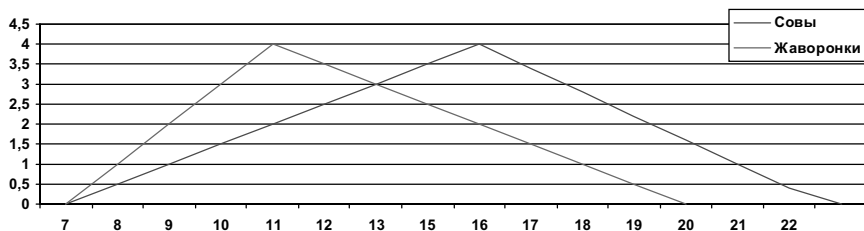


Рис. Активность детей с учетом биоритмологического профиля

Таблица

Работоспособность детей с разным биоритмологическим профилем

Критерии анализа	ФИО ребенка	
	«Жаворонки»	«Совы»
	Саша З.	Сергей С.
1	2	3
Прием детей 7.30		
Ситуация	Подвижная игра «Воробушек и автомобиль».	Малоподвижная игра «Не задень».
Отношение	Принимает активное участие, быстро включается в игру	Охотно принимает участие в игре.
Эмоциональное состояние	Инициативен, весел	Признаков утомления нет

Окончание табл.

1	2	3
Совместная деятельность 8.30		
Ситуация	Подготовка к занятию.	Просмотр иллюстраций к книгам.
Отношение	Активно, с удовольствием выполняет поручение.	С интересом просматривает книги.
Эмоциональное состояние	Настроение хорошее	Проявляет положительные эмоции
Специально организованная деятельность 9.00		
Ситуация	Математика Л. Петерсон, Е. Кочемасовой «Игралочка».	Математика Л. Петерсон, Е. Кочемасовой «Игралочка».
Отношение	Быстро включается в решение проблемы.	Осторожно, продуманно взвешивает решение проблемы.
Эмоциональное состояние	Бурное удовлетворение результатом	Спокойное удовлетворение результатом
Прогулка 11.00		
Ситуация	Игра «У медведя во бору».	
Отношение	Быстро включается в игру, активно выполняет действия.	
Эмоциональное состояние	Веселый, инициативный	
Сон 12.30—15.00		
Ситуация	Воспитатель укладывает в первую очередь.	Воспитатель укладывает в последнюю очередь.
Отношение	Быстро засыпает.	Хорошо засыпает.
Эмоциональное состояние	Сон глубокий, длительный	Сон глубокий, длительный
Подъем 15.00		
Ситуация	Воспитатель будит позже.	Воспитатель будит раньше.
Отношение	Просыпается хорошо, не капризничает.	Просыпается хорошо.
Эмоциональное состояние	Настроение хорошее	Бодрый
Вторая половина дня		
Ситуация	Малоподвижная игра «Найди свой цвет».	Подвижная игра «Мыши и кот».
Отношение	Охотно принимает участие в игре.	Принимает активное участие.
Эмоциональное состояние	Настроение веселое	Настроение веселое, инициативен

Важную роль в определении состояния здоровья детей играют и сезонные ритмы. Ослабленные дети особо чувствительны к смене сезонов, которая существенно влияет на изменение их психосоматического состояния.

Рост респираторных заболеваний осенью способствует нарушению слаженности ритмов, что снижает устойчивость организма к болезнетворным воздействиям. В связи с уменьшением длительности дня в осенний период двигательная активность заметно снижается. Поэтому в плане оздоровления детей в нашем саду используются специальные мероприятия для профилактики ОРЗ и ОРВИ.

В период биологической весны значительно возрастает амплитуда большинства функций организма и биоритмов, что ве-

дет к повышению возбудимости нервной системы, резкой эндокринной перестройке, авитаминозу. Поэтому видоизменяется совместная деятельность, специально организованные занятия носят закрепляющий характер, большое внимание уделяется физической активности.

Выводы

Правильное построение режима дня детей в соответствии с особенностями индивидуального биоритмологического профиля — одно из центральных звеньев РОР. Оптимальный режим, задавая циклический способ организации жизнедеятельности ребенка, становится важным фактором, обеспечивающим нормальное физическое и умственное развитие, способствующим повышению уровня работоспособности, общей сопротивляемости организма.

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

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ Учебно-методическое пособие

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



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

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



Эту и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

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

Растим малышей здоровыми!

Сивак И.В.,
заведующий;

Бевзенко В.И.,
медсестра I квалификационной категории;

Копылова Н.А.,
воспитатель II квалификационной категории;

Романовская Н.В.,
педагог-психолог, МБДОУ д/с № 46 «Надежда»,
г. Норильск Красноярского края



Чрезвычайно актуальна сегодня проблема образования, воспитания и реабилитации детей с ослабленным здоровьем в условиях комбинированного ДОУ. В нашем дошкольном учреждении созданы две группы оздоровительной направленности для часто болеющих детей. Одна из них — для детей раннего возраста, другая — для малышей четвертого года жизни. В группах оздоровительной направленности осуществляется дошкольное образование детей в соответствии с образовательной программой учреждения, а также широко используется комплекс санитарно-гигиенических, профилактических и оздоровительных мероприятий и процедур. В него входят оздоровительные занятия, игры и упражнения с детьми. Мы хотим поделиться с коллегами своим опытом и предложить ряд оздоровительных занятий, разработанных в нашем коллективе. Они доступны для детей всех возрастов

и направлены на развитие правильного дыхания и обучение дошкольников элементарным приемам самомассажа.

В наше время дефекты дыхания и его ослабление — явления такие же частые, как деформация стопы и искривление позвоночника. Заболевания органов дыхания, в отличие от ортопедических дефектов, обнаруживаются не столь быстро. У маленьких детей полностью отсутствует осознанное управление дыханием. Обучение детей правильному дыханию предусматривает совершенствование произвольной регуляции дыхательных движений. Необходимо научить их дышать через нос, в полости которого вдыхаемый воздух согревается, очищается, увлажняется, а находящиеся на слизистой оболочке лейкоциты захватывают и поглощают микроорганизмы.

Правильное носовое дыхание способствует тренировке дыха-

тельной мускулатуры, улучшает местное кровообращение, препятствует разрастанию аденоидов: предохраняет от переохлаждения, инфицирования слизистой оболочки носа, помогает регуляции мозгового обращения, укрепляет дыхательную, сердечно-сосудистую системы организма ребенка, улучшает ритмы, повышает энергетическое обеспечение деятельности мозга, элиминирует многие соматические нарушения.

Разработанные нашими специалистами дыхательные игры эффективно решают такие задачи, как:

- профилактика ринитов, бронхитов (простудных заболеваний);
- повышение общего жизненного тонуса ребенка, сопротивляемости и устойчивости организма к простудным заболеваниям;
- развитие дыхательной мускулатуры;
- приобретение навыка правильного дыхания.

Выполнять упражнения на развитие дыхания необходимо в медленном и среднем темпе, учитывая незавершенность формирования дыхательной системы малышей.

При проведении самомассажа рекомендуется обучать детей не надавливать с силой на указанные точки, а массировать их мягкими движениями пальцев, слегка

надавливая ими и легко поглаживая.

При систематическом проведении массажа улучшаются функции рецепторов, проводящих путей, усиливаются рефлекторные связи коры головного мозга с мышцами и сосудами. Под влиянием массажа в рецепторах кожи и мышцах возникают импульсы, которые, достигая коры головного мозга, оказывают тонизирующее воздействие на ЦНС, в результате чего повышается ее регулирующее воздействие на все системы и органы. Для получения желаемого эффекта проводить занятия необходимо в игровой форме два раза в день. Один и тот же самомассаж, игры на дыхание можно повторять на нескольких занятиях, в чередовании или подряд.

Рекомендации по проведению занятий

1. При проведении занятий рекомендуется учитывать самочувствие детей, их эмоциональное состояние.

2. Внимание детей раннего возраста неустойчиво, поэтому продолжительность занятий не должна быть более 5–10 мин.

3. Занятия проводить в проветриваемом помещении.

4. Обязательно перед занятием очищать нос ребенку, чтобы носовое дыхание было правильным.

Ежик и его друзья*Задачи:*

- обучать элементам самомассажа ушной раковины, стимуляции активных точек, расположен-

ных на ладонях рук и подошвах ног;

- способствовать созданию положительного эмоционального настроя у детей.

Чтение текста взрослым	Действия по тексту
1	2
В одной сказочной стране жил-был ежик. Проснулся он утром и решил провести своих друзей	Взрослый вносит в группу игрушку. И предлагает детям пойти вместе с ежиком в гости к его друзьям
Пошел ежик в гости к белочкам. Белочки на ветках сидят и орешки щелкают. Предложили они ежику с орешками поиграть	Покатать орешки между ладонями (<i>делать орехами круговые движения между ладонями, а потом продольными движениями</i>) вперед-назад. (Выполнять 1 мин.)
Поиграл ежик с белочками и побежал к зайцам. Зайчики сидят и с ушками играют	Завести ладони за уши, загнуть их вперед, прижать ушные раковины к голове, резко отпустить. Захватить большим и указательным пальцами мочки ушей и потянуть вниз, затем отпустить. Ввести большой палец в наружное слуховое отверстие, указательным пальцем прижать козелок — выступ ушной раковины спереди, «покрутить козелок»
Идет по лесу мишка косолапый, под ногами ветки трещат. Предложил мишка ежику палочку «волшебную» покатаť ножками, чтобы они у ежика не болели	Сесть, расслабиться. Босой ногой катать скалку или палочку. (Выполнять 3—5 мин.)
Попрощался ежик с мишкой и пошел дальше. А тут сова ухнула, зовет ежика поиграть	Игра «Совушка-сова». Медленно поворачивать голову влево и вправо. По сигналу «Ночь!» смотреть вперед; взмахнуть руками — опустить руки вниз, протяжно без напряжения произнести «у-у-ффф». Вдохнуть через нос, выдохнуть ртом. (Выполнять 3—4 раза.)
Поблагодарил ежик своих друзей и пошел домой	Молодец ежик, теперь он болеть не будет. (<i>Взрослый хвалит детей.</i>)

Ежик-чудачок
(закаливающее
носовое дыхание)*Задачи:*

— учить правильному носовому
дыханию;

— укреплять мышцы лица, дыха-
тельный тракт, проводить про-
филактику трахеитов, бронхи-
тов, ринитов;
— способствовать созданию эмо-
ционального настроения.

1	2
В одной сказочной стране жил ежик. Больше всего он любил гулять	Взрослый вносит в группу игрушку и предлагает детям пойти вместе с ежиком погулять
Бежал ежик по лесу и вдруг остановился, увидел на листике красивую бабочку, решил с ней поиграть	Игра «Бабочки». Положить на ладошку ребенка вырезанную из бумаги бабочку; сделать вдох через нос, губы сложить хоботком, подуть на бабочку. (Выполнять 3—4 раза.)
Поиграл ежик с бабочкой и побежал дальше. Выбежал на полянку, а на ней много цветов, стал он их нюхать	Игра «Понюхай цветок». Глубоко вдохнуть через нос, выдохнуть через рот (без напряжения голоса), произнести «а-а-а». Как приятно пахнет цветок. (Выполнять 3—4 раза.)
Стал ежик взбираться на горку, тяжело ему, устал, пыхтит	Два раза пошмыгать носом, сделать паузу. Шумно вдохнуть, без выдоха (30—40 с.)
Устал ежик, сел на пенек, решил поиграть с носиком	Вдохнуть и выдохнуть через правую ноздрю, поочередно закрывая их указательным пальцем. (Повторить 3—4 раза.)
Хороший носик у ежика	Расположить на переносице указательные пальцы и выполнять ими движения к крыльям носа, затем вверх и обратно, делая как бы растирание. (Повторить 5 раз.)
Вышел ежик на полянку, нашел там домик змейки, попросил ее с ним поиграть. Ежик ловит змейку. <i>(Дети прячут язычки.)</i>	Игра «Змеинный язычок». Широко открыть рот, достать кончиком языка до подбородка и подержать от 3 до 10 с до 5 раз
Вышла на полянку пастись лошадка и предложила ежику с ней поиграть	Звуковая игра «Лошадка». Улыбнуться, открыть рот; пощелкать кончиком языка, как цокают лошадки, рот при этом открыт, язык должен быть широким. (Выполнять 20—30 с.)
Дети «превращаются в лошадок» и лошадки идут в группу	Ежик благодарит детей. <i>(Взрослый хвалит детей.)</i>

Ежик на прогулке (закапывающее носовое дыхание)

Задачи:

- тренировать навыки правильного носового дыхания, укреп-

- лять мышцы лица, стимулировать активные точки;
- развивать воображение, умение выполнять движения по указанию взрослого.

1	2
В одной сказочной стране жил ежик. Больше всего любил он гулять. Дети, давайте вместе с ежиком поедem на машине погулять	Взрослый вносит в группу игрушку
Но колесо в машине лопнуло, давайте поможем ежику накачать его. Взяли «насосы» в руки. <i>(Дети выполняют.)</i> Молодцы! Помогли ежику накачать колесо. Поехал ежик дальше	Упражнение «Насос». И.п. — сидя, руки вытянуты перед собой на уровне груди, ладони вниз, пальцы слегка сжаты в кулаки. Сильно, шумно вдохнуть через нос, слегка поднять руки, при опускании рук сделать произвольный выдох. (Повторить 4 раза; 5 вдохов.)
Вышел ежик на полянку, а на ней много красивых цветов, стал он их нюхать	Игра «Понюхай цветок». Глубоко вдохнуть через нос, выдохнуть через рот (без напряжения голоса), произнести «а-а-а». Как приятно пахнет цветок! (Повторить 3—4 раза.)
Давайте поможем ежику грибочки поискать	Два раза шмыгнуть носом, сделать паузу. Шумно вдохнуть, без выдоха. (Выполнять 30—40 с.)
Устал ежик, сел на пенек, решил поиграть с носиком	Вдохнуть и выдохнуть через правую ноздрю, поочередно закрывая их указательным пальцем. (Повторить 3—4 раза.)
Нагулялся ежик и его носик запел	Сделать вдох через нос; на выдохе протяжно тянуть звук [м], одновременно постукивая указательными пальцами по крыльям носа. (Повторить 3 раза.)
Хороший носик у ежика	Расположить на переносице указательные пальцы и выполнять ими движения к крыльям носа, затем вверх и обратно, делая как бы растирание. (Повторить 5 раз.)
Давайте посмотрим, что нам ежик из лесу привез? Взрослый показывает и раздает (индивидуально для каждого ребенка) «маленьких ежиков»	Предлагает детям покатаь «ежиков» между ладонями. Делать круговые движения между ладонями. (Выполнять 1 мин.)

Окончание

Массаж ладоней сопровожда- ем стихами. Посмотрите на свои ладошки: какой след оставил там ежик!	Ежик, ежик-чудачок, Шил колочий пиджачок. Спрячем в руки мы ежа, Не найдет его лиса. Покатай его немножко — След оставит на ладошке
Раз, два, раз, два — вот и кон- чилась игра, а раз кончилась игра — домой ежику пора	Ежик благодарит детей. <i>(Взрослый хвалит детей.)</i>

День рождения Ежика*Задачи:*

- тренировать навыки носового дыхания;
- развивать дружеские качества к персонажу-игрушке;
- формировать углубленное ды-
хание, правильное смыкание
губ, ритмирование;
- способствовать улучшению
эмоционального настроения детей.

1	2
Ребята, ежик приглашает нас на свой день рождения. Где живет ежик? <i>(В лесу.)</i> Вы хотите туда попасть? Тогда в путь!	Взрослый предлагает детям рассмотреть открытку- пригласительный билет
В лесу нас закружила вьюга. Надо переждать ее, чтобы не заблудиться, садитесь на пенечки	Игра «Вьюга». Сидя на стульях, сделать глубокий вдох через нос, на выдохе через рот имитировать вой ветра «у-у-у- у» (тихо—громко). (Повторить 3—4 раза.)
Прекратилась вьюга, ста- ли падать крупные сне- жинки	Игра «Подуй на снежинку». Положить ребенку на ладошку перышко или вату и предложить сдуть. (Усложнение — сдуть ватку сначала ртом, затем носом.) Воздух вдыхать через нос и выдыхать через рот
А вот и тропинка. До до- мика ежика рукой подать. А мы без подарка! Давай- те надуем для ежика воздушный шарик!	Игра «Шарик». Сидя на стуле, широко развести руки в стороны и глубоко вдохнуть воздух носом, выдуть его в вооб- ражаемый шарик через рот «ффф», медленно соеди- няя ладони под шариком. Затем по хлопку взрослого шарик лопается — дети хлопают в ладоши. Из шари- ка выходит воздух: дети произносят звук [ш], делая губы хоботком. (Повторить 2—5 раз.)
И вот мы в гостях у наше- го колочего друга. Нас ждет торт. Мы покушали и вот какие у нас стали животы!	Упражнение «Животики». Расслабить мышцы живота, начать вдох — «наду- вая» в животе шарик, сделать паузу (задержать дыхание)

Окончание

	Выдохнуть: втянуть живот как можно сильнее, сделать паузу; выдохнуть: губы вытянуть трубочкой и с шумом «пить» воздух
Ну вот мы угостились, а теперь давайте поиграем с ежиком	Упражнение на расслабление «Любопытная Варвара». Смотреть вправо (голова вправо), смотреть влево (поворот головы влево), а потом опять вперед (голова прямо). Пусть Варвара отдохнет. А Варвара смотрит вверх. Выше всех, дальше всех — наклонить головы назад, возвратиться обратно (голова прямо). (Повторить 3—4 раза.)
Милый друг, нам пора! Не грусти, придет день другой, мы тебя навестим, пирогом угостим	Дети прощаются с игрушкой. (<i>Взрослый хвалит детей.</i>)

Кошечка играет с ушками (массаж «волшебных» точек ушек)

Задачи:

— обучать элементам самомассажа ушной раковины;

— способствовать созданию веселого настроения, развивать воображение, умение имитировать;

— формировать привычку к здоровому образу жизни.

1	2
Взрослый вносит в группу игрушку (кошку)	Дети рассматривают строение ушей
Что киске помогает поймать мышку-норушку? Конечно, ушки! Ребята, а вы хотите слышать и шевелить ушками так же хорошо, как киска? Тогда давайте учиться вместе	Взрослый предлагает детям поиграть в «кошечку и мышку».
Кошечка услышала, как мышка пробежала, и ушки вперед выставила	Выполнить загибание ушных раковин. Загнуть ушки вперед сначала мизинцем, а потом всеми пальцами; прижать ушные раковины к голове, затем отпустить. (Повторить несколько раз так, чтобы ребенок ощущал хлопок в ушах.)
Повесим кошечке сережки на ушки	Выполнить оттягивание мочек ушей. Кончиками большого и указательного пальцев потянуть вниз обе мочки ушей. (Повторить 5—6 раз.)
Почистим кошечке ушки	Выполнить массаж козелка. Ввести большой палец в наружное слуховое отверстие, а указательным пальцем прижать находящийся спереди выступ ушной раковины (козелок). Сдавливать и поворачивать его во все стороны в течение 20—30 с

Окончание

Ушки у кошечки замерзли, давайте поможем ей согреть их	Выполнить растирание ушей. Приложить к ушам ладони и тщательно тереть ими всю раковину
Наша кошечка поймает любую мышку. И мы теперь не будем болеть <i>Примечание.</i> Для большего интереса занятие можно сопровождать стихами: Ушки ты свои найди и скорей их покажи. Ловко с ними мы играем. Вот так хлопаем ушами. А сейчас все тянем вниз. Ушко, ты не отвалишься! А потом, а потом покрутили козелком. Ушко, кажется, замерзло, отогреть его так можно. Раз, два! Раз, два! Вот так кончилась игра. А раз кончилась игра, наступила тишина	Кошечка благодарит детей

Петушки-драчуны (самомассаж пальцев и рук)

Задачи:

— обучать элементам самомассажа, стимуляции активных точек;

— создать у детей веселое настроение, развивать воображение, фантазию.

1	2
Взрослый вносит в группу игрушку	Дети рассматривают гребешок петушка и пальчики на руках
Гребешок петушка похож на наши пальчики на руке. А чтобы наш петушок не болел, не чихал, надо нам петушка полечить	Выполняется растирание пальцев. Поочередно растирать пальцы левой руки, как бы надавливая на каждый палец «колечко» из сжатых пальцев правой руки (растирать пальцы до приятного тепла). Поочередно растирать пальцы правой руки
«Петушки-драчуны» подрались	Растирать ладони до приятного тепла — скользящие движения ладони о ладонь
«Петушки распушили» хвосты	Растирать пальцы — переплестать вытянутые пальцы обеих рук и слегка тереть их друг о друга, направляя ладони в противоположные стороны
Давайте помирим наших «петушков». Умоем «петушков»	Пальцы «закрыть» на замок и крепко сжать ладошки. Массировать тыльные стороны ладоней, имитировать мытье рук

Окончание

Наши «петушки» помирились и дружно взлетели на «забор»	Вытянуть руки вверх и шевелить пальчиками. «Ку-ка-ре-ку!»
«Петушки» прыгнули с забора	Дети стряхивают руки, расслабляют их и отдыхают. «Петушки» клюют зернышки
Молодцы детки, похвалите себя <i>Примечание.</i> Растирание пальцев можно сопровождать стихами: Петушок, петушок, Чистим мы твой гребешок. Долго первый зубчик трем, Ко второму перейдем. Третий долго-долго трем. На четвертый перейдем. А теперь клюв разотрем. И по складке проведем: Назад-вперед, назад-вперед. Петух песенку поет: «Ку-ка-ре-ку!»	Дети гладят себя по головке и приговаривают: «хороший» (каждый называет свое имя)

Зимние забавы в лесу*Задачи:*

- научить при помощи простейших упражнений приемам самомассажа (поглаживание, похлопывание, растирание);

— стимулировать активные точки (общее укрепление организма, тренировка правильного носового дыхания).

1	2
Давным-давно в одном лесу жили все звери, мирно жили, не ссорились, дружили, в гости друг к другу ходили	Взрослый предлагает детям пойти в сказочный лес и посмотреть, чем там занимаются лесные жители
Выпрыгнули на полянку зайцы и стали играть в снежки, лапки у зайчат замерзли, мама-зайчиха показала им, как надо ладошки согреть	Растирать ладони до приятного тепла, массировать тыльные стороны ладоней, имитируя мытье рук. Переплетать вытянутые пальцы обеих рук и слегка тереть их друг о друга, направляя ладони в противоположные стороны. Поочередно массировать каждый палец (тереть каждый пальчик). Расслабить руки и встряхнуть ими

Окончание

Так весело и громко хохотали зайцы, что услышала их белка. Выскочила она к зайцам, видит, какие они задорные. Предложила им, чтобы зайцы никогда не болели, массаж «волшебных точек»	Массировать центр переносицы указательным пальцем, надавливая легко, делая одновременно вращательные движения. Массировать края боковой борозды крыла носа, указательным пальцем надавливая легко, делая одновременно вращательные движения в области точки — центра подбородка
Пошел крупный снег, снежинки сиделись на лапки зверушкам. Стали они сдвигать снежинки	Игра «Подуй на снежинку». Положить ребенку на ладошку перышко или вату и предложить сдуть. (Усложнение — сдуть ватку сначала ртом, затем носом.) Воздух вдыхать через нос и выдыхать через рот
Стало весело в зимнем лесу <i>Примечание.</i> Точечный массаж можно сопровождать словами: Пальчик быстро покажи, Переносицу найди и тихонько надави, Влево-вправо, влево-вправо Этот пальчик поверни. Указательных два пальца Возле носика прижми, Непрерывисто, легонько, Быстро-быстро надави. А теперь на подбородке Нужно точечку найти. Не забудь, что влево-вправо Пальчиком ты поверни. «Вилку» пальчиками сделай, Массируй ушко ты умело. На руках пять пальцев-братьев — Ты их точкой раздели и немного надави. Не забудь, что влево-вправо Пальчиком ты поверни. Вот теперь нам все простуды Будут вовсе не страшны	Похвалить детей

ШКОЛА ДОКТОРА НЕБОЛЕЙКИ

Горкунова Л.В.,

старшая медицинская сестра, МДОУ д/с № 49

общеразвивающего вида, г. Полевской Свердловской обл.

Образовательная программа «Школа доктора Неболейки» для детей старшего дошкольного возраста разработана на основе программ: «Помоги себе сам» (Л.В. Макушкин), «Познай себя» (под ред. М.Л. Лазарева), «Основы безопасности жизнедеятельности детей» (Н.Н. Авдеева, О.Л. Князева, Р.Б. Стеркина) и является составной частью комплексной программы оздоровления детей нашего МДОУ «Малыши-крепыши».

Цель «Школы доктора Неболейки»: укрепить здоровье детей, формировать у них осознанное понимание необходимости заботы о своем здоровье.

Задачи:

- укреплять физическое здоровье детей;
- проводить профилактику заболеваний;
- формировать активное поведение и способность быстро адаптироваться к новой обстановке;
- осмысленное отношение к необходимости занятий физкультурой и спортом.
- воспитывать у детей культурно-гигиенические навыки на основе элементарных теоретических знаний по анатомии, физиологии и гигиене своего организма;

— помогать ребенку принимать правильное решение в опасных для жизни и здоровья ситуациях.

В процессе реализации программы дети знакомятся с вопросами рационального питания, основами гигиенических навыков, учатся принимать самостоятельные решения в различных ситуациях, касающихся здоровья. Они знакомятся с правилами поведения в экстренных ситуациях, способами оказания первой медицинской помощи, снятия стресса, улучшения эмоционального состояния.

Основное звено — формирование у детей осмысленного отношения к занятиям физкультурой и спортом, специализированной гимнастикой и прочим мероприятиям физкультурно-оздоровительной направленности (спортивные досуги, развлечения, праздники).

Занятия с детьми старшего дошкольного возраста проходят во второй половине дня с использованием разнообразных творческих приемов:

- беседы (с их помощью создаются условия для межличностного общения, развития коммуникативных навыков);
- чтение детям произведений художественной литературы и их обсуждение;



- придумывание детьми сказок, стихов, загадок, рисование;
- разучивание песен, стихов, пословиц и поговорок о здоровье;
- использование разнообразных дидактических игр;
- проведение встреч-бесед с педиатром, стоматологом;
- составление схем систем жизнедеятельности организма человека;
- проведение опытов и практических заданий;
- разучивание комплексов физических упражнений для укрепления здоровья;
- осуществление самонаблюдений детей при ознакомлении с органами дыхания, сердца, работой мышц, органами чувств и т.д.;
- ознакомление с особенностями анатомии (внутреннего и внешнего строения человека)

с учетом возрастных возможностей;

- проведение веселых физкультминуток в течение занятия.

Комплекс мероприятий позволяет сформировать у детей устойчивые навыки здорового образа жизни, способность нести личную ответственность за свое здоровье, а в итоге — за свое будущее.

Помимо этого, программа «Школа доктора Неболейки» позволяет:

- повысить умственную работоспособность детей;
- стимулировать познавательные процессы, сделать их более эффективными, гибкими;
- способствует тренировке памяти, развитию речи, логического мышления;
- улучшению настроения и эмоционального состояния детей;
- помогает в воспитании культуры тела, чувств.

Школьная зрелость детей в современных социально- экономических условиях

Ганузин В.М.,

канд. мед. наук, доцент кафедры
поликлинической педиатрии, ГОУ ВПО Ярославская
государственная медицинская академия;

Балабина В.В.,

заведующий отделением ООМПД в образовательных
учреждениях, МУЗ «Детская поликлиника № 3»,
г. Ярославль

ПЕДИАТРИЯ



Для успешного вхождения в школьную жизнь ребенку нужно иметь соответствующий уровень зрелости в физическом и социальном отношении. Развитая мелкая моторика рук, достаточный уровень внимания и памяти, эмоциональное равновесие, способность к саморегуляции и проявлению волевых усилий, необходимое речевое развитие — эти признаки школьной зрелости зависят от общего соответствия развития ЦНС ребенка возрастным нормативам.

Первое углубленное обследование детей проводится в октябре — ноябре года, предшествующего поступлению в школу. В эти же сроки проходит психофизиологическое исследование развития школьно-необходимых функций (моторика, речь). Детям, имеющим отклонения в состоянии здоровья, назначается комплекс лечебных и оздоровительных мероприятий по их коррекции.

Повторно детей осматривают перед поступлением в школу (в апреле — мае). Одновременно проводится повторное психофизиологическое исследование.

Нарушения соматического и нервно-психического здоровья, своевременно не выявленные и не скорректированные на этапе дошкольного периода, вызывают серьезные затруднения при адаптации к школе, часто приводят к хронической неуспеваемости ребенка, переутомлению и, как следствие, еще более выраженным нарушениям здоровья.

Нами проведен анализ школьной зрелости 1159 детей 6—7-летнего возраста перед их поступлением в

школу. Школьная зрелость оценивалась на доврачебном и врачебном уровнях обследования.

Доврачебный этап диспансеризации — это использование скрининг-тестов, при массовых осмотрах обеспечивающих предварительное выделение в детских коллективах лиц с наиболее вероятным наличием искомого тестом отклонения.

Доврачебный этап диспансеризации включает в себя:

- анкетный тест;
- оценку физического развития (длина тела, масса, ЖЕЛ, динамометрия);
- эмоционально-вегетативной сферы по анкетному тесту;
- биологического возраста по зубной формуле;
- выявление нарушения осанки;
- плоскостопия (плантография);
- нарушений слуха с помощью шепотной речи;
- исследование остроты зрения;
- определение психофункциональной зрелости по результатам тестирования;
- прогнозирование течения адаптации к школе по анкетному тесту.

Педиатрический этап диспансеризации включает в себя осмотр педиатром с оценкой результатов обследования детей со скрининг-программой и комплексную оценку состояния здоровья детей:

- диагноз;
- физическое развитие;
- физическая подготовленность;
- нервно-психическое развитие;
- резистентность;

- группа здоровья;
- группы риска;
- психофункциональная готовность к школе;
- прогноз адаптации к школе.

При оценке физического развития в группе дошкольников получены результаты, представленные в табл. 1.

При оценке нервно-психического развития детей дошкольного возраста выявлены следующие показатели: эмоционально-вегетативное состояние — норма 81%, отклонение 19; психомоторная сфера и поведение — норма 85, отклонение — 15; интеллект — норма 91%, отклонение — 9%. Школьный врач определял только отклонения в нервно-психическом развитии. Подтверждение наличия нарушений и их квалификация давались специалистом (психологом, психиатром).

При обследовании костно-мышечной системы были выявлены отклонения, представленные в табл. 2.

Таблица 1

**Показатели физического
развития детей,
поступающих в школу**

Показатель	Абс.	%
Нормальное физическое развитие	789	68
Дефицит массы тела	63	6
Избыток массы тела	243	21
Высокий рост	35	3
Низкий рост	29	2

Таблица 2

**Патология
костно-мышечной
системы у детей,
поступающих в школу**

Показатель	Абс.	%
Незначительное нарушение осанки	197	17
Значительное нарушение осанки	54	4,7
Положительный тест на сколиоз	10	1
Отрицательный тест на сколиоз	1149	99
Нормальная плантограмма	903	78
Уплотнение стопы I степени	144	12
Уплотнение стопы II степени	54	5
Уплотнение стопы III степени (плоскостопие)	58	5

Таблица 3

**Физическая
подготовленность
и функциональные
возможности организма
детей, поступающих в школу**

Показатель	Уровень	Абс.	%
Физическая подготовленность	Выше среднего	304	26
	Средний	724	63
	Ниже среднего	131	11
Оценка динамометрии	Возрастная норма	673	58
	Показатели выше нормы	49	4
	Показатели ниже нормы	437	38
Жизненная емкость легких	Возрастная норма	969	84
	Показатели ниже нормы	190	16

Дети с выявленными отклонениями были направлены к ортопеду для уточнения диагноза, проведения реабилитации и постановки на диспансерный учет.

На доврачебном этапе также выявлены дети со снижением остроты зрения — 9,5% и остроты слуха — 0,3%. При впервые выявленной патологии дети направлялись к специалистам (окулисту и ЛОР-врачу).

Физическая подготовленность и функциональные возможности организма детей, поступающих

в 1-й класс, имели показатели, приведенные в табл. 3.

Следует отметить, что дети с низким уровнем физической подготовленности составили 11%, низкими показателями динамометрии — 38, низкой жизненной емкостью легких — 16%.

Степень резистентности определялась по кратности острых заболеваний, перенесенных ребенком в течение года. При этом были получены результаты, приведенные в табл. 4.

Серьезная задача, стоящая перед медико-педагогическим коллек-

Таблица 4

**Степень резистентности
у детей, поступающих
в школу**

Степень резистентности	Абс.	%
Хорошая	1016	87,7
Сниженная	114	10
Низкая	25	2
Очень низкая	4	0,3

тивом ДОУ, — выявление детей с нарушением поведения. Наши исследования показали, что 87% детей не имели нарушения поведения, у 10 — выявлены незначительные нарушения, а 3% дошкольников имели синдром дефицита внимания с гиперактивностью.

При определении группы здоровья у дошкольников получены следующие результаты. Дети с I группой здоровья составили 0,2%, со II — 77, III — 21,3, IV группой — 1%.

Соответствие биологического возраста дошкольников паспортному оценивали по следующим критериям: длина тела (в пределах $M \pm 2$ сигм); прибавка в росте за последний год (не менее 4 см); число постоянных зубов — не ниже среднего темпа (табл. 5).

К моменту поступления в школу у ребенка должны быть достаточно развиты необходимые для школьного обучения функции организма:

Таблица 5

**Соответствие биологического
возраста паспортному
у детей, поступающих в школу**

Уровень соответствия	Абс.	%
Опережение паспортного возраста	42	4
Соответствие паспортному возрасту	1026	88
Отставание от паспортного возраста	91	8

сформированность речи (отсутствие дефектов звукопроизношения) — от правильности речи во многом зависит последующая грамотность школьника;

развитие мелкой моторики — аппарата мышц кисти, которые участвуют в овладении навыками письма;

уровень психического развития ребенка, состояние его условно-рефлекторной деятельности, служащей основой усвоения обучения и воспитательных воздействий.

При сформированности именно этих функций у первоклассников выявляется высокая степень связи с показателями успеваемости, умственной работоспособности, учебной активности и утомляемости.

Оценка психофункциональной зрелости проводилась по следующим основным критериям:

- исследование моторных функций (общей и мелкой моторики);
- качество звукопроизношения, фонематический слух (табл. 6).

Таблица 6

Психофункциональная зрелость детей, поступающих в школу

Показатель	Уровень	Абс.	%
Развитие общей моторики	Норма	1099	95
	Отклонение	60	5
Развитие мелкой моторики (тест Керна—Ирасека)	Зрелый	805	70
	Зреющий с благоприятным прогнозом	268	23
	Зреющий с неблагоприятным прогнозом	47	4
	Незрелый	39	3
Развитие мелкой моторики (тест «Лабиринт»)	Тест выполнен	1028	89
	Тест не выполнен	131	11
Дефекты звукопроизношения		257	22
Фонематический слух	Низкий	56	5
	Средний	610	53
	Высокий	493	42

На основании полученных результатов психофизиологического обследования 1159 дошкольников 6—7-летнего возраста, поступающих в 1-й класс, можно констатировать, что только 97% детей были готовы к обучению в школе. Эти дети не имели ограничений по выбору образовательного учреждения. Остальным (3%) было рекомендовано дальнейшее обследование через ПМПК по определению типа образовательного учреждения.

Таблица 7

**Прогноз адаптации
к школе детей
поступающих в школу**

Характер течения адаптации	Абс.	%
Благоприятное	876	76
Среднеблагоприятное	257	22
Неблагоприятное	26	2

Прогнозирование адаптации ребенка к школе — последний диагностический этап, проводимый при помощи теста, в котором представлены данные о наличии отягощенных факторов биологического и социального анамнеза ребенка, способные неблагоприятно влиять на течение его адаптации в школе (табл. 7). Риск нарушения социальной адаптации к школьным факторам, выявляемый до начала их воздействия, рекомендуется ослаблять путем целенаправленного оздоровления таких детей.

Таким образом, медико-психолого-педагогическое обследование детей перед поступлением в школу позволило выявить комплекс отклонений в состоянии здоровья и наметить план реабилитационных мероприятий, способствующих более легкой их адаптации к обучению в школе.

Профилактика и лечение болезней глаза

Николаева Г.В.,

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

Трудно переоценить значение зрения в нашей жизни. И трудно понять хорошо видящему человеку, что означает его потеря. Более 80% информации из внешнего мира мы получаем с помощью глаз. Ребенок, потерявший зрение в раннем детстве, заметно отстает в развитии от своих сверстников. Пожилой человек, теряющий зрение, лишается возможности читать, смотреть телевизор, ориентироваться в пространстве, обслуживать себя...

Человек по природе своей хищник. Его предназначением изначально была охота, выслеживание, загон добычи. Выживал тот, кто вовремя заметит врага, метко подстрелит добычу. В современном мире изменились требования к человеку, изменилось и функционирование органа зрения. Уже нет необходимости хорошо видеть вдаль. Вся зрительная работа выполняется на близком расстоянии. Значительно возросла именно зрительная нагрузка вблизи. Рядом ученых уже высказывается мнение, что близорукость до 3,0 диоптрий — это нормальная рефракция для современного человека, следствие

приспособления к постоянной работе на близком расстоянии. Огромное зло для формирующегося, незрелого зрительного анализатора детей несут игры в мобильных телефонах, карманных игровых приставках. Невозможно объяснить ребенку, почему он должен оторваться от интереснейшей видеоигры.

Вспомогательный (защитный) аппарат глаза создан природой с целью уберечь его от травм, нежелательного воздействия окружающей среды, помочь выполнять свою основную функцию — зрительную работу. К вспомогательному аппарату глаза относятся: глазодвигательные мышцы, направляющие взгляд в нужную сторону; веки, защищающие глаз от высыхания и травм; брови, выполняющие функцию механического барьера; слезная железа, вырабатывающая защитную, смазывающую и питающую жидкость — слезу. Эти образования берут на себя все нежелательные воздействия внешней среды. И в первую очередь подвержены развитию целого ряда патологий.

Нарушение нормальной работы вспомогательного аппарата глаза

может привести к проблемам в нормальном световосприятии. Патология век: опущение века — птоз, нарушит доступ света в глаз, не полное смыкание век приведет к высыханию роговицы и нарушению ее прозрачности. Нарушение выработки слезы тоже приведет к сухости глаза. Неправильная, несогласованная работа мышц глаза затруднит согласованное восприятие зрительных образов двумя глазами — разовьется косоглазие и, как следствие, у косящего глаза снизится зрение — возникнет амблиопия (так называемый «ленивый глаз»). Остановимся подробнее на патологии век, конъюнктивы слезного аппарата.

Патология век

Опущение верхнего века (птоз) — может быть врожденным и приобретенным. Его причинами являются недоразвитие мышцы, поднимающей верхнее веко, нарушение иннервации, следствие травм. Птоз исправляется оперативным путем. Врожденный птоз верхнего века у ребенка может привести к значительному понижению зрения, так как нарушает доступ световых лучей через зрачок к рецепторам. Необходимо обеспечить доступ света в зрачок для нормального развития зрительного восприятия. Для этого обычно верхнее веко ребенка удерживают в правильном положении с помощью лейкопластыря. С 3 лет проводят пластические, «подвешивающие» операции.

Заворот век — может развиваться вследствие рубцовой деформации

краев век, старческой атрофии, нарушении иннервации мышц век — их края подворачиваются внутрь, при этом ресничный край трется о слизистую оболочку, роговицу, вызывает болевые ощущения, дискомфорт, травмируется, воспаляется. В результате может развиваться помутнение, изъязвление роговицы. Некоторое облегчение приносит удаление (эпиляция) ресниц. Но это временный эффект. Данный вид патологии исправляется оперативным путем.

Трихиаз — неправильный рост ресниц: часть их растет на внутреннем ребре века, трется при движении век о слизистую, роговицу, вызывает болевые ощущения, может привести к повреждению, ее воспалению. Удаление (эпиляция) ресниц приносит временный эффект, так как ресницы снова довольно быстро отрастают. Более стойкий результат дает разрушение луковиц ресниц термокаутером или лазером. В тяжелых случаях приходится делать пластику края век.

Несмыкание век — «лагофтальм» (заячий глаз), обычно развивается при неврологической патологии. Невозможность сомкнуть веки приводит к высыханию слизистой оболочки (конъюнктивы) и роговицы. Процесс сопровождается воспалительными явлениями, помутнением роговицы, нередко безвозвратным. Лечение проводит невропатолог. Для предотвращения высыхания глаза

веки сводят механически лейкопластырем, накладывают влажные салфетки, часто капают физиологический раствор, различные препараты искусственной слезы и другие смачивающие растворы, гелевые препараты с гиалуроновой кислотой: офтагель, корнерегель, хило-комод, масляный раствор витамина А; кератопротекторы: актовегин, солкосерил, тауфон (таурин).

Выворот век — состояние связано с атонией мышечного их слоя, чаще у пожилых людей, кроме косметического дефекта приводит к несмыканию век со всеми вытекающими последствиями. В народе часто говорят в различных ситуациях: «Три к носу». Если на фоне атрофических изменений, атонии мышц век вытирать глаза от внутреннего угла к наружному, как раз и разовьется выворот век. Возможен выворот век и на фоне рубцовой деформации, например, после тяжелых ожогов. Состояние сопровождается несмыканием глазной щели, слезотечением, мацерацией кожи века и щеки, высыханием, поражением роговицы. Лечится хирургически.

На веках могут возникать добро- или злокачественные образования в виде узелков, бляшек, язвочек, уплотнений. Такие образования — повод для немедленного посещения специалиста. Самолечение здесь недопустимо.

Доброкачественные новообразования: папилломы, кератомы, кератоакантомы.

Папилломы — образования цилиндрической формы, гладкой консистенции, локализующиеся на коже век. При расположении у края век может провоцировать воспаление слизистой оболочки — конъюнктивит за счет слущивания чешуек.

Кератома — плоское образование, слегка возвышающееся над поверхностью кожи, с неровной поверхностью, покрытое роговыми кистами (пузырьками).

Кератоакантома — полушаровидное образование с кратерообразным углублением, растет быстро, чаще располагается на нижнем веке, способно самопроизвольно излечиваться.

Также выделяют **группу предраков**. К ним относятся: кожный рог, приобретенный меланоз и старческий кератоз.

При *старческом кератозе* в височной зоне или в наружном отделе век располагается бляшка грязно-серого цвета, плоская, напоминающая терку при пальпации.

Приобретенный меланоз — односторонняя гиперпигментация кожи век неправильной формы. Характерно изменение интенсивности и размеров в зависимости от времени года.

Признаки озлокащивания (малегнизации) вышеперечисленных новообразований: появление трещинок, корочек, изъязвлений, зон геморрагической мацерации. Лечение — хирургическое, применяются методики электроэксцизии, CO₂-лазерной

эксцизии, радиоволновой хирургии.

Отдельную группу составляют **меланогенные образования** — невусы. В народе их принято называть родинками. Это пигментированные доброкачественные образования. Клинически они проявляются в период полового созревания, в пубертатный период. Для детей характерны пограничные невусы, т.е. расположенные на границе эпителия и дермы, а для взрослых — интердермальные. Прогрессирование невуса может спровоцировать половое созревание, беременность, кормление, климакс.

Признаки прогрессии:

- увеличение размеров по площади и высоте;
- неравномерная окраска;
- появление дочерних узелочков;
- распыление пигмента;
- полнокровие сосудов вокруг образования.

Отдельную группу составляют **сосудистые новообразования**. Их называют ангиомами. Они могут быть в виде плоского сосудистого пятна, узелка, кавернозных (пещеристых) разрастаний. Появление ангиом характерно для первого десятилетия жизни. В 3—4 года может быть спонтанный регресс. Лечение хирургическое. Широко применяют криодеструкцию. При плоских ангиомах используют метод погружной диатермокоагуляции. При больших — лучевую (RQ) или химиотерапию.

Для **злокачественных новообразований** характерно: быстрый

инфильтративный рост, при локализации опухоли у ресничного края всегда нарушается рост ресниц. В связи с тем что в области век богатая васкуляризация, более характерны не язвенные, а узловые формы новообразований.

Для европейской зоны наиболее часто встречающейся патологией является *базально-клеточный рак*. Растет очень медленно, метастазирует очень редко в региональные лимфатические узлы. Гематогенных метастазов нет. Локализуется в области внутренней половины нижнего века. Характерно появление геморрагической корочки на месте изъязвления. При локализации на веках в исходе прорастает в орбиту и, прорастая стенки ее, выходит на основание мозга. Выделяют узловую, склеродермоподобную, поверхностную и деструктивную формы. При узловой форме на внутренней половине верхнего века выявляют легко смещаемый узел со стеариновым оттенком, содержащий мало сосудов, может быть пигментация гнездная или в виде веточки. Для склеродермоподобной формы характерно возникновение изъязвления с последующим рубцеванием и повторным изъязвлением по краю рубца. Поверхностная — изъязвление, покрытое мелкими чешуйками. Для деструктивной формы характерны быстрый рост и раннее прорастание в полость орбиты.

Плоскоклеточный рак растет быстро. Сочный узел с большим

количеством новообразованных сосудов, в процессе роста образуется глубокая язва, покрывающаяся гнойной корочкой. Излюбленная локализация — наружная половина нижнего века. Характерны раннее метастазирование в региональные лимфатические узлы и гематогенные метастазы.

Железистый рак чаще встречается у азиатов. Как правило, поражаются мейбомиевы железы верхнего века. Быстро метастазирует в региональные лимфатические узлы и гематогенно. Склонен к рецидивам. В начале роста напоминает халязион, растет по ходу мейбомиевой железы к краю века. При прорастании конъюнктивы напоминает по форме цветную капусту грязно-серого цвета с обилием кровотокающих сосудов. По злокачественности сопоставим с меланомой.

Меланома — наиболее злокачественное новообразование. Возникает при перерождении невуса (родинки), других пигментных образований. Для кожной меланомы характерно полнокровие кожных сосудов вокруг пигментного пятна (узелка), образование дочерних узелков, изъязвление на поверхности. Может быть плоская или в форме узелка. Меланома быстро метастазирует.

Возникновение любого образования, узелка, длительно не заживающей язвочки на коже века — повод для обращения к специалисту. Многие формы онкологических заболеваний, на-

пример — базальноклеточный рак, растут очень медленно, их лечение в начальном периоде высокоэффективно. И очень обидно, когда пациент с таким заболеванием попадает к врачу на стадии уже не операбельной, при огромном размере образования с прорастанием в основание мозга. А ведь все могло бы закончиться минимальным оперативным вмешательством, обратиться он к офтальмологу вовремя.

Воспалительные процессы век — блефариты — сопровождаются покраснением краев век, шелушением, образованием гнойных корочек, зудом, выпадением ресниц.

Если причина воспаления — заражение клещом Демодекс, характерны зуд, выпадение ресниц, обломанные ресницы, часто возникающие множественные ячмени.

Причинами блефаритов могут быть: нарушения иммунитета, сахарный диабет, глистные инвазии, патология пищеварительного тракта, работа в запыленном помещении, в сильно загрязненной атмосфере, поражение клещом Демодекс, неправильно подобранные очки или отсутствие очков при рефракционных нарушениях (дальнозоркости). **В любом случае только специалист может выявить причину и назначить правильное лечение.** Иногда достаточно правильно подобрать очки, применить средства индивидуальной защиты глаз. В других случаях требуется вмешательство эндокринолога, иммунолога, лечение у гастроэнтеролога.

Если причина — поражение луковиц ресниц клещом Демодекс, кроме длительного медикаментозного местного лечения понадобится провести мероприятия для исключения повторного заражения. Обычно клещи живут в старых коврах, перьевых подушках, одеялах, старой мягкой мебели, выявляются в домашней пыли. Рекомендуются провести тепло-паровую уборку, обработать мебель и постельные принадлежности или приобрести синтепоновые подушки и одеяла. Заражение клещом возможно при пользовании чужим полотенцем, косметическими принадлежностями.

Клещи поражают не только ресницы, но и сальные железы кожи. Характерны крупные розовые угри. Поэтому специалисты рекомендуют обрабатывать не только края век, но и кожу лица. Обычно назначают обработку краев век влажным тампоном, смоченным эфирно-спиртовой смесью для обезжиривания, спиртовым экстрактом календулы; некоторые офтальмологи советуют обрабатывать края век корвалолом. После обработки на края век наносится антипаразитарная мазь. Долгое время использовалась цинко-ихтиоловая мазь, показавшая себя достаточно эффективным средством. Минусом было выраженное раздражающее действие на кожу и слизистую. Сейчас разработаны готовые средства, например гликодем.

Надо помнить, что клещ имеет определенный двухнедельный цикл развития. Чтобы быть уверенным в полном излечении, курс терапии должен занимать два цикла, т.е. длиться месяц. Для диагностики демодекоза, подтверждения излечения проводят микроскопию ресниц.

При лечении других форм блефаритов обязательно назначают обработку краев век, применяют спиртовой экстракт календулы, блефарогели, блефаролосьоны, в некоторых случаях тушируют зеленкой. Назначают мази с антибиотиками.

Если образуются гнойные корочки и язвочки — предварительно наносят на края век мазь с антибиотиком, например тетрациклиновую, а потом аккуратно снимают ее ватным тампоном вместе с размягчившимися корочками.

Обязательно выявляют причину развития воспаления и проводят соответствующее корректирующее лечение.

Ячмень — очень знакомая всем ситуация. На краю века появляется болезненный отечный уплотненный очаг, покраснение, формируется гнойничок. Ни в коем случае нельзя применять компрессы, согревающие процедуры. Лучше всего аккуратно обработать инфильтрат раствором спирта, зеленки, закапать антибактериальные глазные капли: 20- или 30%-ный раствор альбуцида, растворы левомицетина, ципрофлоксацина. Если процесс вы-

поражен, отмечается отек века, формируется абсцесс — может понадобиться вскрытие гнойничка. Необходима помощь специалиста. Причинами ячменя могут быть переохлаждение, ослабленный иммунитет, сахарный диабет (при часто возникающих, множественных ячменях необходимо провести исследование сахара в крови и моче), глистная инвазия, поражение клещом Демодекс.

Халязион — «градина» — хроническое воспаление мейбомиевых желез, проходящих в толще хряща века, вырабатывающих «смазку» для передней поверхности глазного яблока. Халязион напоминает горошину под кожей века, как правило, безболезнен, кожа над ним не изменена, подвижна. На начальных стадиях могут назначить физиопроцедуры (УВЧ, фонофорез с гидрокортизоновой мазью), мази с кортикостероидами. Эффективны инъекции кортикостероидов (кеналог, дипроспан) внутрь халязиона. Если лечение не помогает или формируются множественные, рецидивирующие халязионы — проводят хирургическое лечение.

Контагиозный моллюск — заболевание передается при контакте, поэтому ребенок, находящийся в детском коллективе, у которого выявлен контагиозный моллюск, подлежит карантину до излечения.

Заболевание характеризуется появлением желтовато-белых узелков размером до 2 мм с овальным краем и небольшим

углублением в центре. Они чаще располагаются в области внутреннего угла на нижнем веке ближе к ресничному краю, а иногда прямо на краю века образуются по несколько узелков. При локализации процесса у края века происходит мацерация узелков и кашицеобразная масса выделяется в конъюнктивальную полость. В таких случаях раздражается соединительная оболочка, возникает конъюнктивит. Есть основание считать контагиозный моллюск вирусным заболеванием, однако возбудитель до сих пор не выявлен.

Лечение состоит в выдавливании содержимого узелка с последующим прижиганием 1%-ным спиртовым раствором бриллиантового зеленого, раствором Люголя, 5%-ными растворами нитрата серебра, настойки йода, ляписным карандашом и др. Манипуляция осуществляется в амбулаторных условиях.

Патология конъюнктивы

Конъюнктива — слизистая оболочка, выстилающая передний отрезок глаза (кроме роговицы) и веки с внутренней стороны. Выделяют конъюнктиву глазного яблока, сводов, век. При сомкнутых веках образуется конъюнктивальная полость.

Воспалительные заболевания конъюнктивы — **конъюнктивит**. Бывают бактериальные, вирусные, аллергические. Как правило, характерны жалобы на зуд, резь в глазах, слезотечение. Слизистая

отечная, красного цвета различной степени интенсивности. Характерно для воспаления конъюнктивы: краснота более интенсивна от роговницы к векам, видны отдельные сосуды, при закапывании капель с сосудосуживающим компонентом, например, визина, покраснение уменьшается.

При *бактериальных конъюнктивитах* характерно обильное гнойное отделяемое, цвет которого зависит от вида возбудителя. Отделяемое часто может склеивать веки, особенно после сна. При вирусном воспалении — отделяемое чаще слизистого или слизисто-гнойного характера, в небольшом количестве.

Вирусные конъюнктивиты протекают на фоне вирусных инфекций (грипп, острая респираторная вирусная инфекция, герпес, корь, ветряная оспа, краснуха) или после перенесенной инфекции. Предшествуют заболеванию общее недомогание, лихорадка, катаральные явления.

Аллергические конъюнктивиты часто имеют сезонный характер, связаны с цветением определенных растений. Сопровождаются насморком, чиханием, слезотечением, светобоязнью. Могут вызываться контактом с химическими веществами, косметикой, шампунями и т.д. При аллергических конъюнктивитах отделяемое скудное, слизистое, тягучее.

Надо помнить, что конъюнктивит — чаще всего инфекционное заболевание. Можно заразить

окружающих через полотенце, предметы туалета, постельные принадлежности, грязные руки. Необходимо строго соблюдать правила личной гигиены, чаще мыть руки, менять ежедневно полотенце, наволочку (на них скапливается инфекция). Разумно использовать одноразовые салфетки, пеленки. У ребенка на время заболевания должны быть игрушки, которые легко можно обработать, помыть с мылом. И делать это надо как можно чаще.

Отделяемое с век убирают влажным тампоном, смоченным раствором фурацилина, борной кислоты, 0,25%-ным раствором левомицетина. При первых признаках заболевания можно закапать в глаза 0,25%-ный раствор левомицетина или 20%-ный альбумида по 2 капли 4 раза в день. Если подозрение на аллергическую природу заболевания — применяют полинадим, сперсаллерг, или опатанол по 2 капли 4 раза в день. Можно принять в возрастной дозе кларитин, лоратадин, тавегил. Если в течение 1—2 суток улучшения нет, необходимо срочно обратиться к офтальмологу.

Птеригиум — по-другому еще называется «крыловидная плева». Это дистрофическое заболевание конъюнктивы, выстилающей глазное яблоко. Его появлению способствует длительное раздражение слизистой оболочки глаз, например при работе в запыленном, задымленном помещении, с химическими реагентами и т.д. Вы-

глядит, как складочка слизистой, широким основанием направленная к углу глаза, узким — к роговице. Вершина птеригиума постепенно нарастает на роговицу, прикрывая ее сверху. В этом и заключается основная проблема. Закрывая роговицу, птеригиум значительно нарушает процесс зрения. Лечение хирургическое. На начальных этапах амбулаторно хирургическим лазером выключают сосуды, питающие растущую головку птеригиума. При большой площади поражения роговицы — удаляют микрохирургически.

Пингвекула — тоже дистрофическое заболевание конъюнктивы. Между краем роговицы и углом глазной щели возникает желтоватый узелок, с четкими контурами, безболезненный, медленно растущий. Дискомфорт возникает из-за его выстояния над конъюнктивой, возникает ощущение инородного тела и косметического дефекта.

Новообразования конъюнктивы доброкачественные — папилломы и невусы (родинки), ангиомы (сосудистые образования), липодермоид. Озлокачествляться могут невусы, выступающие над поверхностью. Признаки малегнизации (озлокачествления) — увеличение размеров по площади и выстоянию, изменение пигментации, нечеткость границ, ограничение подвижности, появление дочерних узелков, расширенные сосуды вокруг, распыление пигмента.

Рак конъюнктивы может быть в виде беловатого узла с фарфоровым оттенком, или «ложного птеригиума». Характерно, что образования окружают расширенные сосуды.

Патология слезного аппарата

К слезному аппарату относятся слезная железа, вырабатывающая слезу, конъюнктивальные слезные железки, точки, каналы, слезный мешок, носослезный канал. Вырабатываемая слеза омывает переднюю поверхность глазного яблока, стекает по краю нижнего века, образуя слезный ручеек, собираясь в слезное озеро у внутреннего угла глаза, через слезные точки оттекает в верхний и нижний слезные каналы, собирается в слезный мешок, из него через носослезный канал попадает в носовую полость.

Слезопродукция может быть снижена слезной железой. В этом случае развивается синдром сухого глаза. Характерные ощущения при этом состоянии — сухость, чувство песка, тяжести, утомляемость, покраснение.

Повышение слезопродукции сопровождается слезотечением. Чаще возникает как защитная реакция на травматизацию, воспаление оболочек глазного яблока.

Нарушение оттока слезы по слезоотводящим путям. Причина — воспаление канальцев, слезного мешка — *дакриоцистит*, препятствие в носослезном канале — например, нерассосавшаяся эмб-

риональная пленка, деформация, гипертрофия слизистой носослезного канала вследствие хронического воспалительного процесса, патология в полости носа на уровне третьей носовой раковины (там как раз открывается в носовую полость носослезный канал). Проявляется слезостоянием, слезотечением, слизисто-гнойными выделениями.

У новорожденных детей вследствие нерассосавшейся пленки, закрывающей носослезный канал, развивается дакриоцистит новорожденных. Так как функционирование слезной железы начинается только со 2-й недели жизни, а добавочные слезные железы вырабатывают слезу в очень небольшом количестве — ранним проявлением будет не слезотечение, а слизистое или слизисто-гнойное отделяемое. Позже присоединяется слезотечение, глазик «мокрый». Диагноз должен обязательно подтвердить офтальмолог. Есть формы конъюнктивитов, которые тоже сопровождаются обильным слезотечением.

Появление слизисто-гнойного отделяемого и слезостояния связано с нарушением проходимости носослезного канала. Слизисто-жировая смазка не оттекает в нос, а скапливается в слезном мешке, инфицируется, приобретает гнойный характер. При надавливании на область слезного мешка (нижневнутренний угол глазной щели), слизисто-гнойное отделяемое выделяется через слезные точки.

Лечение дакриоцистита новорожденных начинают с толчкообразного массажа слезного мешка. Мама располагает свой палец у внутреннего угла глаза (место внутренней спайки век), ближе к нижнему веку. Проводят по 5—10 толчкообразных движений по направлению к крылышку носа одноименной стороны. Массаж проводят 4—5 раз в день, ориентируясь перед каждым кормлением. Если в течение двух недель эффекта нет, проводят зондирование носослезного канала через слезную точку или из носовой полости и механически разрушают препятствие. Может потребоваться несколько зондирований. Если эффекта не получено, создают искусственный отток для слезы — ринодакриостомию. Операция проводится с 3-летнего возраста.

У взрослых при нарушении проходимости слезоотводящих путей вследствие хронического воспаления — дакриоцистита лечение начинают с промывания слезных путей, введения туда различных лекарственных препаратов и только если консервативное лечение не эффективно, переходят к хирургическому — создают искусственное соустье между слезным мешком и носовой полостью. Раньше это была довольно-таки травматичная операция. В последние годы широко применяют хирургический лазер, эндоскопические подходы, что значительно облегчило процесс и повысило эффективность лечения.

Мировой опыт применения вакцин против пневмококковой инфекции

Рулева А.А.,

младший научный сотрудник отдела профилактики инфекционных заболеваний, ФГУ «НИИДИ ФМБА России», Санкт-Петербург

Среди вакциноуправляемых заболеваний пневмококковая инфекция до настоящего времени остается одной из самых распространенных бактериальных инфекций человека и является причиной высокой заболеваемости и смертности во всех регионах мира. По данным ВОЗ на 2005 г., ежегодно от пневмококковой инфекции погибают 1,6 млн чел., из них — от 700 тыс. до 1 млн детей в возрасте до 5 лет. В развитых странах доминирует заболеваемость среди детей младше 2 лет и пожилых лиц, среди которых в случае развития инвазивной пневмококковой инфекции летальность может достигать 60%. В Европе и США ежегодная частота встречаемости инвазивных пневмококковых инфекций варьирует от 10 до 100 случаев на 100 тыс. населения. Серьезная проблема — рост приобретенной резистентности пневмококка к антибиотикам. Распространены штаммы, устойчивые к пеницилину, цефалоспорином III поколения, макролидам, тетрациклинам, хинолонам и рифампицину.

В России оценить частоту пневмококковой инфекции достаточно сложно, поскольку в настоящее время существует учет только одной инвазивной формы пневмококковой инфекции — менингитов, а частота всех остальных случаев заболеваний является расчетной величиной. Предполагается, что ежегодно более 3 тыс. детей страдают от пневмококковой бактериемии, около 39 тыс. переносят пневмококковую пневмонию и 713 тыс. — заболевают пневмококковыми отитами [8; 9]. Существует более 90 серотипов пневмококка (*Str. pneumoniae*), обладающих разной вирулентностью и патогенностью. Высокая восприимчивость детей к пневмококковой инфекции обусловлена тем, что антигены полисахаридной капсулы пневмококка не являются иммуногенами в возрасте до 2 лет. В детском возрасте наиболее часты клинические формы пневмококковой инфекции: острый средний отит, фарингит, пневмококковый синусит, трахе-

обронхит, пневмония. Острый средний отит к 5 годам жизни переносят более 90% детей. В России на долю острого среднего отита приходится 25—40% от числа всех болезней ЛОР-органов у детей [2].

Особой тяжестью течения отличаются оккультная (скрытая) бактериемия и менингит. По экспертной оценке, частота пневмококковых менингитов у детей в возрасте младше 5 лет в России составляет 8 случаев на 100 тыс. чел. с колебаниями от 2 до 15 [4]. Пневмококковый менингит дает самый высокий уровень летальности (до 15%) и инвалидизации (до 60%): задержку психического развития у каждого седьмого, глухоту — у каждого шестого, эпилепсию — у каждого четвертого ребенка [1].

Частота бактериемии у детей с лихорадкой без видимого очага инфекции (ЛБОИ) оценивается на уровне 8—22%, она тем чаще, чем младше ребенок. Основные возбудители там, где не проводится вакцинации против гемофильной (ХИБ) и пневмококковой инфекций, — пневмококк (80%), гемофильная палочка типа *b*, менингококк. В России до настоящего времени этот диагноз не используется, в Международной классификации болезней десятого пересмотра МКБ-Х в рубрике R50 указывается лишь лихорадка неясного генеза, тогда как ЛБОИ — форма патоло-

гии, специфичная для детей раннего возраста.

Доля пневмококков в этиологии внебольничных пневмоний, по отечественным данным, колеблется в пределах от 35 до 76%. В России данные о частоте пневмоний крайне ограничены. Большинство исследователей определяют усредненный показатель заболеваемости внебольничными пневмониями на уровне 10—15 случаев на 1000 чел. в год [5]. Из них пневмококковая этиология — это 2,5—6 на 1000 чел. Пневмококк выступает в роли основного возбудителя вторичной бактериальной пневмонии при гриппе. Проведенные исследования показали, что в период эпидемии гриппа частота инвазивных пневмококковых инфекций в 2 раза выше, чем в среднем за год.

Не подлежит сомнению тот факт, что самым эффективным и экономически выгодным профилактическим мероприятием при пневмококковой инфекции является вакцинация. В настоящее время для предупреждения заболеваний, вызванных пневмококком, в мире существуют вакцины двух типов — 23-валентные полисахаридные и конъюгированные вакцины, которые могут использоваться у детей с 2-месячного возраста, так как индуцируют Т-зависимый иммунный ответ, иммунологическую память и протективный иммунитет даже у новорожденных.

Полисахаридная 23-валентная вакцина представляет смесь очищенных полисахаридов 23 серотипов пневмококка, к которым относятся более 85% штаммов, выделяемых из крови больных, и большинство из которых обнаруживается в различных регионах России. Однако полисахаридная вакцина является В-зависимой и не защищает от инвазивной пневмококковой инфекции в возрасте от 3 до 24 мес. жизни после физиологического падения титра антител, полученных от матери. Для вакцинации необходима всего одна доза полисахаридной вакцины, которая составляет 0,5 мл, независимо от возраста. Длительность иммунитета после прививки составляет 3—5 лет. Минздрав РФ рекомендует иммунизировать полисахаридной вакциной взрослых и детей старше 2 лет, имеющих в целом нормальный иммунитет, но предрасположенных к пневмококковой инфекции:

- лиц с хроническими бронхолегочными заболеваниями, в том числе бронхиальной астмой, наследственными и врожденными заболеваниями легких, ХОБЛ и пр.;
- пациентов с тяжелым течением заболеваний системы кровообращения (сердечной недостаточностью, кардиомиопатией, ВПС);
- больных сахарным диабетом, прогредиентным течением заболеваний печени и почек;
- лиц с функциональной или анатомической аспленией, ликвореей, кохлеарной имплантацией, нарушением иммунитета;
- больных онко-гематологическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией, нейтропенией;
- часто болеющих респираторными инфекциями верхних и нижних дыхательных путей, в том числе инфицированных туберкулезом.

В США в 2008 г. введено дополнительное показание — все курящие старше 18 лет, а в 2010 г. к этому перечню добавлена бронхиальная астма.

Многочисленными исследованиями, проведенными в России и за рубежом, убедительно подтверждена высокая эффективность вакцины: снижается заболеваемость тяжелыми формами пневмонии и бактериемии на 50—70%, уменьшается число эпизодов острых респираторных инфекций, обострений ХНЗЛ и аденоидных вегетаций, отмечается исчезновение кондуктивной тугоухости I—II степени, уменьшение сенсибилизации к пневмококку у пациентов с бронхиальной астмой. В ходе вакцинации «Пневмо 23» детей и подростков с сахарным диабетом 1-го типа на фоне интенсифицированной инсулинотерапии человеческими препаратами инсулина установлено, что моно- или сочетанная вакцинация приводит к стабили-

зании течения основного заболевания, сокращается частота острых респираторных инфекций в течение года после введения пневмококковой вакцины [3]. По данным А.Л. Сизоненко, применение пневмококковой вакцины «Пневмо 23» у детей-носителей *S. pneumoniae* приводит к элиминации пневмококка в 83,3% случаев [7].

Проведенные исследования в ФГУ «НИИ детских инфекций ФМБА России» в отношении эффективности полисахаридной вакцины у часто болеющих детей дошкольного возраста установили достоверное снижение кратности и длительности эпизодов респираторных инфекций в группе привитых вакциной «Пневмо 23».

Следует отметить, что проведение вакцинации не сопровождалось возникновением нежелательных явлений в раннем постпрививочном периоде: лишь в 3 случаях из 134 зарегистрированы легкие местные или общие реакции, не изменяющие состояния ребенка и не требующие медикаментозной коррекции. Кратковременное повышение температуры до субфебрильных цифр отмечено у троих детей, в том числе у двух детей в сочетании с местными реакциями в виде умеренной гиперемии и болезненности в месте введения. Лишь у одного ребенка при сочетанном варианте вакцинации наблюда-

лось кратковременное повышение температуры до фебрильных цифр, существенно не изменявшее самочувствия и нормализовавшееся после однократного приема антипиретических средств [6].

Несмотря на подтвержденные многолетними наблюдениями эффективность и безопасность 23-валентной пневмококковой полисахаридной вакцины, определившие включение ее в календарь прививок США, а также в некоторые региональные календари России, за прошедшие годы выявились проблемы, связанные с этой вакциной:

- через 3—5 лет после вакцинации снижается уровень защиты, отсутствует бустер-эффект при ревакцинации;
- вакцина не эффективна у детей до 2 лет и некоторых «групп риска», дающих наибольшую заболеваемость и смертность;
- вакцинация полисахаридной вакциной достаточным образом не влияет на бактерионосительство и предупреждение формирования антибиотикорезистентных штаммов.

Все это привело к пониманию необходимости создания вакцины для маленьких детей и пациентов «групп высокого риска».

Защита от пневмококковой инфекции детей самого раннего возраста, у которых она наблюдается чаще и протекает особен-

но тяжело, стала возможной после создания пневмококковой конъюгированной с белком вакцины «Превенар». В настоящее время данная 7-валентная пневмококковая конъюгированная вакцина разрешена к применению более чем в 90 странах мира, в 28 из них включена в Национальные календари обязательных профилактических прививок, включая США, Канаду, Австралию, Германию, Францию, Италию, Норвегию, Великобританию и другие развитые страны. В некоторых странах существуют региональные отличия в рекомендациях по применению вакцины (вакцинация только групп риска, различные схемы иммунизации). В России вакцина «Превенар» зарегистрирована в январе 2009 г. В настоящее время проводятся исследования 10- и 13-валентной

конъюгированной пневмококковой вакцины ПКВ-10, ПКВ-13 (табл. 1.). Планируется регистрация ПКВ-13 и в России.

В состав «Превенара» входят капсульные полисахариды серотипов 4, 6В, 9V, 14, 19F и 23F, а также олигосахарид серотипа 18С, конъюгированные с белком CRM 197 нетоксигенных коринебактерий дифтерии.

Конъюгированная 7-валентная вакцина «Превенар» была включена в Национальную программу иммунизации детей США в 2000 г. После 2 лет плановой вакцинации заболеваемость инвазивными формами пневмококковой инфекции, обусловленной вакцинными серотипами, снизилась на 75% у детей до 5 лет. Одновременно отмечалось и снижение на 39% госпитализации детей до 1 года по поводу пневмоний

Таблица 1

Пневмококковые конъюгированные вакцины

Серотипы пневмококка	Белок-носитель	Производитель	Торговое название
7-валентная (4, 6В, 9V, 14, 18С, 19F, 23F)	CRM 197 (детоксифицированный дифтерийный токсин)	Pfizer	Prevenar (зарегистрирован в 90 странах, включая США, страны ЕС, РФ)
10-валентная (1, 4, 5, 6В, 7F, 9V, 14, 18С, 19F, 23F)	Протеин D H.influenza	GSK	Sinflorix (зарегистрирован в странах ЕС, готовится к регистрации в РФ)
13-валентная (1, 3, 5, 4, 6А, 6В, 7F, 9V, 14, 18С, 19А, 19F, 23F)	CRM 197	Pfizer	Prevenar 13 (зарегистрирован в странах ЕС, США, готовится к регистрации в РФ)

любой этиологии в сравнении с периодом до начала вакцинации. Через 3 года после внедрения вакцины заболеваемость всеми инвазивными пневмококковыми инфекциями уменьшилась на 84,1% у детей в возрасте до 1 года, на 52 — у взрослых от 20 до 39 лет и на 27% — у пациентов старше 60 лет [10].

Вакцина «Превенар» тестировалась в клинических исследованиях в различных регионах мира. Было доказано, что она безопасна и хорошо переносится, в том числе ВИЧ-инфицированными. В США при вакцинации более 20 млн детей не выявлено значительных нежелательных реакций. Сообщалось о развитии отека и болезненности в месте инъекции до 2,5 см и переходящей гипертермии $\geq 39^\circ\text{C}$ в 4,7% случаев. Нет данных об увеличении частоты и тяжести побочных реакций после введения последующих доз [11]. Единственным противопоказанием к иммунизации «Превенаром» является тяжелая реакция гиперчувствительности при предыдущем введении данной вакцины. Безопасность препарата была оценена Всемирным рекомендательным комитетом ВОЗ по безопасности вакцин в ноябре 2006 г. В настоящее время ВОЗ считает, что безопасность и эффективность пневмококковой конъюгированной вакцины, так же как и других конъюгированных вакцин, доказана.

Иммунизация конъюгированной вакциной может проводиться с 2 мес., как и гемофильной, схема и количество доз зависят от возраста, но разовая доза всегда составляет 0,5 мл. При начале вакцинации в возрасте от 2 до 6 мес. вводятся три дозы с интервалом не менее 1 мес., и в 12—15 мес. проводится однократная ревакцинация. В России рекомендованная схема вакцинации предусматривает введение вакцины в 2; 4,5 и 7 мес. с ревакцинацией в 15 мес. Однако вакцинацию можно проводить одновременно с АКДС, ИПВ и ХИБ. При проведении прививок после 6 мес. используют две вакцинирующие дозы с интервалом 1,5—2 мес. с ревакцинацией на втором году жизни. При начале вакцинации с 1 года до 2 лет вводят две дозы с интервалом 1,5—2 мес., а детям, начинающим прививки с 2 до 5 лет, достаточно однократного введения (табл. 2).

Детям до 2 лет вакцину вводят внутримышечно в передне-латеральную поверхность бедра, а в более старшем возрасте — в дельтовидную мышцу плеча. Опыт применения PCV7 в РФ подтверждает не только ее высокую эффективность, но и безопасность. Тяжелых поствакцинальных общих и местных реакций и осложнений зафиксировано не было. Поствакцинальные реакции слабой и средней силы в виде фебрильной лихорадки наблюдались у 3,4% де-

Таблица 2

Схема вакцинации детей вакциной «Превенар»

Возраст	Доза	Количество доз	Схема
От 2 до 6 мес.	0,5 мл	3 + 1 ревакцинация	Три дозы с интервалом не менее 1 мес., первая доза обычно вводится в возрасте 2 мес. Четвертая доза (ревакцинация) рекомендуется на втором году жизни, оптимально в 12—15 мес.
От 7 до 11 мес.	— // —	2 + 1 ревакцинация	Две дозы с интервалом не менее 1 мес. Третья доза (ревакцинация) рекомендуется на втором году жизни
От 12 до 23 мес.	— // —	2	Две дозы с интервалом между введениями не менее 2 мес.
От 2 до 5 лет	— // —	1	Одна доза однократно

тей. Это свидетельствует о низкой реактогенности вакцины и возможности ее более широкого применения у детей раннего возраста.

Несколько доказанных фактов в отношении иммунизации пневмококковой конъюгированной вакциной.

1. Одна доза первичной серии — наименьшая защита, чем две и более. Проведенное на о. Фиджи рандомизированное двойное слепое исследование среди 552 детей, привитых PCV7, показало, что самый высокий титр антител был достигнут после третьей дозы вакцины, а наименьший — после первой. Причем соответствующие различия были наиболее заметны в отношении серотипов пневмококка 6В и 23F. Через 12 мес. уровень иммунной защиты сравнивался у детей, получивших соответственно три и две дозы, но был достоверно выше, чем у од-

нократно вакцинированных младенцев.

2. Интервал между дозами первичной серии — 2 мес. лучше, чем 1. Исследование вакцины PCV10, проведенное в Великобритании среди 284 детей раннего возраста, продемонстрировало наибольшую эффективность 2-месячного интервала в сравнении с месячным между введением доз первичной серии. Достоверно значимая разница в титре антител отмечена для следующих серотипов пневмококка 6В, 14 и 23F. Однако после введения бустерной дозы различий в уровне титра пневмококковых антител найдено не было.

3. Высокая иммунологическая и клиническая эффективность достигается после введения ревакцинирующей дозы, в большинстве случаев даже выше, чем после первичной серии. Существуют исследования, подтверж-

дающие достоверно значимую эффективность бустера в отношении уровня носительства пневмококка и заболеваемости инвазивными формами инфекции на втором году жизни.

Анализ результатов исследований, проведенных отечественными и зарубежными авторами, по оценке эффективности применения существующих пневмококковых полисахаридных и конъюгированных вакцин показал, что ранняя вакцинация на первом году жизни наиболее эффективна и может повлиять на заболеваемость не только детей, но и взрослого населения. Поздняя вакцинация против пневмококковой инфекции способствует снижению частоты респираторных инфекций и снижению обострений уже имеющихся хронических заболеваний, что значительно улучшает качество жизни детей и взрослых.

ВОЗ определила свою позицию следующим образом: «Вакцинация — единственный способ существенно повлиять на заболеваемость пневмококковой инфекцией».

Литература

1. Вильниц А.А. и др. Современные клинические особенности пневмококковых и гемофильных менингитов у детей // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2005. № 3.
2. Козлов Р.С. Пневмококки: уроки прошлого — взгляд в будущее. Смоленск, 2010.
3. Костинов М.П. и др. Роль вакцинации против пневмококковой и гриппозной инфекций в клиническом течении сахарного диабета 1-го типа у детей и подростков // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2010. № 2.
4. Лобзин Ю.В. и др. В центре внимания — пневмококковая инфекция // Фармацевтический вестник. 2009. № 28 (560).
5. Навашин С.М. и др. Антибактериальная терапия пневмоний у взрослых: Учеб. метод. пособие для врачей. М., 1998.
6. Рулева А.А., Перова А.Л. Опыт применения пневмококковой полисахаридной вакцины для профилактики острых респираторных инфекций у детей // Вопросы современной педиатрии. 2010. Т. 9. № 6.
7. Сизоненко А.Л. Клинико-иммунологическая характеристика детей дошкольного возраста с носительством *Streptococcus pneumoniae*: Дисс. ... канд. мед. наук. Владивосток, 2009.
8. Таточенко В.К. Пневмококковая инфекция: современный взгляд на проблему и профилактику // Вопросы современной педиатрии. 2007. Т. 5. № 1.
9. Учайкин В.Ф., Шамшева О.В. Пневмококковая инфекция: Руководство по клинической вакцинологии. М., 2006.
10. Preventing Pneumococcal Disease Among Infants and Young Children // MMWR. 2000. V. 49. № 9.
11. Pneumococcal conjugate vaccine for childhood immunization // Weekly Epidemiological Record. 2007. V. 82. № 12.

Комплексная преемственная реабилитация детей в дошкольных учреждениях

Кривоногова Т.С.,
д-р мед, наук, профессор;

Уварова М.А.,
врач-педиатр, ФГУЗ КБ № 81 ФМБА России, г. Северск Томской обл.;

Соловьёва С.А.,
кафедра педиатрии ФПК и ППС, Сибирский государственный
медицинский университет, г. Томск

В структуре перинатальной заболеваемости одно из важных мест по частоте и значимости для дальнейшей жизни человека занимают перинатальные поражения ЦНС, составляющие до 80% всех заболеваний нервной системы в детском возрасте. В связи с этим в последние годы увеличивается количество детей с общей задержкой физического развития. 80—90% детей имеют последствия перинатального поражения ЦНС, влияющие в дальнейшем на формирование интеллекта, проявляющиеся в задержке нервно-психического и речевого развития.

Таким образом, ухудшение состояния здоровья детей стало настолько массовым, что это влияет на их обучение в школе. Более половины детей школьного возраста имеют слабое физическое развитие. В связи с этим особую актуальность приобретают проблемы комплексной преемственной реабилитации детей в дошкольных учреждениях.

Цель данного исследования — оценить влияние комплекса реабилитационных мероприятий на состояние физического развития и когнитивных функций у детей дошкольного возраста.

Материал и методы

Под наблюдением находились дети, постоянно посещающие специализированный логопедический детский сад № 22 и детский сад № 21 Кировского и Ленинского районов соответственно г. Томска, детский сад № 18 приюта и оздоровления г. Северска. Обследовались 524 ребенка от 3 до 7 лет. Все дети осмотрены специалистами: педиатром, хирургом, неврологом, логопедом и психоневрологом. Для исследуемых групп оценивалась частота встречаемости отклонений в состоянии здоровья и рассчитывался 95%-ный доверительный интервал. Оценка различий в частоте встречаемости признаков в сравниваемых группах проводилась по критерию Фишера.

На **первом этапе** работы было проведено обследование детей с учетом их физического состояния. Выявлен чрезвычайно высокий уровень отклонений в состоянии здоровья у 497 детей (87,9%). Наиболее часто регистрировались изменения со стороны мышечного тонуса, связанные с цервикальной недостаточностью:

- асимметрия стояния плечевого пояса — 60,4% (53,3—67,1%);
- гипо- и гипертрофия над- и полостных мышц спины — 45,2 (38,3—52,3);
- защитное напряжение шейно-затылочных мышц и болезненность при пальпации остистых отростков шейных позвонков — 39,6 (32,9—46,7);
- мышечная кривошея — 6,6 (3,9—11,1);
- рекурвация локтевых суставов, симптом большого пальца — 49,2 (42,2—56,3);
- деформация грудной клетки — 41,1 (34,4—48,2);
- асимметрия ромба по Мошкову — 42,1 (35,3—49,3);
- асимметрия лица — 20,8 (15,6—27,1);
- нарушение орального праксиса — 18,8 (13,9—24,9);
- гипотония щек — 29,9 (23,9—36,8);
- девиация языка — 23,9% (18,3—30,4%).

Проведенное обследование выявило высокий уровень патологических изменений со стороны опорно-двигательной системы, приводящих впоследствии к снижению темпов физического развития.

На **втором этапе** проведено исследование когнитивных функций (памяти). Для оценки памяти у детей дошкольного возраста использовалась общепринятая методика, описанная А.Р. Лурией и Л.В. Занковым (заучивание от 7 до 10 слов, запоминание геометрических фигур, воспроизведение коротких рассказов, опосредованное запоминание). Когнитивная функция оценивалась в баллах, что позволяло определить слабую, среднюю и высокую память, свойственную данному возрасту.

Методика определения памяти предусматривала отсутствие часто болеющих детей (ЧБД). Все обследуемые дети обладали нормальным интеллектом, имея различные физические, моторные и речевые нарушения.

Всех детей с отклонениями в состоянии здоровья произвольно разделили на две группы: первую (основную) группу составили 407 детей с 4-летнего возраста, которым проводился комплекс реабилитационных мероприятий; вторую (контрольную) — 117 детей того же возраста, которым разработанный нами комплекс мероприятий не проводился.

Разработанная авторами комплексная реабилитация опробовалась на базах специализированного логопедического детского сада № 22, детских садов № 21, 18 и проводилась в течение трех лет. Данные дошкольные учреждения имеют хорошую материально-техническую базу, необходимые

условия (режим дня) и высококвалифицированных специалистов, владеющих современными методами физической реабилитации. Занятия проходили 3—4 раза в неделю по 30—40 мин под контролем специалиста. Физическая реабилитация включала:

- специально разработанный комплекс физических упражнений в динамическом режиме, способствующий укреплению мышц плечевого пояса, грудных, мышц спины, рук, ног и мышц брюшного пресса;
- классический массаж от 3 до 4 раз в год;
- специальный комплекс упражнений на ортопедических мячах;
- занятия с массажными мячами для улучшения мелкой моторики пальцев рук;
- развивающие игры; занятия в сухом бассейне;
- тепловые процедуры.

Реабилитация когнитивных функций (памяти, внимания) включала:

- статические и динамические упражнения для языка;
- тренировку мышц языка;
- тренировку мышц артикуляционного аппарата;
- пальчиковую гимнастику в сочетании с рассказыванием и последующим запоминанием стихов;
- развитие синхронного взаимодействия между движениями и речью с целью активизации работы правого и левого полушарий;
- коррекционные упражнения на общую и мелкую моторику с

запоминанием серии двигательных актов;

- создание эмоционального настроя у детей во время двигательной и речевой активности;
- использование музыкотерапии.

Эффективность проведенных реабилитационных мероприятий оценивалась по разработанным авторами тестам в начале и конце года (сентябрь — октябрь и май — июнь) индивидуально для каждого ребенка. Тесты включали следующие упражнения:

- называние и запоминание геометрических фигур в той последовательности, в которой они находились первоначально;
- ручная динамометрия (правая и левая руки);
- синхронное сжатие пальцев в кулак (правая и левая руки) при выпрямленных руках;
- рассказывание заученных стихов;
- коррекционный комплекс, направленный на активизацию работы мышц плечевого пояса, спины, грудных, рук и мышц брюшного пресса.

Параллельно с этим проводилась оценка уровня освоения программ двигательной культуры по возрастным категориям: 4—5; 5—6; 6—7 лет. Уровень освоения программ двигательной культуры оценивался как низкий, средний, высокий.

Результаты и их обсуждение

По истечении трех лет получены следующие результаты в сравниваемых группах.

Как следует из табл. 1, у 66 детей с нарушением общей и

Таблица 1

**Особенности когнитивной функции детей
с отклонениями в состоянии здоровья**

Виды отклонений в состоянии здоровья	Всего, чел.	Уровни памяти		
		Низкий	Средний	Высокий
	п	р 95%, ДИ	р 95%, ДИ	р 95%, ДИ
Цервикальная недостаточность и нарушения осанки	97	п 22 22,7% (14,3—34,7%)	п 47 48,5% (36,9—62,1%)	п 28 28,9% (17,1—39,7%)
Нарушения общей и мелкой моторики	182	п 66 36,3% (26,7—46,8%)	п 91 50,0% (40,3—61%)	п 25 13,7% (7,9—19,3%)
Нарушение речи	117	п 54 46,2% (34,1—58,6%)	п 49 41,8% (29,3—53,4%)	п 14 11,9% (5,3—17,8%)

Примечание:

п — абсолютная частота встречаемости изучаемого показателя;

р — относительная частота встречаемости изучаемого показателя;

95%, ДИ — 95%-ный доверительный интервал.

тонкой моторики отмечался низкий уровень памяти, у 91 — средний и только у 25 — высокий. Среди детей с нарушением речи имели низкий уровень памяти 54 чел., средний — 49 и высокий — 14 детей. Наименьшее число детей (22 чел.) с цервикальной недостаточностью и нарушением осанки имели низкий уровень памяти, тогда как высокий уровень памяти отмечен у 28 детей.

Можно предположить, что снижение памяти у детей с нарушением речи и тонкой моторики пальцев рук объясняется недостаточной сформированностью регуляторных, ассоциативных процессов. По-видимому, это связа-

но с относительно близким анатомическим расположением двух центров (двигательного и сенсорного). Как известно, сенсорная кора перерабатывает информацию, поступающую в мозг, а двигательная — информацию, идущую от мозга к мышцам.

Таким образом, низкий уровень памяти чаще сочетался с большими нарушениями в речевой и моторной деятельности у детей.

Результаты проведенных исследований показали, что при оценке уровней освоения программ двигательной культуры в возрастной категории 4—5 лет низкий уровень отмечен у 67 детей основной группы (табл. 2). В возрастной категории 6—7 лет

Таблица 2

**Уровни освоения программ двигательной культуры
в сравниваемых группах**

Воз- раст, лет	Группа	Уровни освоения программы					
		Низкий		Средний		Высокий	
		п	р 95%, ДИ	п	р 95%, ДИ	п	р 95%, ДИ
4—5	Основная (n=248)	67**	27,0% 20,8— 36,7%	146	58,9% 49,4— 67,5%	35	14,1% 9,7— 23,6%
	Контроль- ная (n=200)	81	40,5% 30,1— 51,0%	91	45,5% 35,9—56,1	28	14,0% 11,3— 19,4%
5—6	Основная (n=248)	54*	21,7% 14,9— 28,6%	153	61,7% 50,4— 59,8%	41	16,5% 11,7— 21,4%
	Контроль- ная (n=200)	73	36,5% 27,9— 45,3%	107	53,5% 46,4— 61,7%	20	10% 5,3— 16,7%
6—7	Основная (n=248)	28*	11,3% 6,8—16,9%	73	29,4% 21,1— 37,8%	147	59,3% 50,1— 68,4%
	Контроль- ная (n=200)	64	32% 23,8— 41,3%	110	55,0% 46,1— 64,7%	26	13,0% 8,9— 22,3%

Примечание:* уровень значимости $p < 0,01$ при сравнении с группой контроля;** уровень значимости $p < 0,05$ при сравнении с группой контроля;

п — абсолютная частота встречаемости изучаемого показателя;

р — относительная частота встречаемости изучаемого показателя;

95%, ДИ — 95%-ный доверительный интервал.

низкий уровень освоения программ двигательных навыков (ДН) среди детей контрольной группы остается высоким, у детей основной группы, получающих комплекс реабилитационных мероприятий (РМ), отмечен лишь у 28 детей.

Можно предположить, что раздражение двигательного центра

методом обратной связи влияет на сенсорную кору головного мозга.

Систематические физические тренировки в динамическом режиме для мышц плечевого пояса, кистей и пальцев рук, а также языка имеют большое значение для развития мозга ребенка и его соматосенсорных областей. В результате этого формируются ДН

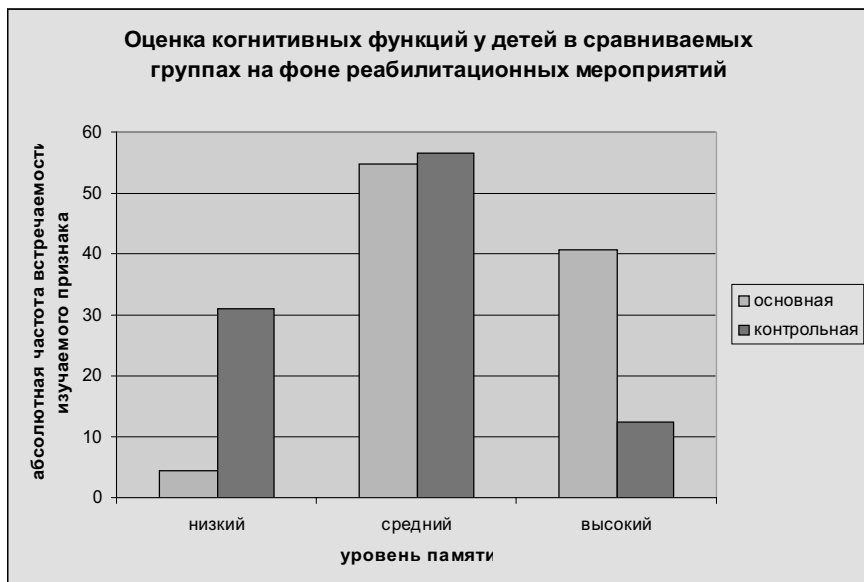


Рис. Оценка когнитивных функций у детей в сравниваемых группах на фоне реабилитационных мероприятий

по типу сложного условного двигательного рефлекса. В основе овладения ДН лежит образование двигательного стереотипа. ДН — это приобретенная форма реакции или деятельности организма, выработанная путем систематических упражнений, повторных движений по механизму временных связей. Таким образом, со временем движения 4—7-летних детей становятся точными, энергетически экономичными, на что указывает высокий уровень освоения программ двигательной культуры у 6—7-летних детей основной группы.

При исследовании когнитивных функций у 27 4—7-летних детей контрольной группы, не получающих комплекса РМ, отмечался низкий уровень памяти на протяжении всего исследованного возрастного диапазона.

По литературным данным, одной из причин, вызывающих у детей трудности в процессе запоминания и воспроизведения информации, является слабость ассоциативных процессов. Способность формировать ассоциативные связи рассматривается как главный признак памяти. Недостаточное формирование этих связей нарушает процессы запоминания информации и в последующем снижает память у детей. К факторам, обуславливающим структурно-функциональную недостаточность ассоциативных связей, относятся перинатальные поражения, гипоксия, травмы головного мозга на ранних стадиях онтогенеза.

На фоне комплексной реабилитации когнитивной функции у детей основной группы усилива-

Таблица 3

Оценка когнитивных функций у детей в сравнительных группах после реабилитационных мероприятий

Группа	Уровни освоения программы					
	Низкий		Средний		Высокий	
	п	р 95%, ДИ	п	р 95%, ДИ	п	р 95%, ДИ
Основная (n=248)	11*	4,4% 1,07—8,1%	136	54,9% 43,8—65,3%	101*	40,7% 31,1—50,4%
Контроль- ная (n=200)	62	31% 21,4—40,3%	113	56,5% 46,2—66,8%	25	12,5% 6,9—20,8%

Примечание:

* уровень значимости $p < 0,01$ при сравнении с группой контроля;
п — абсолютная частота встречаемости изучаемого показателя;
р — относительная частота встречаемости изучаемого показателя;
95%, ДИ — 95%-ный доверительный интервал.

лись корковые регулирующие влияния, способствующие нормализации интегративных процессов, что в значительной мере определяло скорость формирования ассоциативных связей и их прочность. Это, вероятно, и способствовало повышению уровня памяти у детей основной группы (см. рис., табл. 3).

В связи с вышеизложенным, мы полагаем, что предложенный комплекс реабилитационных мероприятий в ранние сроки способствует формированию информационных связей в головном мозге ребенка и тем самым усиливает когнитивные функции за счет его физиологической пластичности.

Выводы

Адекватные физические упражнения в динамическом режиме, подобранные в раннем периоде развития ребенка, наиболее благоприятно воздействуют на его фи-

зическое состояние за счет улучшения мышечной активности и устранения неблагоприятных последствий вынужденной гипокинезии.

Своевременная диагностика изменений когнитивных функций у детей в раннем возрасте и адекватно подобранный комплекс реабилитационных мероприятий способствуют восстановлению нарушенных ассоциативных процессов в клетках ЦНС.

Акцент на уровень памяти у детей — ведущий в своевременной реабилитационной тактике ведения ребенка в дошкольный период.

Активное внедрение в практическое здравоохранение предложенных методов физической реабилитации детей дошкольного возраста позволяет значительно снизить риск отдаленных осложнений основного заболевания в наиболее благоприятном периоде развития ребенка.

Коррекция поведения гиперактивных детей 6–7 лет

Копылов Ю.А.,

канд. пед. наук, УРАО «Институт возрастной физиологии»;

Горская О.В.,

заместитель директора по учебно-воспитательной
работе;

Шадзевская М.Э.,

педагог дополнительного образования,
ГОУ СОШ № 121 ЮЗАО, Москва

ПЕДАГОГИКА

Результаты исследований и педагогические наблюдения показывают, что в среду учащихся начальной школы все чаще поступают дети, отнесенные к категории гиперактивных. Гиперактивность — состояние, при котором активность и возбудимость человека превышают норму. Если подобное поведение становится проблемой для окружающих, гиперактивность трактуется как психическое расстройство. Она чаще встречается у детей и подростков, чем у взрослых, поскольку вызывается эмоциями.

Гиперактивность часто описывается диагнозом СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивность) [5]. По утверждению детских психиатров, гиперактивные дети — это дети с ярко выраженным гипердинамическим синдромом. В психиатрической практике он трактуется как синдром двигательной расторможенности, проявления которого — чрезмерная неусидчивость, суетливость и двигательная подвижность ребенка. Гиперактивный ребенок имеет нарушенную тонкую моторику. Его движения неточны, угловаты и размашисты. Такого ребенка взрослые часто называют растяпой. Ему бывает сложно самостоятельно выполнить гигиенические процедуры (почистить зубы, умыться и сходить в туалет). Этот синдром наиболее характерен для дошкольников и учащихся младших классов [6]. Для гиперактивных детей часто бывают характерными какие-то лишние пульсирующие



движения, напоминающие по своему характеру нервный тик. Все это приводит к переутомлению и быстрому истощению ребенка. Данное обстоятельство усугубляется еще и тем, что неопытные педагоги могут записать такого ребенка в разряд неисправимых хулиганов.

Отличительные особенности гиперактивного ребенка:

- находится в постоянном движении и просто не может себя контролировать;
- даже если он устал, то продолжает двигаться, а выбившись из сил окончательно — плачет;
- быстро и много говорит, глотает слова, перебивает, не дослушивает до конца;
- задает много вопросов, но редко выслушивает ответы на них;
- практически неуправляем, при этом абсолютно не реагирует на запреты и ограничения;
- часто провоцирует конфликты;
- не контролирует свою агрессию (дерется, кусается, толкается, причем пускает в ход подручные средства: палки, камни) [4].

Воспитатели детских садов называют таких детей непоседами, поскольку они напоминают «заводные игрушки» и не могут спокойно устоять на одном месте и минуты. Им нужно постоянно менять игрушки и участвовать во всех играх одновременно. Днем таких детей трудно уложить спать, а если это и получается, ребенок довольно ско-

ро просыпается. Чрезмерная потливость — характерная черта гиперактивного ребенка. Его можно отличить по проступающим на лбу и висках сосудам и характерной синеве под глазами. Эти дети доставляют много хлопот и учителям начальных классов. Придя в школу, они, как правило, пишут коряво и с ошибками, крайне невнимательны, несобранны, постоянно переключаются с одного вида деятельности на другой и отвлекаются на уроках по любому поводу. Просидеть весь урок за партой для них настоящая пытка, поэтому они могут вскочить среди урока и начать ходить по классу. Ребенку, не умеющему в течение определенного времени сосредотачиваться на одном занятии, трудно соответствовать условиям школы. Удерживать внимание на многочисленных правилах, не пропускать важных слов учителя, возвращаться мыслями к тому, что уже немного наскучило, не бегать во время урока, подумать перед ответом — все это необходимые школьные навыки. Существует возрастная динамика проявления гиперактивности: пик ее приходится на старший дошкольный и младший школьный возраст. Для снижения негативных проявлений в поведении гиперактивного ребенка разрабатываются различные коррекционные методики, где предлагается система педагогической помощи, основанная на коррекции их психомоторного

развития на специальных занятиях и в повседневной жизни.

В арсенале физической культуры имеются разработанные коррекционные подвижные игры, требующие от ребенка проявления внимания и сдержанности. Однако практически во всех коррекционных методиках представлены фрагменты экстремальных ситуаций, требующих надежности, психоэмоциональной устойчивости, стабильности. При этом нередко используют ситуации, травмирующие психику детей. Нередки случаи, когда хорошие сами по себе методики перестают работать из-за их применения в иных условиях, без адаптации к конкретной ситуации, что делает их малоэффективными [3]. В этих условиях становится актуальным поиск путей элиминации негативного поведения гиперактивных детей, особенно в период 6—7 лет — перехода из детского сада в общеобразовательную школу.

Структура учебно-значимых качеств личности гиперактивных детей этого возраста имеет следующий вид. Показатели усидчивости минимальны при высокой степени быстроты нарастания утомления. Очень резко выражены реакции на низкие оценки, гиперактивные дети проявляют высокую тревожность в стрессовых ситуациях, уровень концентрации внимания практически равен нулю, часто проявляется неспровоцированная агрессивность по отношению к окружа-

ющим. При разработке реабилитационных мероприятий для гиперактивных детей к каждому учебно-значимому показателю подобраны специальные физические упражнения и подвижные игры, служащие средствами реабилитации негативного поведения. Реабилитационные мероприятия проводятся в ДОУ или в режиме учебного дня общеобразовательной школы.

1. Комплекс упражнений для снижения тревожности

1.1. Дыхательное упражнение.

Ритмичное дыхание: дети под счет педагога начинают свободно и без напряжения выполнять глубокие ритмичные вдохи и выдохи. Время вдоха соответствует времени выдоха. Педагог медленно считает: «один, два, три, четыре». Дети одновременно выполняют вдох. Далее, на счет «пять, шесть, семь, восемь» выполняется выдох. По мере того как дети будут осваивать это упражнение, продолжительность вдохов и выдохов может увеличиваться, но не более чем до счета «шесть» (1—6 вдох; 7—12 выдох). Это предел, который переступать не рекомендуется. Важно следить, все ли дети способны поддерживать заданный ритм дыхания. Если ребенок ослаблен, ему можно снизить продолжительность упражнения.

1.2. Упражнение для зрения.

В положении стоя ноги вместе, руки опустить, соединить ладони и зажать их между коленями.

Тело наклоняется вперед, колени сгибаются и сильно сжимают кисти рук. Выполнить трущие движения ладонью о ладонь в течение 8—10 раз. Во время трения ладони не отрываются друг от друга. При трении нужно прикладывать умеренную силу, добиваясь возникновения в них тепла. После того как ладони разогрются, сложить их «лодочкой» и наложить на глаза (левую руку — на левый глаз, правую соответственно на правый) таким образом, чтобы центры ладоней не касались глазного яблока. Глаза при этом закрыты. Держать ладони в таком положении около 10 с, затем опустить руки. Повторить все элементы упражнения в указанной последовательности еще раз.

1.3. Тренировка капилляров. Лечь на спину на пол или на твердую ровную поверхность, поднять обе руки. В таком положении выполняются потряхивания обеими руками одновременно. Это упражнение необходимо выполнять в течение 20—30 с.

1.4. Релаксация. Упражнение «Расслабление лежа». И.п. — лежа на спине, руки вдоль туловища. Нужно полежать, расслабиться, отбросить все мысли. Как легко и приятно лежать и ни о чем не думать! Все мышцы расслабляются, а дыхание становится легким и спокойным. Глаза закрыты. Дыхание свободное. Время выполнения — до 3 мин (при усталости — до 5—7 мин).

2. Комплекс упражнений для коррекции эмоциональных реакций

2.1. Регулирование дыхания

И.п. — встать прямо в основной стойке, расставив ступни на ширине плеч. Держите туловище ровно, взгляд прямо перед собой. Распрямите спину и опустите обе руки. Медленно поднимите руки перед собой до уровня немного выше плеч, развернув ладонями вниз. Одновременно с этим движением сделайте вдох. Держите туловище прямо. Согните обе ноги в коленях до угла около 150°. Сделайте руками легкое нажатие вниз, опустив их до уровня пупка и повернув ладони к полу. Сделайте выдох одновременно с этим движением.

2.2. Рассеивание туч. И.п. — встать прямо в основной стойке, расставив ступни на ширине плеч. Согните обе ноги в коленях, при этом центр тяжести тела находится между ступней. Скрестите руки перед нижней частью живота, при этом ладони разверните к телу. Распрямите ноги, одновременно разворачивая ладони вверх. Удерживая руки в скрещенном положении, поднимите их над головой, обратив ладони назад. При этом выполните вдох. Разверните ладони наружу, вытяните обе руки и сразу опустите их, повернув ладони вниз. Медленным движением перекрестите руки в нижней части живота. Выполняя движения, сделайте выдох.

2.3. Гребля на лодке. И.п. — встаньте прямо в основной стой-

ке, расставив ступни на ширине плеч. Поднимите руки в стороны вверх и выполните вдох. Плавным движением опустите руки вперед вниз, вытягивая их, и одновременно выдохните.

2.4. Поворот тела и взгляд на луну. Примите основную стойку. Сделайте мах обеими руками влево в верхнюю точку, одновременно разворачивая верхнюю часть туловища влево и голову назад влево, словно оглядываясь на луну. Сделайте вдох по ходу движения. Затем вернитесь в исходную стойку и выдохните. Повторите в другую сторону.

2.5. Толкание стены. Согните локти и поместите руки перед грудью, развернув ладони наружу. Перенесите вес тела на правую ногу. Поставьте левую ногу пяткой на пол, подняв носок ноги вверх. Выполняя это движение, сделайте вдох. Перенесите вес тела на левую ногу, поставив ее всей подошвой на землю. Подойтесь всем туловищем вперед и приподнимите пятку правой ноги, оставив ее носок в соприкосновении с землей. Вытолкните обе руки вперед на уровне глаз. Одновременно с движением сделайте выдох.

2.6. Вращающийся маховик. Встаньте прямо, вытяните обе руки прямо и вращайте ими вверх влево, одновременно поворачиваясь в пояснице. Вдохните в тот момент, когда обе руки приходят в высшую точку над головой, и выдохните, когда руки движутся вниз из верхней точ-

ки. Повторите последовательность движений 5 раз подряд. Сменив направление вращения, повторите движения.

2.7. Регулирование дыхания. Встаньте прямо, поднимите ладони до уровня глаз. Сделайте вдох во время движения. Разверните ладони, направив пальцы навстречу друг другу. Опустите их нажатием вниз от уровня глаз до низа живота, одновременно делая выдох.

3. Комплекс упражнений для формирования навыков усидчивости

3.1. Встаньте прямо, держа руки вдоль туловища. Медленно поднимите руки, держа их напряженными до тех пор, пока кисти рук не будут над головой. Медленно опустите руки к стонам тела, также медленно выдыхая воздух. (Повторить 2 раза.)

3.2. Встаньте прямо, держа руки прямо перед собой. Быстро отведите руки назад, держа кулаки на уровне плеч и стараясь отвести руки насколько возможно больше назад, затем приведите их опять в прежнее положение. (Повторить 3—4 раза.)

3.3. Встаньте прямо, руки, вытяните перед собой. Быстро взмахните руками, делая ими круг назад. Затем сделайте такое же движение руками в обратную сторону. (Повторить 2 раза.)

3.4. Выполните упор лежа на гимнастической скамейке. Напрягите все тело и поднимитесь на

руках так, чтобы тело держалось на ладонях и кончиках пальцев ног. Медленно опуститесь в прежнее положение. (Повторить 2—3 раза.)

3.5. Встаньте прямо перед стеной, приложив к ней ладони. Приближайте грудь к стене, держа весь свой вес на руках. Потом медленно отодвигайтесь назад, делая это при помощи мускулов рук и держа все тело напряженным. (Повторить 2 раза.)

4. Комплекс упражнений для повышения устойчивости к утомлению

4.1. Жонглирование руками больших (волейбольных) и малых (теннисных) мячей (2—3 мяча). (Выполнять 5—7 мин.)

4.2. Ловля волейбольного, теннисного мяча: от пола (с отскока), катящегося (стоя на месте и в движении), высоко летящего, с шагом. (Выполнять 7—10 мин.)

4.3. Метание малых мячей в цель с места и в движении. (Выполнять 5—7 мин.)

4.4. Многократные передачи в парах волейбольного мяча. (Выполнять 7—10 мин.)

5. Комплекс упражнений для коррекции агрессивности

5.1. Руки за голову! Из основной стойки поднимите руки и сложите их на затылке. Грудная клетка развернута, дыхание свободное. Смотрите прямо перед

собой. Старайтесь не производить никаких движений. Выдержите позу в течение 30—40 с и вернитесь в и.п. Регулярное выполнение упражнения позволяет формировать умение концентрировать внимание. Если концентрация слабая, отмечаются довольно значительные колебания туловища, рук, головы.

5.2. Дровосек. Основная стойка. Одновременно с плавным вдохом поднимите руки вверх, задержите позу и резко наклонитесь вперед, руки резко «бросьте» вниз одновременно с резким выдохом через рот, выпрямитесь. (Повторить 2—3 раза.)

5.3. Неслышные шаги. Медленно и аккуратно идут по залу дети, они ступают мягко, неслышно. Все мышцы расслаблены, дыхание свободное, неслышное. Голова поднята. (Выполнять 1—2 мин.)

5.4. Поглаживание. Встаньте свободно, руки перед грудью. Активно потрите ладони одна о другую в течение 10—15 с. После этого теплой ладонью одной руки выполните поглаживание тыльной части другой руки, от пальцев к запястью (5—7 раз). Поменяйте руки и выполните поглаживание другой руки (также 5—7 раз). После этого выполните поглаживание сначала одного, а затем другого (другой рукой) предплечья — по 5—7 поглаживаний каждой руки.

5.5. Пушинки кружатся. Плавно кружатся пушинки, им весело, они радуются всему миру, своим товарищам. Движения плав-

ные, замедленные. Дети подражают движениям пушинок, создается радостное настроение, формируется положительное восприятие окружающего мира. (Выполнять 2—3 мин.)

5.6. Согревание рук. Выполняется стоя, руки опущены. Наклонитесь вперед, согните ноги в коленях, соедините ладони и зажмите их между коленями. Сжимая колени, выполните трущие движения ладони о ладонь. При этом необходимо следить, чтобы все движения выполнялись легко и без излишнего напряжения. Во время трения ладоней руки выпрямлены, а плечи поочередно двигаются вверх и вниз, что позволяет активизировать биологически активные точки в области спины. (Выполнять 30—40 с.)

5.7. Стойка на одной ноге, руки перед грудью. Встаньте на правую ногу, положив лодыжку левой стопы у основания правого бедра. Ладони рук сложите вместе перед грудью. Сохраняйте равновесие 3—5 с. Медленно опустите ногу и повторите упражнение на другой ноге. Упражнение развивает умение концентрировать внимание, формирует чувство равновесия.

5.8. Танец зверьков. Дети изображают танец маленьких зверьков — зайца, мышки, белки. Каждый зверек выбирает свой танец, он радуется хорошему настроению, ощущению силы и легкости в своем теле. (Выполнять до 2 мин.)

6. Комплекс подвижных игр для формирования навыка концентрации внимания*

6.1. Будь внимателен! Дети шагают в колонне по одному. Затем на слово «воробышки», произнесенное ведущим, они должны начать прыгать на одной ножке, на слово «кенгуру» — одновременно на двух ногах, «раки» — пятиться, «птицы» — бегать, раскинув руки в стороны, «аист» — стоять на одной ноге.

6.2. Подвижная игра «Слушай хлопки». Дети идут по кругу или передвигаются по комнате в свободном направлении. Когда ведущий хлопнет в ладоши один раз, дети должны остановиться и принять позу «аиста» (стоять на одной ноге, руки в стороны). Если ведущий хлопнет два раза, играющие должны принять позу «лягушки» (присесть, пятки вместе, носки и колени в стороны, руки между ступнями ног на полу). На три хлопка играющие возобновляют ходьбу.

6.3. Подвижная игра «Замри». Дети прыгают в такт музыке (ноги в стороны — вместе, сопровождая прыжки хлопками над головой и по бедрам). Внезапно музыка обрывается. Играющие должны застыть в позе, на которой музыка остановилась. Если кому-то из участников это не удалось, он выбывает из игры. Снова звучит музыка — оставшиеся продолжа-

* В конце приведенных ниже игр рекомендуется выполнять упражнение 1.4.

ют выполнять движения. Играют до тех пор, пока в кругу останется всего один игрок.

6.4. Подвижная игра «День и ночь». Выбирается водящий, он будет совой. Все остальные изображают разных зверушек: мышей, птичек, лягушат, бабочек, зайчиков и т.д. Ведущий дает команду «День!» — все «зверушки» бегают и прыгают. По второй команде «Ночь!» все должны замереть и не шевелиться. Сова вылетает на охоту. Любой шелохнувшийся, засмеявшийся или сменивший позу игрок, замеченный совой, становится ее добычей.

6.5. Подвижная игра «Не зевай!». Дети встают в круг спиной к центру и водящему. У водящего в руках мяч. Он начинает отсчет от 1 до 5. После числа 5 он называет имя одного из детей и подбрасывает мяч вверх. Задача того, чье имя назвали, быстро обернуться и поймать мяч либо на лету, либо только после одного удара о землю. Тот, кому это не удалось трижды, выбывает из круга.

6.6. Слушай хлопки! Играющие идут по кругу. Когда ведущий хлопнет в ладоши один раз, дети должны остановиться и принять позу «аиста» (стоять на одной ноге, руки в стороны). Если ведущий хлопнет два раза, играющие принимают позу «лягушки» (присесть, пятки вместе, носки и колени в стороны, руки между ногами на полу). На три хлопка играющие возобновляют ходьбу.

6.7. Четыре стихии. Играющие стоят по кругу. Ведущий договаривается с ними, что, если он скажет слово «земля», все должны опустить руки, если слово «вода» — вытянуть руки вперед, слово «воздух» — поднять руки, слово «огонь» — произвести вращение руками в лучезапястных и локтевых суставах. Кто ошибается, считается проигравшим.

Планирование коррекционных занятий

Цикл коррекции различных негативных показателей гиперактивных детей рассчитан на 68 занятий в течение одного учебного года. Занятия проводятся 2 раза в неделю (см. таблицу). Для детей, имеющих выраженную степень гиперактивности, по согласованию с медицинским работником образовательного учреждения, эти занятия проводятся вместо уроков физической культуры. Строятся они по принципу «одно новое упражнение на одном занятии». Периодически разные комплексы повторяются для более прочного усвоения коррекционных упражнений. При этом интенсивность нагрузки на занятиях с гиперактивными детьми не должна превышать следующих показателей:

- окраска кожи — небольшое покраснение;
- потливость — небольшая;
- дыхание — несколько учащенное;
- движения — уверенные, походка бодрая;

Примерное планирование коррекционных занятий

Номера упражнений	Номера занятий															
	1— 4	5— 8	9— 12	13— 16	17— 20	21— 24	25— 28	29— 32	33— 36	37— 40	41— 44	45— 48	49— 53	54— 58	59— 62	63— 68
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1.1	x					x			x		x					x
1.2		x					x					x				
1.3			x					x					x			
1.4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2.1	x									x						
2.2		x									x					
2.3			x									x				
2.4				x									x			
2.5					x									x		
2.6						x									x	
2.7							x									x
3.1				x								x				
3.2					x								x			
3.3						x								x		
3.4							x								x	
3.5								x								x

Окончание табл.



УЧЕБНИК
2011, № 7

Физическое воспитание

69

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4.1	x						x					x				
4.2		x						x					x			
4.3			x						x					x		
4.4				x						x					x	
5.1				x												
5.2					x											
5.3						x										
5.4							x									
5.5								x								
5.6									x							
5.7										x						
5.8											x					
6.1			x							x						
6.2				x							x					
6.3					x							x				
6.4						x							x			
6.5							x							x		
6.6								x							x	
6.7									x							x

- общий вид — обычный;
- мимика — спокойная;
- внимание — четкое, безошибочное выполнение указаний педагога.

В таблице по планированию дается примерное распределение учебного материала на один учебный год. Обращаем внимание педагогов, что при необходимости коррекции одного или нескольких негативных показателей (например, агрессивности, слабой концентрации внимания), количество упражнений на одном занятии для этого показателя увеличивается за счет других упражнений. Не рекомендуется использовать более 24 упражнений на одном занятии.

Советы педагогу

В своих отношениях с ребенком поддерживайте позитивную установку. Хвалите его в каждом случае, когда он этого заслужил, подчеркивайте успехи. Это помогает укрепить уверенность ребенка в собственных силах. Говорите сдержанно, спокойно. Не прибегайте к физическому наказанию. Стройте ваши отношения на доверии, а не на страхе. Совместно решайте возникшие трудности. Избегайте повторения слов «нет», «нельзя». Давайте ребенку только одно задание на короткий промежуток времени, чтобы он мог его завершить. Поощряйте ребенка за все виды деятельности. Избегайте повышенных или пониженных требований. Ставьте перед ребенком задачи, соответ-

ствующие его способностям. Определите вместе с ребенком рамки поведения — что можно и чего нельзя делать на занятии. Добивайтесь соблюдения четкой дисциплины на занятии. Во время игр ограничивайте ребенка лишь одним партнером. Оберегайте ребенка от утомления, поскольку оно ведет к снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности. Давайте ребенку расходовать избыточную энергию. Необходимо помнить, что авторитарные методы воспитания неэффективны для этих детей. Особенности их нервной системы таковы, что порог чувствительности к отрицательным стимулам очень низок, поэтому они не восприимчивы к выговорам и наказанию, но легко отвечают на малейшую похвалу.

Литература

1. *Альтхерр П.* и др. Гиперактивные дети. Коррекция психомоторного развития. М., 2004.
2. *Монина Г.Б., Лютова-Робертс Е.К., Чутко Л.С.* Гиперактивные дети. Психолого-педагогическая коррекция. СПб., 2007.
3. *Осипова А.А.* Введение в практическую психокоррекцию. М., 2000.
4. *Developmental psychopathology.* Chichester: John Wiley & Sons, 2006.
5. *Mayes R. Bagwell C. Erkulwater J.* ADHD and the rise in stimulant use among children // *Harv. Rev. Psychiatry.* 2008. v. 16.
6. *Parrillo V.* Encyclopedia of Social Problems. SAGE, 2008.

Специфика формирующего пространства семьи

Набойченко Е.С.,

д-р мед. наук, педагог-психолог, Государственное учреждение здравоохранения Свердловской области детская клиническая больница восстановительного лечения «Научно-практический центр “Бонум”», г. Екатеринбург

Ребенок развивается в формирующем пространстве, включающем биологический, географический, экономический и социальные элементы, что влияет не только на его психическое, но и физическое развитие.

Формирующее пространство — это многоуровневое образование, в котором можно выделить, по меньшей мере, семь уровней: биологический, социально-предметный, деятельностный, компаративный, эмоциональный, метафизический (духовный) и информационный. Подробнее мы остановимся на анализе социальной составляющей формирующего пространства семьи.

Начнем с того, что понятие «пространство» — одно из самых сложных в философии. Представления о нем достаточно консервативны, вместе с тем они наиболее отчетливо выражают противоречивый характер развития самой науки и ее методологии. Эволюция философских взглядов на пространство богата гипотезами, вариантами интерпретаций, дискуссиями. Н.Д. Кондрачев, синтезируя семиотическую

составляющую изучаемого понятия, сущность пространства раскрывает триединством смыслов:

- 1) ресурс, источник, потенциальность;
- 2) иерархия систем;
- 3) программа развертывания, смысл, цель, план.

Пространство как ресурс предполагает акцент на источниках развития, исследовании процесса формирования индивидами мира вокруг себя посредством деятельности, в том числе создание структур и компонентов (прошлое состояние, «перетекающее» в будущее), реализуя утилитаристский (пользовательский, деятельностный) подход.

Пространство как иерархия опирается на исследование систем (системный подход, структурная детерминация поведения): наличие внешнего высшего, связанного с будущим состоянием и низшего, связанного с прошлым состоянием, обуславливая иерархический (структуралистский) подход.

Пространство как смысл, цель, программа развертывания предполагает взгляд из систем выс-

шего ранга на механизмы упорядочения, самоорганизации, саморегулирования, согласование с целями высшего уровня.

Основу социального пространства, его первичный элемент составляет семья. В прошлом понятия «семья» и «дети» были неразрывно связаны между собой, и такая связь казалась само собой разумеющейся, бездетность же представлялась таким же тяжелым несчастьем, как слепота, глухота, немота. Сейчас, услышав, что ребенок всегда и при всех обстоятельствах дает взрослому больше, чем тот ему — не верят, хотя имеют детей и внуков. Не может быть! Это ребенок-то дает?! Это капризное, орущее существо, на заботу о котором требуется положить столько сил? Ну что он может дать?

Оказывается, очень много. Одна из основных социальных потребностей каждого человека — в самоутверждении, в том, чтобы к нему относились с уважением, чтобы хоть в чем-то он был учителем. Это не честолюбие, а нормальная потребность человека, и если она не удовлетворяется или удовлетворяется недостаточно, психика человека страдает так же жестоко, как если бы его унижали. Ребенок со своими собственными потребностями в знаниях, навыках, наконец просто в покровительстве со стороны старшего словно нарочно создан для полноценного удовлетворения потребности взрослого в самоутверждении.

Семья качественно отличается от других общностей. Она не столько внешнее образование, сколько внутренняя организация человека. То, какова наша семья, фиксируется в первую очередь не в государственных актах и не семейным фотоальбомом, а нашей душой. Можно внутренне отстраниться и от работы, которую тебе приходится делать, и от государства, в котором живешь, и оставаться при этом самим собой, но отстраниться от семьи без того, чтобы в твоей душе что-то перевернулось, не получится. Сущность человека, его самоидентификация, внутренний образ связаны с семьей в самом основании человеческой психики.

Но на социальной адаптации ребенка прежде всего отрицательно сказываются отсутствие семьи или неблагоприятный модус семейных отношений. Какую бы сторону развития ребенка мы ни взяли, всегда окажется, что решающую роль в его эффективности на том или ином возрастном этапе играет семья. Ограничимся несколькими аспектами. Социальные функции семьи — это способы проявления активности; жизнедеятельности всей семьи и отдельных ее членов. Во всех обществах семья выполняла следующие выделенные нами основные функции, соотносимые и синергетически связанные с уровнями формирующего пространства (см. таблицу).

Таблица

**Социальные функции семьи
в синергетической связи
с уровнями формирующего
пространства**

Функции семьи	Уровни формирующего пространства
Духовно-культурная	Метафизический
Рекреационная	Эмоциональный
Социализирующая	Компаративный
Воспитательная	Деятельностный
Хозяйственно-бытовая	Предметный
Репродуктивная	Биологический

Содержание этих функций достаточно подробно изложено во многих изданиях, посвященных семейным проблемам, и мы считаем необязательной их расшифровку в этой статье.

Формально ценность семьи никогда не оспаривалась, но в современном обществе функции и структура семьи сильно изменились: временные браки, раннее начало половой жизни, множественные контакты с незнакомыми и малознакомыми партнерами, нарастание сексуальной жестокости и насилия, увеличение парафилии и парафилических тенденций (педофилия, гомосексуализм, садизм и др.). Половое просвещение (названное воспитанием), которое пытались внедрить в учебные заведения, нарушало многовековые традиции

в силу неграмотности, а иногда и сексуального нездоровья просветителей и только усугубило ситуацию. А деформация семейных функций ведет к синергетической деформации соответствующих уровней формирующего пространства. Этот аспект мы хотели бы рассмотреть на примере двух функций — репродуктивной и воспитательной.

Союз между мужчиной и женщиной способствует деторождению. Однако монополия была нарушена уже лет 20 назад, в момент появления технологии «ребенок из пробирки». Но все равно, человечество пока воспроизводится через семью. Отсюда, на наш взгляд, следует одна из причин кризиса семьи — изменение характера воспроизводства населения.

Иными словами, демографический переход делает институт семьи как демографический объект ненужным, он попросту блокирует материнскую функцию. И деформация репродуктивной функции распространяется на весь биологический уровень формирующего пространства. Отсюда среднеполый (бесполой) стиль унисекс и современный специфический эталон женской красоты. Более того, социально-ролевой и культурно-психологический разрыв между традиционной домохозяйкой и маскулинизированной, феминистски ориентированной self-made busyness-woman представляет собой пропасть.

У семьи остаются, разумеется, многие другие функции, например, воспитания. В последние десятилетия эта функция подвергается скрытому, но хорошо организованному давлению со стороны общества и государства. В подавляющем большинстве западных стран ребенку достаточно только заявить о сексуальных домогательствах со стороны кого-либо из родителей, чтобы по суду один или оба родителя были лишены своих прав. В государственных школах США закон запрещает учителям самим сообщать родителям об успеваемости детей. В Швеции ребенок, начиная с 8 лет, может обратиться в полицию с требованием защитить его от родителей, если он считает, что от них для него исходит физическая угроза. В шведском парламенте обсуждается проект закона, согласно которому частные дома планируется оснастить скрытой кнопкой, известной только ребенку. С помощью этой кнопки ребенок в любой момент, если, например, поймет, что его ожидает оплеуха, может вызвать полицейского.

И к же чему это приведет? На наш взгляд, к деформации формирующего пространства на деятельностном уровне. Так, в России в 2005 г., непосредственно в семье совершено 30—40% всех тяжких насильственных, а также от 75 до 85% всех бытовых преступлений. По предварительным расчетам, насилие встречается в каждой четвертой российской

семье. Такие преступления, как правило, характеризуются повышенной жестокостью и цинизмом. Побои (ст. 116 УК РФ), истязания (ст. 117 УК РФ), угроза убийством или причинением тяжкого вреда здоровью (ст. 119 УК РФ) — все это преступления, более всего распространенные именно в семьях, которые, казалось бы, создаются на основе любви, взаимопонимания и доверия между людьми.

Современный период российской действительности характеризуется радикальными преобразованиями всех сфер общественной жизни, затронувшими и российскую семью. Сущность их проявляется в переносе центра тяжести в системе взаимодействий «социум — семья — ребенок» с общества на индивида. Такая переориентация ведет к изменениям в массовом сознании и поведении, когда на первый план выходят развитие и удовлетворение индивидуально-личностных потребностей отдельных представителей семейной общности.

Немалой частью населения семья воспринимается как нечто стороннее, препятствующее достижению жизненных ценностей: служебному успеху, профессиональной карьере, самореализации и т.п. «Семьецентристская» и «детоцентристская» иерархия жизненных ценностей постепенно подменяется «эгоцентристской». Такое отношение к семье уси-

ливает деструктивное содержание ряда основных ее функций, например, хозяйственно-бытовой («пробные браки») и опять же — репродуктивной («бездетные браки»).

Воспитать человека, способного не только создать, но и сохранить

благополучную семью, можно только в семье, которая любит этого человека с момента рождения. Многие родители утратили (а может и не приобрели вовсе) способность воспитывать любую, а теперь этому придется учиться заново.

Счастье — это когда тебя понимают...

Замотаева М.Л.,

педагог-психолог, МДОУ № 31 «Детский сад
комбинированного вида», г. Гатчина Ленинградской обл.

«Счастье — это когда тебя понимают...», — написал в своем сочинении один из героев кинофильма «Доживем до понедельника». Такая простая мечта, скажут многие. Однако зачастую, живя в благополучных семьях, дети не чувствуют себя до конца счастливыми. Конечно, их любят, за ними ухаживают, им покупают игрушки, всесторонне развивают... Но только ли это может сделать ребенка счастливым?

Попробуем вспомнить, с каким багажом приходит ребенок в этот мир. В первую очередь это ощущения перинатального, родового периодов. Тело крошечного малыша обладает памятью, и оно готово к новым впечатлениям, контактам, открытиям, накапливая свои опыт и знания о мире и о себе. Окружающий мир познается с помощью трех «языков»,

понятных ребенку, — интонаций, эмоций, прикосновений. И, конечно, появившись на свет, ребенок впервые вступает в разговор со своей мамой, формируя базовое доверие к жизни. И по прикосновениям, эмоционально окрашенным интонациям малыш чувствует: понимают, принимают его или нет.

Удивительно, что ребенок практически все дошкольное детство в общении с окружающими продолжает пользоваться этими понятными для него тремя языками, несмотря на интенсивно развивающуюся речь. Однако взрослые (педагоги, родители), развивая малыша, в основном общаются с ним с помощью слов. Можно ли говорить в этом случае о полном взаимопонимании между взрослым и ребенком? А ведь общаясь с миром, маленький человек

сталкивается с переживанием не только позитивных эмоций. В этом случае тело ребенка ждет прикосновений, означающих: «я тебя понимаю, я тебя принимаю, я тебя очень люблю и мы вместе».

Наше дошкольное учреждение предлагает родителям пообщаться со своими детьми на одном языке. Для этого разработана серия занятий (со сказочным сюжетом) с элементами телесной терапии для детей и взрослых. Сказка понятна ребенку, в ней возможны любые превращения. Это игра, в которой можно «примерить» любые роли, переживая эмоции разных героев. И здесь, когда у главных героев наружу выходят чувства страха, тревоги, неуверенности, на помощь приходит не психолог, а очень близкий и родной человек.

Перед каждым занятием с родителями проводится мини-тренинг, на котором проигрываются все телесно-ориентированные упражнения, объясняются их цели, раскрывается сюжет. Эти сказочные мероприятия желательно проводить малыми подгруппами, так как эмоции, переживаемые детьми и родителями, очень интимны. Важно, чтобы сразу после занятия малыш не расставался с родителем и ушел с ним домой, а не оставался наедине со своими чувствами в детском саду. Мы предлагаем вам одно из таких занятий, в надежде, что эта фор-

ма работы с семьей приблизит взрослых к пониманию и принятию детских переживаний. «Мы думаем, что любовь — это чувство, но она — действие» — один из тезисов матери Терезы. Так не начать ли нам действовать, милые взрослые?

**Мое имя —
прекрасный цветок»**
(для детей средней группы
и их родителей)

Задачи:

- помочь ребенку осознать привлекательность своего имени;
- снижать внутреннее напряжение;
- поднимать эмоциональный тонус;
- развивать воображение;
- способствовать развитию гармоничных отношений в системе «ребенок — родитель».

Методы:

- рассказывание сказки;
- беседа;
- упражнение, способствующее поднятию эмоционального тонуса «Здравствуйте»;
- элементы телесной терапии (упражнения: «Мы любим тебя», «Танец прикосновений», «Волшебные палитры»);
- танцевальная медитация на сказку;
- мелодекламация.

Оборудование: семена растений; волшебные накидки для взрослых; музыкальные композиции; плоскостные изображения цветущих



Упражнение «Театр прикосновений»

шей и увядшей розы; волшебные палитры и кисти; плоскостное изображение цветка — имени для домашнего задания.

* * *

Входят дети.

Ведущий. Ребята, у нас гости. Сегодня я принесла вам в подарок одно из самых важных слов. Это слово мы произносим, когда встречаем друзей и людей очень для нас близких. Это слово мы подарили нашим гостям. Какое это слово, как вы думаете?

Дети. Здравствуй.

Ведущий. Правильно, это «здравствуй». Этим словом мы желаем своим близким здоровья и счастья. Но еще очень важно улыбнуться. Тогда вы подарите своим близким радость! А как

можно узнать, радуется человек или грустит?

Дети. У него на лице улыбка.

Ведущий. Сейчас я даю вам время, чтобы каждый из вас придумал, как можно по-особому с нами поздороваться.

Дети выполняют. Затем проводится игра «Здравствуй». Дети сидят по кругу. Один за другим они предлагают варианты приветствия. Остальные дети повторяют каждое приветствие.

Молодцы! Мы подняли друг другу настроение с помощью простого, но очень важного слова «здравствуй».

Посмотрите, что я еще принесла? Это маленькие зернышки. Как вы думаете, что из них может вырасти?

Дети. Цветы.



Упражнение «Волшебное озеро».

В е д у щ и й. Когда-то вы были такими же маленькими, как эти зернышки, и жили у мамы в животике. Потом вы родились и мама дала вам самое лучшее имя на свете!

Ведущий перечисляет имена детей, присутствующих на занятии.

Но еще до того как имя пришло к вам из сказочной страны, мама уже нежно обнимала вас и пела колыбельную песню.

Звучит колыбельная песня.

Доброе имя твое

В добром доме у мамы
Родился малыш.

«Баю-бай, баю-бай.

Ну что ж ты не спишь?

В эту ночь, мой родной,

Будем вместе с тобой.
Глазки ты закрывай,
Малыш...

А на небе светло
От ночных огоньков.
Может, где-то там сказка живет?
И у звездных ворот
Приглашенья к нам ждет
Доброе имя твое».

Действительно, мама дала вам самые лучшие имена. Сначала они были маленькими. Но сейчас ваше имя растет вместе с вами, как растет прекрасный цветок.

Знайте, на свете есть волшебная страна. Там растут цветы с вашими именами. За каждым цветком ухаживает добрая фея. Утром она будит свой цветок, а вечером укладывает его спать.

Хотите попасть в эту волшебную страну? Тогда поудобней расположитесь на нашей полянке и усните волшебным сном.

Дети ложатся на ковер и закрывают глаза. Звучит спокойная музыка.

Наши ребята уснули волшебным сном. Им снятся сказочные сны о цветах, бабочках и добром озере. И вот они почувствовали чьи-то нежные прикосновения — легкие, ласковые — будто их бабочка касается своим легким крылышком...

Каждая мама подходит к своему «спящему» ребенку и нежно прикасается к нему в ритме спокойной музыки.

Ребятам стало очень интересно, кто же так нежно касается их. Они просыпаются и видят перед собой добрых фей.

Милые феи, нам очень важно попасть в сказочную страну, где растут цветы с нашими именами. Пойдемте вместе с нами...

Звучит фонограмма «Капельки».

Дорога в сказочную страну очень необычная. Сейчас она похожа на тоненькую ниточку. И чтобы не упасть, мы пойдем вот так. *(Дети идут на носочках, руки в стороны, родители поддерживают их за руки.)* Но дорога изменилась. Посмотрите — под ногами осенние листья. Так приятно идти и шуршать ими. *(Дети вме-*

сте с родителями идут за руку, шаркая ногой.) А сейчас осенние листочки превращаются в белые облака и мы будто полетели, а добрые феи поддерживают нас. *(Дети идут на носочках, руки вверх, родители подтягивают их за руки.)*

И вот мы пришли к волшебному озеру. Помните, мы когда-то встречались с ним. Какие слова оно нам говорило?

Дети отвечают.

Давайте первым по этому озеру прогуляется ... *(называет имя ребенка).*

Выполняется упражнение «Мы любим тебя».

Дети с родителями стоят по кругу, один ребенок в его центре. Все участники упражнения подходят к ребенку, гладят его со словами «Мы любим тебя» и отходят назад.

А сейчас по озеру погуляют добрые феи.

Упражнение повторяется для родителей.

Посмотрите, волны озера переправили нас на другой берег и мы оказались на зеленой поляне, где растут цветы с нашими именами.

Представьте, что вы стали спящими цветами, а добрые феи помогут вам проснуться.

Дети сидят на корточках, опустив головы.

Выполняется танцевальная медитация на сказку.

Звучит спокойная музыка Клиффорда Вайфа «Восхождение».

Маленькие цветочки спят, и вот до них дотронулась добрая фея. Цветы стали расти. В бутоне что-то щелкнуло и цветок раскрылся. Ах, как прекрасны эти цветы! Но чтобы они были разноцветными, нужно их раскрасить.

Милые феи, возьмите волшебные палитры и раскрасьте свои цветы.

Выполняется упражнение «Волшебные палитры».

Взрослые берут «палитры» в руки и крупными кистями «раскрашивают» своих детей. (При выполнении данного упражнения важно учитывать желания детей.)

Ведущий организует обсуждение на тему «В какие цвета раскрасили цветы, и что чувствовал ребенок, выполняя упражнение».

Ах, какими вы стали разными и красивыми! А вместе с вами стал ярким еще один цветок. Это прекрасная Розочка. Садитесь поудобнее, я расскажу вам ее историю.

Дети сидят на ступеньках вместе с мамами.

В старом добром лесу росла красивая Роза. Ее все любили и называли ласково — Розочка. Но однажды в лес прилетела злая колдунья. Она увидела прекрасную Розочку и решила ее сорвать. Но Розочка ее уколола. «Ах,

так, — крикнула колдунья, — ты вовсе не прекрасная Розочка. Ты самая противная Розка. От таких слов бедный цветок заболел и стал вянуть. Только добрая волшебница смогла расколдовать его.

Может, вы знаете, какие слова сказала добрая волшебница, чтобы спасти цветок?

Дети отвечают.

Правильно! Она назвала цветок ласково! Розочка...

Вот наступил вечер. Нашим цветочкам пора спать. Милые феи, уложите цветы спать.

Дети под музыку изображают, как закрывается цветок.

Цветочки уснули. А вы снова стали детьми. Добрые феи превратились в ваших мам. Тихонько подойдите к ним и обнимите. Расскажите своим мамам о том, что больше всего вам понравилось в сегодняшней сказке.

Дети подходят к своим родителям, начинается произвольная беседа между детьми и взрослыми.

Наша сказка подошла к концу. На память об этом приключении я дарю вам цветок с вашим именем. Пусть ваша мама напишет на его лепестках ласкательные имена, которыми вас называют в семье. А вы посадите эту бабочку на любимый лепесток. Сказка окончена. Давайте попрощаемся с нашими гостями.

Дети выполняют.

Развитие речевого дыхания детей 3–5 лет

Гуськова А.А.,

учитель-логопед, МДОУ № 46, г. Самара

Речь — одна из сложных внешних психических функций человека, обеспечиваемых деятельностью головного мозга. Голосовое и рчеобразование осуществляется координированной деятельностью дыхательного, голосового и артикуляционного аппаратов. Их взаимодействие контролируется деятельностью ЦНС. Процессы жизненного и речевого дыхания значительно отличаются друг от друга.

Процесс жизненного дыхания протекает ритмично, в одной и той же последовательности: вдох—выдох—остановка. Затем наступает расслабление дыхательных мышц, в котором они остаются до нового вдоха. Время, затраченное на вдох и выдох, приблизительно одинаковое (4:5), вдох происходит через нос, выдох — через рот. Смены фаз дыхания ритмичны, произвольны, рефлекторны.

Основой внешней (произносительной) речи служит дыхание. От правильного дыхания зависят чистота, красота голоса и его изменений (тональных оттенков).

Особенности речевого дыхания связаны с тем, что оно включено в процесс речи, обслуживает его, является основой формирования речевых звуков, речевой мелодии. Дыхание в речи связа-

но с ее разнообразным течением и чередованием речевых звеньев (групп слов от паузы до паузы), которые в зависимости от содержания могут быть длинными и короткими, медленными и быстрыми.

В речевом дыхании выдох — самое главное и активное звено всего процесса; он значительно длиннее вдоха (1:20). Последовательность фаз изменяется таким образом: вдох—остановка—выдох. Весь процесс дыхания становится произвольным. В ходе речевого развития вырабатываются специфические дыхательный механизм и движения диафрагмы. В процессе устной речи диафрагма многократно производит тонко дифференцированные колебательные движения, обеспечивающие речевое дыхание и звукопроизношение.

Различают три типа дыхания: верхнегрудный, грудной, грудобрюшной (он же диафрагмально-реберный). Ребенок сначала пользуется в речи навыками жизненного дыхания и только в процессе речевого развития, под влиянием речи окружающих, у него постепенно формируется наиболее оптимальный тип дыхания — грудобрюшной.

Физиологическое дыхание детей с речевой патологией имеет свои

особенности. Оно поверхностное, верхнегрудного типа, ритм неустойчив, легко нарушается при физической и эмоциональной нагрузке. Объем легких у таких детей ниже возрастной нормы. У них отмечается недостаточный объем вдыхаемого воздуха перед началом речи, а также укороченный и нерационально используемый речевой выдох. Отдельные слова произносятся в разные фазы дыхания — как на вдохе, так и на выдохе.

Таким образом, дошкольникам с речевой патологией необходимо развивать физиологическое дыхание, увеличивать объем легких, формировать грудобрюшной тип дыхания, а в дальнейшем развивать речевое дыхание с помощью специальных коррекционных упражнений.

Работа по формированию правильного дыхания может проводиться в такой последовательности:

1) развитие грудобрюшного типа дыхания;

2) обучение длительному целенаправленному ротовому выдоху;

3) развитие таких качеств дыхания, как сила, продолжительность, постепенность, целенаправленность:

- добиваться умения длительно произносить звук на одном выдохе или многократно произносить звук на одном выдохе,
- учить детей на одном выдохе произносить 3—4 слога,
- правильно произносить фразу из 2—3 слов,

- слитно, на одном выдохе произносить фразу из 4 слов,
- слитно, на одном выдохе произносить фразу из 5—6 слов,
- слитно, на одном выдохе произносить 1—2 стихотворные фразы,
- сочетать дыхание с проговариванием стихотворных текстов.

Ниже приводим примеры упражнений и игр для развития речевого дыхания детей 3—5 лет.

Дыхательно-гимнастические комплексы

Цели:

- активизировать мускулатуру шеи, наружных и внутренних мышц гортани;
- укреплять мышцы брюшной полости;
- осуществлять вентиляцию легких для подготовки голосового аппарата к фонации.

При проведении дыхательной гимнастики необходимо соблюдать ряд правил:

- не переутомлять ребенка, т.е. строго дозировать количество и темп проведения упражнений;
- следить, чтобы грудь ребенка не переполнялась воздухом, чтобы он не напрягал плечи, шею, ощущал движения диафрагмы, межреберных мышц, мышц нижней части живота;
- движения ребенка должны быть плавными, под счет, в проветренном помещении, до еды.

Комплекс 1

И.п. — сидя на стуле прямо или стоя:

- вдох и выдох через нос;
- вдох через нос, выдох через рот;
- вдох через рот, выдох через нос;
- вдох и выдох через левую половину носа, затем через правую (попеременно);
- вдох через одну половину носа, выдох через другую (попеременно);
- вдох через нос, удлинённый выдох через нос с усилением в конце;
- вдох через нос, выдох через неплотно сжатые губы;
- вдох через нос, выдох через нос толчками (диафрагмальный).

Комплекс 2

Послушаем свое дыхание. И.п. — стоя, сидя, лежа. Мышцы туловища расслаблены. В полной тишине дети прислушиваются к собственному дыханию и определяют:

- куда попадает воздушная струя воздуха и откуда выходит;
- какая часть тела приходит в движение при вдохе и выдохе;
- какое дыхание (поверхностное или глубокое);
- какова частота дыхания (часто ли происходит вдох-выдох или спокойно с определенным интервалом);
- тихое, неслышное дыхание или шумное.

Дышим тихо, спокойно и плавно. И.п. — стоя, сидя, лежа. Если сидя, спина ровная, глаза лучше закрыть. Медленный вдох через нос. Когда грудная клетка начнет расширяться, прекратить вдох и сделать паузу, кто сколько сможет. Затем плавный выдох через нос.

Упражнение выполняется бесшумно, плавно, так, чтобы даже подставленная ладонь не ощущала струю воздуха. (Повторить 5—10 раз.)

Подыши одной ноздрей. И.п. — сидя, стоя, туловище выпрямлено, но не напряжено. Правую ноздрю закрыть указательным пальцем правой руки, левой ноздрей сделать тихий продолжительный вдох. Как только вдох окончен, открыть правую ноздрю, а левую закрыть указательным пальцем левой руки — через правую ноздрю делать тихий продолжительный выдох с максимальным освобождением легких и подтягиванием диафрагмы максимально вверх, чтобы в животе образовалась «ямка». (Повторить 3—4 раза.)

Воздушный шар. И.п. — лежа на спине, ноги свободно вытянуты, туловище расслаблено, глаза закрыты. Ладони лежат на животе. Медленный плавный вдох, без каких-либо усилий — живот медленно поднимается вверх и раздувается, как воздушный шар. Медленный плавный выдох — живот медленно втягивается к спине. (Повторить 4—10 раз.)

Воздушный шар поднимается вверх. И.п. — лежа, сидя, стоя. Одну руку положить между ключицами и сконцентрировать внимание на них и плечах. Сделать вдох и выдох со спокойным и плавным поднятием и опусканием ключиц и плеч. (Повторить 4—8 раз.)

Ветер. И.п. — лежа, сидя, стоя. Туловище расслаблено. Сделать полный вдох, выпячивая живот и ребра грудной клетки. Задержать

дыхание на 3—4 с. Сквозь сжатые губы с силой выпустить воздух несколькими отрывистыми выдохами. (Повторить 3—4 раза.)

Комплекс 3

(профилактические
упражнения для верхних
дыхательных путей)

1. Погладить крылья носа от кончика к переносице — вдох. На выдохе постучать 5—6 раз по крыльям носа указательным пальцем.

2. Сделать 8—10 вдохов и выдохов через правую ноздрю, затем через левую, по очереди закрывая отдыхающую указательным пальцем.

3. Сделать вдох носом. На выдохе протяжно тянуть звук [м], одновременно постукивая пальцами по крыльям носа.

4. При вдохе оказывать сопротивление входящему воздуху, надавливая на крылья носа пальцами. Во время более продолжительного выдоха сопротивление должно быть переменным за счет постукивания по крыльям носа.

5. Спокойный вдох через нос. На выдохе одновременно с постукиванием по крыльям носа произнести: «ба-бо-бу» и «гм-м-м».

6. Быстро втянуть внутрь живота брюшные мышцы, одновременно сделав резкий выдох через нос. (Повторить 3—4 раза.)

7. Во время выдоха широко раскрыть рот и насколько возможно высунуть язык, стараясь кончиком его достать до подбородка, произнести «а-а-а». (Повторить 5—6 раз.)

Комплекс 4

1. И.п. — руки «в замок» на затылке. Отклонение головы назад с сопротивлением рук.

2. И.п. — сжатые в кулак кисти подпирают подбородок. Наклоны головы вперед с сопротивлением рук.

3. И.п. — ладони к ушам. Наклоны головы в стороны с сопротивлением рук.

4. И.п. — движение нижней челюсти вниз, в стороны, вперед. Сжатие челюстей.

5. Надувание щек.

6. Доставание кончиком языка мягкого нёба.

7. Поднимание мягкого нёба при зевке.

Комплекс 5

1. И.п. — стоя, руки опущены вдоль туловища. Ходьба обычная, на носочках, в полуприседе. Корпус держать прямо. Дыхание свободное. (Выполнять 3 мин.)

2. И.п. — стоя. Поднять руки через стороны вверх, потянуться — вдох, опустить руки — выдох. Темп медленный. (Повторить 4 раза.)

3. И.п. — стоя. Развести руки в стороны — вдох, наклонить туловище — выдох, выпрямиться. Вдох обычный, на выдохе имитировать свист. (Повторить 4—5 раз.)

4. И.п. — стоя, руки на пояс. Повороты туловища в стороны. Темп средний. (Повторить 5—6 раз в каждую сторону.)

5. И.п. — стоя, руки на пояс. Подниматься на носки, опускаться

ся на пятки — «перекачиваться». Корпус держать прямо. (Повторить 8—10 раз.)

6. И.п. — стоя, руки опущены вдоль туловища. На вдохе — развести руки в стороны, на выдохе — поднять правую ногу и сделать хлопок под коленом. Темп средний. (Повторить 4—5 раз каждой ногой.)

7. И.п. — стоя, руки опущены вдоль туловища. Наклоны туловища в стороны — «насос». Темп средний. (Повторить 5—6 раз в каждую сторону.)

8. И.п. — Стоя, руки опущены вдоль туловища. Спокойно вдохнуть, на выдохе произносить медленно «жжук». (Повторить 4—5 раз.)

9. И.п. — стоя, руки на поясе. Спокойно вдохнуть, на выдохе присесть 5—6 раз с вытянутыми вперед руками. Темп медленный, выдох удлинённый.

10. И.п. — стоя, руки на поясе. Ходьба на месте с высоким подниманием колена. Следить за дыханием. (Выполнять 1—2 мин.)

11. И.п. — стоя, руки на поясе. Легкие, ритмичные прыжки на месте. Дыхание свободное, темп средний. (Повторить 10—15 раз.)

12. И.п. — стоя, руки опущены вдоль туловища. Поднять руки вверх — вдох. Наклонить туловище вперед, опустить руки, потрясти кистями — выдох. Темп средний. (Повторить 5—6 раз.)

13. И.п. — стоя, руки к плечам. Круговые движения локтями по 4 раза в каждую сторону. Дыхание свободное.

14. И.п. — стоя, руки опущены. Ходьба с движениями рук к плечам, в стороны, вниз; с подниманием рук вверх, опусканием и расслаблением. Темп медленный, дыхание глубокое, выдох продолжительный. (Выполнять 1—2 мин.)

Комплекс 6

(упражнения с мячом)

1. И.п. — стоя, мяч в опущенных руках. Поднять руки вверх, потянуться — вдох, опустить руки — выдох. (Повторить в медленном темпе 4 раза.)

2. И.п. — стоя, мяч в опущенных руках. Поднять мяч над головой в вытянутых руках — вдох, наклонить туловище вправо — выдох. Выпрямиться — вдох, наклон влево — выдох. Выполнять по 2 раза в каждую сторону, руки опустить. Темп средний.

3. И.п. — сидя на мяче, ноги на ширине плеч. Развести руки в стороны — вдох, наклонить туловище вниз — выдох, выпрямиться. Вдох обычный, на выдохе имитировать «стон».

4. И.п. — стоя, мяч на полу. Потянуться вверх, поднять мяч над головой — длинный вдох, резкий присед с опорой руками на мяч, колени в стороны — короткий выдох, выпрямиться. При вдохе движения мягкие. При выдохе — резкие, динамичные. (Повторить 4—5 раз.)

5. И.п. — сидя на мяче. Имитация ходьбы с высоким подниманием колена, сидя на мяче. Дыхание свободное, темп средний. (Выполнять 1—2 мин.)

6. И.п. — лежа на спине, мяч перед собой на груди. Поднять руки вверх — вдох. Задержать дыхание, опустить мяч на грудь — выдох, задержать дыхание. Повторить 2 раза, постепенно увеличивая паузы с задержкой дыхания.

7. И.п. — сидя на мяче. Ритмичные прыжки. Дыхание свободное, темп средний. (Повторить 10—15 раз.)

8. И.п. — стоя, мяч перед грудью в согнутых руках. Ходьба на носках, в полуприседе, обычная с постепенным замедлением. Спину держать прямо, дыхание свободное. (Выполнять 3 мин.)

Игры для развития ротового выдоха

Цели:

- развивать длительный, непрерывный ротовой выдох;
- активизировать мышцы.

Снег идет!

Оборудование: кусочки ваты.

* * *

Педагог раскладывает на столе кусочки ваты.

Педагог. Представьте, что сейчас зима. На улице снежок падает. Давайте подуем на снежинки! *(Показывает, как дуть на вату, дети повторяют.)* Медленно набираем воздух через нос. Следим, чтобы не поднимались плечи. Вытягиваем губы трубочкой. Дуем на вату, не раздувая щек. (Повторить 3—5 раз.)

Хоккей

Оборудование: картинка, на которой нарисованы каток и ворота на льду, вырезанная из бумаги шайба.

* * *

На столе лежит картинка с изображением хоккейных ворот. У края картинки — шайба.

Педагог. Попробуйте забить шайбу в ворота.

По команде педагога дети набирают воздух через нос и начинают плавно и медленно дуть целенаправленно на шайбу. Педагог следит, чтобы дети не поднимали плечи, дули, держа губы трубочкой, не раздували щеки. (Повторить 3—5 раз.)

Катание со снежной горки

Оборудование: картинка с изображением горки, вырезанные из бумаги санки с детьми.

* * *

На столе лежит картинка с изображением снежной горки. На верхней части горки — санки с детьми.

Педагог. А теперь подуйте на санки так, чтобы они скатились с горки. Посмотрите, как я сделаю.

Педагог показывает, как правильно дуть на санки, чтобы они медленно спускались с горки. По команде дети набирают воздух через нос и начинают плавно и медленно дуть на санки. Педагог следит, чтобы дети не поднимали плечи, дули, держа губы трубочкой, не раздували щеки. (Повторить 3—5 раз.)

Игра в снежки

Оборудование: картинка с изображением детей, играющих в снежки, маленькие ватные шарики.

* * *

На столе лежит картинка с изображением детей, играющих в снежки. На ней — ватные шарики. По обе стороны картинки друг против друга сидят дети.

Педагог. Ребята, вспомните, как зимой вы играли в снежки. Дуть нужно по очереди.

По команде педагога первый ребенок набирает воздух через нос и начинает плавно и медленно дуть целенаправленно на ватные шарики. Посчитать, сколько шариков долетело до второго ребенка. Затем дует второй ребенок. Выигрывает тот, у кого больше шариков долетело до цели. Педагог следит, чтобы дети не поднимали плечи, дули, держа губы трубочкой, не раздували щеки.

Лыжники

Оборудование: бумажные фигурки лыжников.

* * *

Фигурки лыжников (вырезанные из тонкого картона) стоят на краю стола. Вызываются парно дети. Каждый ребенок садится напротив лыжника. По команде педагога ребенок набирает воздух через нос и начинает плавно и медленно дуть на лыжника. Педагог следит, чтобы дети не поднимали плечи, дули,

держа губы трубочкой, не раздували щеки. Продвигать лыжника можно лишь на одном выдохе, дуть несколько раз подряд нельзя. Остальные дети следят, чей лыжник дальше уедет — «проскользит по столу». Игра может проводиться как индивидуально, так и в группе детей.

Фигуристка

Оборудование: вырезанная из бумаги фигуристка.

* * *

Перед ребенком на ниточке висит вырезанная из бумаги фигуристка.

Педагог. Наша фигуристка очень любит вращаться. Подуйте на нее, и она начнет вращение.

Педагог показывает, как правильно дуть на фигуристку, дети повторяют.

По команде медленно набираем воздух через нос. Следим, чтобы не поднимались плечи. Вытягиваем губы трубочкой, дуем на фигуристку, не раздувая щек. (Повторить 3—5 раз.)

Дети выполняют.

Игры и упражнения для развития речевого дыхания

Цель: развивать такие качества дыхания, как сила, продолжительность, постепенность, целенаправленность.

Снежинки. И.п. — о.с.: — вырезанные из бумаги снежинки держать на уровне лица, вдох носом;

— на выдохе плавно дуть на снежинки. Следует добиваться, чтобы снежинки максимально отклонялись. (Повторить 3—4 раза.)

Вьюга. И.п. — о.с.:

— вдохнуть носом;
— на выдохе произнести тихо «у-у-у-у!», вьюга начинается;
— вдохнуть носом;
— на выдохе произнести громко «у-у-у-у!»;
— вдохнуть носом;
— на выдохе произнести тихо «у-у-у-у!», вьюга заканчивается. (Повторить 2 раза.)

Пурга. И.п. — о.с.:

— вдохнуть носом;
— на выдохе произнести тихо «в-в-в-в!», пурга начинается;
— вдох носом;
— на выдохе произнести громко «в-в-в-в!»;
— вдохнуть носом;
— на выдохе произнести тихо «в-в-в-в!», пурга заканчивается. (Повторить 2 раза.)

Снег идет. И.п. — о.с., руки подняты вверх:

— плавно опустить руки, вдохнуть носом;
— на выдохе произнести «ш-ш-ш». (Повторить 3—4 раза.)

Снег скрипит. И.п. — о.с.:

— ходьба на месте, вдохнуть носом;
— на выдохе произнести «скрип-скрип-скрип». (Повторить 3—4 раза.)

Холодно зимой. И.п. — стоя прямо, ноги на ширине плеч, руки опущены:

— обхватить правой рукой левое плечо, затем левой рукой правое плечо, развести руки в стороны, вдох носом;

— обхватить плечи руками и на выдохе произнести «бр-бр-бр». (Повторить 3—4 раза.)

Погреемся. И.п. — стоя ноги вместе, руки в стороны:

— вдох носом;
— быстро скрестить руки перед грудью, на выдохе произнести «ух-х-х! Ух-х-х!».

(Повторить 3—4 раза.)

Греем ручки. И.п. — о.с.:

— потереть «замерзшие» руки, вдохнуть носом;
— на выдохе произнести «х-х-х, х-х-х».

(Повторить 3—4 раза.)

Снежки. И.п. — стоя, ноги на ширине плеч;

— наклониться вниз — «берем снежок», вдохнуть носом;
— бросать «снежок», на выдохе произнести «оп-оп-оп».

(Повторить 3—4 раза.)

Катание с горки. И.п. — о.с.:

— сесть, руки вытянуть вперед, вдохнуть носом;
— на выдохе произнести «у-у-у-у-х».

(Повторить 3—4 раза.)

Катание на коньках. И.п. — левая рука за спиной, спина слегка согнута:

— имитировать катание на коньках, вдохнуть носом;
— на выдохе произнести «хруп-хруп-хруп».

(Повторить 3—4 раза.)

Лепим снеговика. И.п. — стоя, ноги слегка расставлены:

— наклонить туловище вперед — «поднимаем ком снега», вдохнуть носом;

— на выдохе произнести «ком на ком».

(Повторить 3 раза.)

Игра-тренинг по оказанию первой помощи «Помоги сам себе»

Иванченко Е.Н.,

Абаринева Т.Б.,

воспитатели, МДОУ ЦРР– д/с № 18,
г. Кропоткин Краснодарского края

Цели:

- формировать представления детей об элементарной помощи, в случае травмы уметь применять ее для себя или товарища;
- учить прогнозировать возможные травматические ситуации;
- учить обращаться за помощью к взрослому, четко и ясно рассказывать о проблеме, называть свой домашний адрес;
- развивать внимание, память, мышление, умение действовать согласно команде.

Предварительная работа: рассказ воспитателя, рисование на тему «Опасности вокруг меня», игра «Как избежать неприятностей», работа по валеологии с карточками: «Мой организм», «Что вредно, что полезно».

* * *

Дети сидят на диване, лавочке и скачуют.

Воспитатель

Кто на лавочке сидел,
Кто на улицу глядел —
Рома пел, Андрей мычал,
Савик наш ногой качал,

Галка села на заборе,
Кот забрался на чердак,
Вдруг сказала детям Аня просто так:

Аня

Я люблю, ребята, лето,
Летом можно все на свете:
Можно летом загорать,
В море синее нырять.
Но мне сказала мама,
Что всем нужна панاما,
Чтобы солнечный удар,
Мне по голове не дал.

Воспитатель

В уголке скучал Артем —
Отвечал он ей потом:

Артем

Летом разные занозы,
Мухи, комары и осы —
Интересно наблюдать,
Но осторожность надо знать!
Если бы в руке держала —
Оса бы запустила жало.

Воспитатель

Даша только лишь вздохнула.

Даша

Я зимой так отдохнула,
Зимою санки и коньки,
Елки, светят огоньки.

Воспитатель
Но ответил ей Андрей,
В спорте нет его быстрей.

Андрей
Зимой на улице мороз,
Отморозишь щеки, нос.

Воспитатель
И Савелий не молчал:

Савелий
Я бы выпил крепкий чай,
Съел бы вкусный бутерброд —
Заскучал мой что-то рот.

Воспитатель
Голос подала Олеся —
Она маленький профессор.

Олеся
Нож нам брать с тобою рано —
Заболит на пальце рана.
Чайник паром обожжет —
Закричишь во весь свой рот.

Воспитатель
Роме скучно стало вдруг,
Осмотрел детей вокруг.

Рома
Давно мы с вами не играли
В ловишки или догонялы.

Воспитатель
Рассердилась вдруг Алина —
Будущая балерина.

Алина
Надоели твои игры,
Шум и крики, беготня,
Шишки, ссадины, ушибы
Получает ребятня.

Воспитатель. Стоп, стоп,
стоп! Что-то вы совсем загрустили,
так вообще можно заболеть. Ко-
нечно, вокруг нас много опасных

вещей и, если ими неправильно
пользоваться, можно получить
травму. Хотите, я загадаю вам за-
гадки? А вы отгадаете и объясни-
те, чем может быть опасен этот
предмет или природное явление.

У меня есть лезвие, острое
железное —
Обращайтесь осторожно,
Ведь порезаться им можно.

Дети. Нож.
Воспитатель. Чем опасен
этот предмет?

Дети отвечают.

Плывет электроход —
То назад, то вперед.

Дети. Утюг.
Воспитатель. Почему детям
нельзя пользоваться утюгом?

Дети отвечают.

Мои лучи так сильно жгут,
Ты загорай, но осторожно,
Сначала можно пять минут,
А после десять можно.

Дети. Солнце.
Воспитатель. Чем солнце
может навредить людям?

Дети отвечают.

Старик у ворот
Тепло уволок,
Сам не бежит,
Но стоять не велит.

Дети. Мороз.
Воспитатель. Что может
случиться на морозе?

Дети отвечают.

Молодцы, вы правильно ответи-
ли. Хорошо, когда дома есть взрос-
лые, они окажут вам первую по-

мощь. А если никого нет? Что же делать, если случилась беда? Кто нам сможет объяснить? Отгадайте мою загадку, она вам подскажет.

Кто в дни болезни всех полезней,
И лечит нас от всех болезней?

Д е т и

Все болезни лечит врач,
Он уколёт — ты не плачь,
Веселей смотри вокруг —
Детский врач ребятам друг.

В о с п и т а т е л ь. Правильно.
А кто помогает врачу в его работе? Кто у нас в детском саду следит за вашим здоровьем?

Д е т и. Медсестра.

Воспитатель. Сегодня у нас в гостях старшая медсестра нашего детского сада.

М е д с е с т р а. Что случилось, почему вы не играете, не гуляете на улице, а сидите и грустите?

Д е т и

Что же делать,
Как нам быть?
Кто нам сможет объяснить:
Если вдруг нам неприятности
Повстречаются в пути,
Как же нам себя вести?
Вот, к примеру, замерзают
У нас руки, щеки, нос,
Или вдруг порезал палец,
Или укусил Барбос,
Кровь пошла у нас из носа,
Закружилась голова,
Как нам быть с такой проблемой,
Как решать эти дела?

М е д с е с т р а

Главное, дети, внимательными
быть,

Тогда неприятности вас
будут обходить.

Я вам, ребята, расскажу,
Что вас может поджидать,
И всех сегодня научу,
Как проблемы надо побеждать.

Медсестра показывает сюжетные картинки с видами травм, сопровождает показ разъяснениями.

Если щеки замерзают,
Если носик мерзнуть стал,
Надо, чтоб своим шарфом
Их ребенок растирал.
Замерзают твои ножки —
Больше двигайся, ходи,
Дома выпей горячего чаю
И просуши сапоги.

Ты ударил ногу больно,
Боль взлетела до небес.
Нет, не плачьте понапрасну,
Кладите на ушиб холодный
компресс.

Ты порезал себе палец,
Кровь из раны вдруг пошла —
Не пугайся, мой дружок,
Нестрашны твои дела.
Подними повыше руку
И немного поддержи,
А затем промой всю рану
Не спеша, перевяжи.

Малыш, на солнце не бегай,
Можно получить солнечный
удар,

Будет голова кружиться,
Может даже начаться жар,
Может кровь из носа пойти,
Поэтому с этим ты не шути.
Во-первых, без кепки-панамки
Ты летом гулять не ходи,
А если все же стало плохо,
То в тень быстрее уходи.
Приляг, воды прохладной выпей,
Компресс холодный положи.

Будь умницей — пройдет все
 скоро,
А значит, улыбнись и не тужи.

Владимир Маяковский

Ты сильно обжегся —
Не надо кричать,
А нужно быстрее себе
помогать:

Холодный компресс на ожог
мы положим,

Мы плакать не будем,
Успокоиться сможем.
Боль укротить ты,
Как хищника, смог,
Потому что себе очень
быстро помог.

Ребята, вам все понятно? Теперь я уверена, вы сможете оказать себе помощь, если случится неприятность. Я хочу подарить вам эти картинки, чтобы вы научили своих друзей оказывать первую помощь.

Дети
Спасибо нашей медсестре,
Что разъяснила детворе,
Как и когда себя вести,
Какую помощь оказать
И как беды нам избежать.
Но главное — послушным надо
быть,

Чтоб только радость
В дом свой приносить,
Тогда расти ты будешь
Крепким и здоровым
На радость папе, маме,
Садику и школе.

Воспитатель благодарит медсестру. Она уходит.

Воспитатель. Ребята, вы хорошо запомнили, что рассказала вам медсестра?

Дети. Да!

Воспитатель. Давайте это проверим. Я предлагаю вам игру «Если малыш поранился».

Дети сидят за столом. Перед каждым — двусторонняя карточка: с одной стороны — ребенок с травмой, с другой — способы оказания первой помощи.

Воспитатель предлагает карточку с проблемной ситуацией, дети подбирают маленькие карточки с правилами оказания первой помощи. Затем проверяют себя, перевернув карточку. Воспитатель уточняет ответы.

Сейчас я предлагаю вам отдохнуть и сделать зарядку.

Проводится музыкальная игра «Зарядка».

Отдохнули. Сейчас вас ждут испытания. Мы разделимся на две команды, придумаем им названия, выберем капитанов.

Жюри занимает свои места.

Создаются команды «Айболитики» и «Спасайкины».

Первое задание: оказать первую помощь пострадавшим (кукле).

Цель: уметь применять на практике полученные знания.

Второе задание: ЗВОНОК другу.

Цель: уметь в экстренном случае пользоваться телефоном, четко и ясно рассказать о своей проблеме, назвать домашний адрес.

Третье задание: узнай и расскажи.

Цель: уметь видеть опасные ситуации на картине, предвидеть, чем они могут быть опасны, и знать как опасности избежать.

Когда в кастрюле кипяток —
Не прикасайся к ней, дружок.
И очень осторожен будь,
Ее так просто обернуть.
Поверь, кипящая вода
Была опасною всегда.

По деревьям лазать
Очень интересно,
Только это трудно —
Каждому известно.
Можно напороться на корявый
сук

Или может ветка
Выскользнуть из рук.
Падать очень больно
И разбиться можно —
Так что уж, ребята,
Будьте осторожны.

Любой малыш запомнить
должен —
Будь с розеткой осторожен.
С ней не должен ты играть —
Шпильку, гвоздь туда совать.
Дело кончится бедой —
Ток в розетке очень злой.

Пилюли и таблетки
Нельзя тайком глотать!
Об этом наши детки обязаны
узнать.

Вот если заболете —
Врача вам позовут,
И взрослые таблетку
Вам сами принесут.
Но если не больны вы —
Таблетки есть нельзя,
Глотать их без причины
Опасно вам, друзья!

Ведь отравиться можно —
В таких таблетках вред.
Так будьте осторожны,
Живите много лет!

На балконе — так и знай!
Ты на стуле не вставай,
На перила не взбирайся,
Низко не перегибайся —
Это может быть опасно:
Падать сверху так ужасно!

Друг, по перилам
Опасно кататься —
Можно качнуться и не
удержаться
Или штанами за болт
зацепиться...
Больно спиной на ступеньки
свалиться,
Или сорвешься в пролет —
что тогда?
Это уже пострашнее дела!
Так что собой не рискуй,
не катайся,
А по ступенькам спокойно
спускайся.

Четвертое задание: «Ловкие и находчивые».

Цель: уметь находить выход из проблемной ситуации, работать согласованно, помогать товарищам.

Командам предлагаются по 10 воздушных шаров. Внутри — листок со словом.

Задача: лопнуть шары без помощи рук и ног, собрать слова и прочитывать.

Воспитатель. Слово предоставляется жюри.

Жюри подводит итог игре, награждает победителей.

Федеральный закон от 29.12.2010 № 436-ФЗ

«О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию»

Принят Государственной Думой 21.12.2010
Одобен Советом Федерации 24.12.2010

Глава 1. Общие положения

Статья 1. Сфера действия настоящего Федерального закона.

1. Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, связанные с защитой детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию, в том числе от такой информации, содержащейся в информационной продукции.

2. Настоящий Федеральный закон не распространяется на отношения в сфере:

1) оборота информационной продукции, содержащей научную, научно-техническую, статистическую информацию;

2) распространения информации, недопустимость ограничения доступа к которой установлена Федеральным законом от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и другими федеральными законами;

3) оборота информационной продукции, имеющей значительную историческую, художественную или иную культурную ценность для общества;

4) рекламы.

Статья 2. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе.

В настоящем Федеральном законе используются следующие основные понятия:

1) **доступ детей к информации** — возможность получения и использования детьми свободно распространяемой информации;

АКТУАЛЬНО



2) **знак информационной продукции** — графическое и (или) текстовое обозначение информационной продукции в соответствии с классификацией информационной продукции, предусмотренной ч. 3 ст. 6 настоящего Федерального закона;

3) **зрелищное мероприятие** — демонстрация информационной продукции в месте, доступном для детей, и в месте, где присутствует значительное число лиц, не принадлежащих к обычному кругу семьи, в том числе посредством проведения театрально-зрелищных, культурно-просветительных и зрелищно-развлекательных мероприятий;

4) **информационная безопасность детей** — состояние защищенности детей, при котором отсутствует риск, связанный с причинением информацией вреда их здоровью и (или) физическому, психическому, духовному, нравственному развитию;

5) **информационная продукция** — предназначенные для оборота на территории Российской Федерации продукция средств массовой информации, печатная продукция, аудиовизуальная продукция на любых видах носителей, программы для электронных вычислительных машин (программы для ЭВМ) и базы данных, а также информация, распространяемая посредством зрелищных мероприятий, и информация, размещаемая в информационно-телекоммуникационных сетях

(в том числе в сети Интернет) и сетях подвижной радиотелефонной связи;

6) **информационная продукция для детей** — информационная продукция, соответствующая по тематике, содержанию и художественному оформлению физическому, психическому, духовному и нравственному развитию детей;

7) **информация, причиняющая вред здоровью и (или) развитию детей**, — информация (в том числе содержащаяся в информационной продукции для детей), распространение которой среди детей запрещено или ограничено в соответствии с настоящим Федеральным законом;

8) **информация порнографического характера** — информация, представляемая в виде натуралистических изображения или описания половых органов человека и (или) полового сношения либо сопоставимого с половым сношением действия сексуального характера, в том числе такого действия, совершаемого в отношении животного;

9) **классификация информационной продукции** — распределение информационной продукции в зависимости от ее тематики, жанра, содержания и художественного оформления по возрастным категориям детей в порядке, установленном настоящим Федеральным законом;

10) **места, доступные для детей**, — общественные места, доступ ребенка в которые и (или) нахождение ребенка в которых

не запрещены, в том числе общественные места, в которых ребенок имеет доступ к продукции средств массовой информации и (или) размещаемой в информационно-телекоммуникационных сетях информационной продукции;

11) натуралистическое изображение или описание — изображение или описание в любой форме и с использованием любых средств человека, животного, отдельных частей тела человека и (или) животного, действия (бездействия), события, явления, их последствий с фиксированием внимания на деталях, анатомических подробностях и (или) физиологических процессах;

12) оборот информационной продукции — предоставление и (или) распространение информационной продукции, включая ее продажу (в том числе распространение по подписке), аренду, прокат, раздачу, выдачу из фондов общедоступных библиотек, публичный показ, публичное исполнение (в том числе посредством эфирного или кабельного вещания, зрелищных мероприятий), размещение в информационно-телекоммуникационных сетях (в том числе в сети Интернет) и сетях подвижной радиотелефонной связи;

13) эксперт — лицо, отвечающее требованиям настоящего Федерального закона и привлекаемое для проведения экспертизы информационной продукции и дачи экспертного заключе-

ния или осуществления классификации информационной продукции и проведения ее экспертизы.

Статья 3. Законодательство Российской Федерации о защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию.

Законодательство Российской Федерации о защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию, состоит из Конституции Российской Федерации, настоящего Федерального закона, других федеральных законов и принимаемых в соответствии с ними иных нормативных правовых актов.

Статья 4. Полномочия федерального органа исполнительной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере защиты детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию.

1. К полномочиям федерального органа исполнительной власти, уполномоченного Правительством Российской Федерации, в сфере защиты детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию, относятся:

1) разработка и реализация единой государственной политики в сфере защиты детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию;

2) разработка и реализация федеральных целевых программ

обеспечения информационной безопасности детей, производства информационной продукции для детей и оборота информационной продукции;

3) установление порядка проведения экспертизы информационной продукции, предусмотренной настоящим Федеральным законом;

4) государственный надзор и контроль за соблюдением законодательства Российской Федерации о защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию.

2. К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере защиты детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию, относятся разработка и реализация региональных программ обеспечения информационной безопасности детей, производства информационной продукции для детей и оборота информационной продукции.

Статья 5. Виды информации, причиняющей вред здоровью и (или) развитию детей.

1. К информации, причиняющей вред здоровью и (или) развитию детей, относится:

1) информация, предусмотренная ч. 2 настоящей статьи и запрещенная для распространения среди детей;

2) информация, которая предусмотрена ч. 3 настоящей статьи с учетом положений ст. 7—10 настоящего Федерального зако-

на и распространение которой среди детей определенных возрастных категорий ограничено.

2. К информации, запрещенной для распространения среди детей, относится информация:

1) побуждающая детей к совершению действий, представляющих угрозу их жизни и (или) здоровью, в том числе к причинению вреда своему здоровью, самоубийству;

2) способная вызвать у детей желание употребить наркотические средства, психотропные и (или) одурманивающие вещества, табачные изделия, алкогольную и спиртосодержащую продукцию, пиво и напитки, изготавливаемые на его основе, принять участие в азартных играх, заниматься проституцией, бродяжничеством или попрошайничеством;

3) обосновывающая или оправдывающая допустимость насилия и (или) жестокости либо побуждающая осуществлять насильственные действия по отношению к людям или животным, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Федеральным законом;

4) отрицающая семейные ценности и формирующая неуважение к родителям и (или) другим членам семьи;

5) оправдывающая противоправное поведение;

6) содержащая нецензурную брань;

7) содержащая информацию порнографического характера.

3. К информации, распространение которой среди детей определенных возрастных категорий ограничено, относится информация:

1) представляемая в виде изображения или описания жестокости, физического и (или) психического насилия, преступления или иного антиобщественного действия;

2) вызывающая у детей страх, ужас или панику, в том числе представляемая в виде изображения или описания в унижающей человеческое достоинство форме ненасильственной смерти, заболевания, самоубийства, несчастного случая, аварии или катастрофы и (или) их последствий;

3) представляемая в виде изображения или описания половых отношений между мужчиной и женщиной;

4) содержащая бранные слова и выражения, не относящиеся к нецензурной брани.

Глава 2. Классификация информационной продукции

Статья 6. Осуществление классификации информационной продукции.

1. Классификация информационной продукции осуществляется ее производителями и (или) распространителями самостоятельно (в том числе с участием экспертов, экспертов и (или) экспертных организаций, отвечающих требованиям ч. 4—5, 8 ст. 17 настоящего Федерального закона) до начала ее оборота на территории Российской Федерации.

2. При проведении исследований в целях классификации информационной продукции оценке подлежат:

1) ее тематика, жанр, содержание и художественное оформление;

2) особенности восприятия содержащейся в ней информации детьми определенной возрастной категории;

3) вероятность причинения содержащейся в ней информацией вреда здоровью и (или) развитию детей.

3. Классификация информационной продукции (за исключением информационной продукции, предусмотренной ч. 5 настоящей статьи) осуществляется в соответствии с требованиями настоящего Федерального закона по следующим категориям информационной продукции:

1) информационная продукция для детей, не достигших возраста шести лет;

2) информационная продукция для детей, достигших возраста шести лет;

3) информационная продукция для детей, достигших возраста двенадцати лет;

4) информационная продукция для детей, достигших возраста шестнадцати лет;

5) информационная продукция, запрещенная для детей (информационная продукция, содержащая информацию, предусмотренную ч. 2 ст. 5 настоящего Федерального закона).

4. Классификация информационной продукции, предназначенной и (или) используемой для обучения и воспитания детей в образовательных учреждениях, реализующих соответственно основные общеобразовательные программы, основные профессиональные образовательные программы начального профессионального образования, среднего профессионального образования, в образовательных учреждениях дополнительного образования детей, осуществляется в соответствии с настоящим Федеральным законом и законодательством Российской Федерации в области образования.

5. Классификация фильмов осуществляется в соответствии с требованиями настоящего Федерального закона и с учетом порядка, установленного Федеральным законом от 22.08.1996 № 126-ФЗ «О государственной поддержке кинематографии Российской Федерации».

6. Сведения, полученные в результате классификации информационной продукции, указываются ее производителем или распространителем в сопроводительных документах на информационную продукцию и являются основанием для размещения на ней с соблюдением требований соответствующих технических регламентов знака информационной продукции и для ее оборота на территории Российской Федерации.

Статья 7. Информационная продукция для детей, не достигших возраста шести лет.

К информационной продукции для детей, не достигших возраста шести лет, может быть отнесена информационная продукция, содержащая информацию, не причиняющую вреда здоровью и (или) развитию детей (в том числе информационная продукция, содержащая оправданные ее жанром и (или) сюжетом эпизодические ненатуралистические изображение или описание физического и (или) психического насилия (за исключением сексуального насилия) при условии торжества добра над злом и выражения сострадания к жертве насилия и (или) осуждения насилия).

Статья 8. Информационная продукция для детей, достигших возраста шести лет.

К допускаемой к обороту информационной продукции для детей, достигших возраста шести лет, может быть отнесена информационная продукция, предусмотренная ст. 7 настоящего Федерального закона, а также информационная продукция, содержащая оправданные ее жанром и (или) сюжетом:

1) кратковременные и ненатуралистические изображение или описание заболеваний человека (за исключением тяжелых заболеваний) и (или) их последствий в форме, не унижающей человеческого достоинства;

2) ненатуралистические изображение или описание несчаст-

ного случая, аварии, катастрофы либо ненасильственной смерти без демонстрации их последствий, которые могут вызывать у детей страх, ужас или панику;

3) не побуждающие к совершению антиобщественных действий и (или) преступлений эпизодические изображение или описание этих действий и (или) преступлений при условии, что не обосновывается и не оправдывается их допустимость и выражается отрицательное, осуждающее отношение к лицам, их совершающим.

Статья 9. Информационная продукция для детей, достигших возраста двенадцати лет.

К допускаемой к обороту информационной продукции для детей, достигших возраста двенадцати лет, может быть отнесена информационная продукция, предусмотренная ст. 8 настоящего Федерального закона, а также информационная продукция, содержащая оправданные ее жанром и (или) сюжетом:

1) эпизодические изображение или описание жестокости и (или) насилия (за исключением сексуального насилия) без натуралистического показа процесса лишения жизни или нанесения увечий при условии, что выражается сострадание к жертве и (или) отрицательное, осуждающее отношение к жестокости, насилию (за исключением насилия, применяемого в случаях защиты прав граждан и охраняе-

мых законом интересов общества или государства);

2) изображение или описание, не побуждающие к совершению антиобщественных действий (в том числе к потреблению алкогольной и спиртосодержащей продукции, пива и напитков, изготавливаемых на его основе, участию в азартных играх, занятию бродяжничеством или попрошайничеством), эпизодическое упоминание (без демонстрации) наркотических средств, психотропных и (или) одурманивающих веществ, табачных изделий при условии, что не обосновывается и не оправдывается допустимость антиобщественных действий, выражается отрицательное, осуждающее отношение к ним и содержится указание на опасность потребления указанных продукции, средств, веществ, изделий;

3) не эксплуатирующие интереса к сексу и не носящие возбуждающего или оскорбительного характера эпизодические ненатуралистические изображение или описание половых отношений между мужчиной и женщиной, за исключением изображения или описания действий сексуального характера.

Статья 10. Информационная продукция для детей, достигших возраста шестнадцати лет.

К допускаемой к обороту информационной продукции для детей, достигших возраста шестнадцати лет, может быть отнесена информационная продукция,

предусмотренная ст. 9 настоящего Федерального закона, а также информационная продукция, содержащая оправданные ее жанром и (или) сюжетом:

1) изображение или описание несчастного случая, аварии, катастрофы, заболевания, смерти без натуралистического показа их последствий, которые могут вызывать у детей страх, ужас или панику;

2) изображение или описание жестокости и (или) насилия (за исключением сексуального насилия) без натуралистического показа процесса лишения жизни или нанесения увечий при условии, что выражается сострадание к жертве и (или) отрицательное, осуждающее отношение к жестокости, насилию (за исключением насилия, применяемого в случаях защиты прав граждан и охраняемых законом интересов общества или государства);

3) информация о наркотических средствах или о психотропных и (или) об одурманивающих веществах (без их демонстрации), об опасных последствиях их потребления с демонстрацией таких случаев при условии, что выражается отрицательное или осуждающее отношение к потреблению таких средств или веществ и содержится указание на опасность их потребления;

4) отдельные бранные слова и (или) выражения, не относящиеся к нецензурной брани;

5) не эксплуатирующие интереса к сексу и не носящие оскор-

бительного характера изображение или описание половых отношений между мужчиной и женщиной, за исключением изображения или описания действий сексуального характера.

Глава 3. Требования к обороту информационной продукции

Статья 11. Общие требования к обороту информационной продукции.

1. Оборот информационной продукции, содержащей информацию, предусмотренную ч. 2 ст. 5 настоящего Федерального закона, не допускается, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Федеральным законом.

2. Оборот информационной продукции, содержащей информацию, запрещенную для распространения среди детей в соответствии с ч. 2 ст. 5 настоящего Федерального закона, в местах, доступных для детей, не допускается без применения административных и организационных мер, технических и программно-аппаратных средств защиты детей от указанной информации.

3. Требования к административным и организационным мерам, техническим и программно-аппаратным средствам защиты детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию, устанавливаются уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

4.оборот информационной продукции, содержащей информацию, предусмотренную ст. 5 настоящего Федерального закона, без знака информационной продукции не допускается, за исключением:

1) учебников и учебных пособий, рекомендуемых или допускаемых к использованию в образовательном процессе в соответствии с законодательством Российской Федерации в области образования;

2) телепрограмм, телепередач, транслируемых в эфире без предварительной записи;

3) информационной продукции, распространяемой посредством радиовещания;

4) информационной продукции, демонстрируемой посредством зрелищных мероприятий;

5) периодических печатных изданий, специализирующихся на распространении информации общественно-политического или производственно-практического характера.

5. В присутствии родителей или иных законных представителей детей, достигших возраста шести лет, допускается оборот информационной продукции, предусмотренной ст. 9 настоящего Федерального закона.

6. До начала демонстрации посредством зрелищного мероприятия информационной продукции ей присваивается знак информационной продукции. В случае демонстрации нескольких видов информационной про-

дукции для детей разных возрастных категорий указанный знак должен соответствовать информационной продукции для детей старшей возрастной категории. Указанный знак размещается на афишах и иных объявлениях о проведении зрелищного мероприятия, а также на входных билетах, приглашениях и иных документах, предоставляющих право его посещения.

7. Демонстрация посредством зрелищного мероприятия информационной продукции, содержащей информацию, предусмотренную ст. 5 настоящего Федерального закона, предваряется непосредственно перед началом зрелищного мероприятия звуковым сообщением о недопустимости или об ограничении присутствия на такой демонстрации детей соответствующих возрастных категорий.

8. В прокатном удостоверении аудиовизуального произведения, в свидетельстве о регистрации в качестве средства массовой информации теле- и радиопрограммы, периодического печатного издания для детей должны содержаться сведения о категории данной информационной продукции.

Статья 12. Знак информационной продукции.

Комментарий ГАРАНТа

1. Категория информационной продукции определяется в соответствии с требованиями ст. 6—10 настоящего Федерального закона и обозначается знаком

информационной продукции, размещаемым с соблюдением требований настоящей статьи и требований соответствующих технических регламентов ее производителями или распространителями.

2. Производитель, распространитель информационной продукции размещают знак информационной продукции и (или) текстовое предупреждение об ограничении ее распространения перед началом трансляции телепрограммы, телепередачи, демонстрации фильма при кино- и видеообслуживании в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти. Знак информационной продукции демонстрируется в углу кадра, за исключением демонстрации фильма, осуществляемой в кинозале. Размер знака информационной продукции должен составлять не менее чем пять процентов площади экрана.

3. Размер знака информационной продукции должен составлять не менее чем пять процентов площади афиши или иного объявления о проведении соответствующего зрелищного мероприятия, объявления о киноили видеопоказе, а также входного билета, приглашения либо иного документа, предоставляющих право посещения такого мероприятия.

4. Знак информационной продукции размещается в публику-

емых программах теле- и радиопередач, перечнях и каталогах информационной продукции, а равно и в такой информационной продукции, размещаемой в информационно-телекоммуникационных сетях.

Статья 13. Дополнительные требования к распространению информационной продукции посредством теле- и радиовещания.

1. Информационная продукция, содержащая информацию, предусмотренную пп. 1—5 ч. 2 ст. 5 настоящего Федерального закона, не подлежит распространению посредством теле- и радиовещания с 4 ч до 23 ч по местному времени, за исключением теле- и радиопрограмм, теле- и радиопередач, доступ к просмотру или прослушиванию которых осуществляется исключительно на платной основе с применением декодирующих технических устройств и с соблюдением требований ч. 3 и 4 настоящей статьи.

2. Информационная продукция, содержащая информацию, предусмотренную пп. 4 и 5 ст. 10 настоящего Федерального закона, не подлежит распространению посредством теле- и радиовещания с 7 ч до 21 ч по местному времени, за исключением теле- и радиопрограмм, теле- и радиопередач, доступ к просмотру или прослушиванию которых осуществляется исключительно на платной основе с применением декодирующих технических устройств и с соблюдением требований ч. 3 и 4 настоящей статьи.

3. Распространение информационной продукции посредством телевидения сопровождается сообщением об ограничении ее распространения в начале демонстрации (в том числе способом «бегущей строки», при условии, что объем «бегущей строки» не превышает пяти процентов площади экрана).

4. Распространение информационной продукции посредством радиовещания сопровождается сообщением об ограничении ее распространения в начале трансляции информационной продукции и после каждого прерывания трансляции.

5. При размещении сообщений о распространении посредством теле- и радиовещания информационной продукции, запрещенной для детей, не допускается использование фрагментов указанной информационной продукции, содержащей информацию, причиняющую вред здоровью и (или) развитию детей.

Статья 14. Дополнительные требования к распространению информации посредством информационно-телекоммуникационных сетей.

Доступ детей к информации, распространяемой посредством информационно-телекоммуникационных сетей (в том числе сети Интернет), предоставляется операторами связи, оказывающими телематические услуги связи в пунктах коллективного доступа, при условии применения указанными операторами связи техни-

ческих, программно-аппаратных средств защиты детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию.

Статья 15. Дополнительные требования к обороту отдельных видов информационной продукции для детей.

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

2. Содержание и художественное оформление информационной продукции, предназначенной для обучения детей в дошкольных образовательных учреждениях, должны соответствовать содержанию и художественному оформлению информационной продукции для детей, не достигших возраста шести лет.

3. Содержание и художественное оформление печатных изданий, полиграфической продукции (в том числе тетрадей, дневников, обложек для книг, закладок для книг), аудиовизуальной продукции, иной информационной продукции, используемой в образовательном процессе, должны соответствовать требованиям ст. 7—10 настоящего Федерального закона.

Статья 16. Дополнительные требования к обороту информационной продукции, запрещенной для детей.

1. Первая и последняя полосы газеты, обложка экземпляра печатной продукции, иной полиграфической продукции, запрещенной для детей, при распространении для неопределенного круга лиц в местах, доступных для детей, не должны содержать информацию, причиняющую вред здоровью и (или) развитию детей.

2. Информационная продукция, запрещенная для детей, в виде печатной продукции допускается к распространению в местах, доступных для детей, только в запечатанных упаковках.

3. Информационная продукция, запрещенная для детей, не допускается к распространению в предназначенных для детей образовательных организациях, детских медицинских, санаторно-курортных, физкультурно-спортивных организациях, организациях культуры, организациях отдыха и оздоровления детей или на расстоянии менее чем сто метров от границ территорий указанных организаций.

Глава 4. Экспертиза информационной продукции

Статья 17. Общие требования к экспертизе информационной продукции.

1. Экспертиза информационной продукции проводится в целях обеспечения информационной безопасности детей по решению

федерального органа исполнительной власти, уполномоченного Правительством Российской Федерации, экспертом, экспертами и (или) экспертными организациями.

2. Юридические лица, индивидуальные предприниматели, общественные объединения, иные некоммерческие организации, граждане вправе обращаться для проведения экспертизы информационной продукции в федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный Правительством Российской Федерации, который в срок не более чем десять дней принимает решение о направлении указанного обращения эксперту, экспертам и (или) в экспертную организацию.

3. Экспертиза информационной продукции проводится экспертом, экспертами и (или) экспертными организациями, аккредитованными в установленном порядке федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным Правительством Российской Федерации.

4. Эксперт, эксперты и (или) экспертные организации определяются федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным Правительством Российской Федерации, на основании метода случайной выборки с учетом вида информационной продукции, подлежащей экспертизе.

5. Федеральный орган исполнительной власти, уполномочен-

ный Правительством Российской Федерации, выдает аттестаты аккредитации, приостанавливает или прекращает действие выданных аттестатов аккредитации, ведет реестр аккредитованных экспертов и экспертных организаций.

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

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

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

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

8. Срок проведения экспертизы информационной продукции не

может превышать девяносто дней с момента поступления обращения о ее проведении.

9. Расходы, связанные с проведением экспертизы информационной продукции, возмещаются в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным Правительством Российской Федерации.

Статья 18. Экспертное заключение.

1. По окончании экспертизы информационной продукции дается экспертное заключение.

2. В экспертном заключении указываются:

1) дата, время и место проведения экспертизы информационной продукции;

2) сведения об экспертной организации и эксперте (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, стаж работы по специальности, наличие ученой степени, ученого звания, занимаемая должность, место работы);

3) вопросы, поставленные перед экспертом, экспертами;

4) объекты исследований и материалы, представленные для проведения экспертизы информационной продукции;

5) содержание и результаты исследований с указанием методик;

6) мотивированные ответы на поставленные перед экспертом, экспертами вопросы;

7) выводы о наличии или отсутствии в информационной продукции информации, причи-

няющей вред здоровью и (или) развитию детей, о соответствии или о несоответствии информационной продукции определенной категории информационной продукции, о соответствии или о несоответствии информационной продукции знаку информационной продукции.

3. Экспертное заключение комиссии экспертизы подписывается всеми экспертами, участвовавшими в проведении указанной экспертизы, если их мнения по поставленным вопросам совпадают. В случае возникновения разногласий каждый эксперт дает отдельное экспертное заключение по вопросам, вызвавшим разногласия. Каждый эксперт, участвовавший в проведении комплексной экспертизы, подписывает часть экспертного заключения, содержащую описание проведенных им исследований, и несет за нее ответственность.

4. В течение пяти дней после подписания экспертного заключения оно направляется в федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный Правительством Российской Федерации.

Статья 19. Правовые последствия экспертизы информационной продукции.

В срок не позднее чем пятнадцать дней со дня получения экспертного заключения федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный Правительством Российской Федерации, принимает решение:

1) о несоответствии информационной продукции требованиям настоящего Федерального закона и вынесении предписания об устранении выявленного нарушения в случае, если в экспертном заключении содержится вывод о наличии в данной информационной продукции информации, причиняющей вред здоровью и (или) развитию детей, либо о несоответствии знака информационной продукции определенной категории информационной продукции;

2) о соответствии информационной продукции требованиям настоящего Федерального закона и об отказе в вынесении указанного в пункте 1 настоящей части предписания.

Глава 5. Надзор и контроль в сфере защиты детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию

Статья 20. Государственный надзор и контроль за соблюдением законодательства Российской Федерации о защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию.

1. Государственный надзор и контроль за соблюдением законодательства Российской Федерации о защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию, осуществляются федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным Правительством Российской Федерации.

2. Государственный надзор и контроль за соблюдением законодательства Российской Федерации о защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию, осуществляются с учетом требований Федерального закона от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля».

Статья 21. Общественный контроль в сфере защиты детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию.

1. Зарегистрированные в установленном федеральным законом порядке общественные объединения и иные некоммерческие организации в соответствии с их уставами, а также граждане вправе осуществлять в соответствии с законодательством Российской Федерации общественный контроль за соблюдением требований настоящего Федерального закона.

2. При осуществлении общественного контроля общественные объединения и иные некоммерческие организации, граждане вправе:

1) осуществлять мониторинг оборота информационной продукции и доступа детей к информации, в том числе посредством создания «горячих линий»;

2) обращаться в федеральный орган исполнительной власти,

уполномоченный Правительством Российской Федерации, для проведения экспертизы информационной продукции в соответствии с требованиями настоящего Федерального закона.

Глава 6. Ответственность за правонарушения в сфере защиты детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию

Статья 22. Ответственность за правонарушения в сфере защиты детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию.

Нарушение законодательства Российской Федерации о защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию, влечет за собой ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Глава 7. Заключительные положения

Статья 23. Порядок вступления в силу настоящего Федерального закона.

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 01.09.2012.

2. Положения ч. 1 ст. 12 настоящего Федерального закона не распространяются на печатную продукцию, выпущенную в оборот до дня вступления в силу настоящего Федерального закона.

Президент Российской Федерации Д. Медведев

Письмо от 21.07.2011 № 01/9164-1-32

«Об осложнении эпидситуации по кори в Европейском регионе»

**Федеральная служба по надзору в сфере
защиты прав потребителей и благополучия человека**

По данным ЕРБ Всемирной организации здравоохранения и ECDC в странах Европейского региона в 2011 г. продолжается осложнение эпидемической ситуации по заболеваемости корью: в 38 странах Европы зарегистрировано более 21 000 случаев заболевания.

Более 90% случаев приходится на 9 стран: Франция (12 699 сл.), Германия (1193 сл.), Италия (1500 сл.), Испания (2261 сл.), Румыния (1619 сл.), Бельгия (382 сл.), Швейцария (589 сл.), Соединенное Королевство (550 сл.), Узбекистан.

Наибольшее число заболевших отмечается среди детей от одного до четырех лет и молодых людей в возрасте 15—29 лет. Большинство заболевших не были двукратно вакцинированы против кори.

Согласно опубликованным данным, вспышки связаны с циркуляцией вируса генотипа D4 (в Бельгии, Болгарии, Франции,

Сербии), генотипа B3 (в Испании), генотипа D9 (в Турции).

В Российской Федерации, в результате реализации Программы ликвидации кори к 2010 г., (утверждена приказом Минздрава России от 19.08.2002 № 270), достигнуты высокие уровни охвата плановой иммунизацией против кори взрослого и детского населения, что позволило к 2007 г. добиться снижения показателя заболеваемости корью до уровня менее 1 случая на миллион населения в год, что соответствует критерию элиминации (ликвидации) кори, определенному ВОЗ. При этом большинство регистрируемых случаев кори — завозные или связанные с ними. По данным Национального научно-методического центра по надзору за корью (ФГУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора), вариант генотипа D6, ранее эндемичный

для территории России, не циркулирует в стране с середины 2007 г., что является одним из убедительных свидетельств региональной элиминации кори.

Вместе с тем в 2010 г. и за 6 мес. 2011 г. ситуация по кори в ряде регионов страны осложнилась. Случаи кори были завезены в Российскую Федерацию из Великобритании, Германии, Италии, Франции, Финляндии, Украины, Узбекистана, Индии, Малайзии, КНР.

В связи с эпидемическим распространением кори в Европейском регионе значительно возросла вероятность инфицирования не имеющих иммунитета к кори россиян во время зарубежных поездок и завоза этой инфекции на территорию Российской Федерации.

Всемирная организация здравоохранения рекомендует двукратную иммунизацию до поездки в Европейский регион лицам, не болевшим корью, не привитым против кори или имеющим одну прививку.

В целях предупреждения случаев завоза и распространения кори на территории Российской Федерации предлагаю:

1. Руководителям управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

1.1. Обеспечить неукоснительное исполнение Постановления

Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 08.02.2011 № 12 «О дополнительных мероприятиях по реализации “Программы ликвидации кори в Российской Федерации” (зарегистрировано в Минюсте России, от 10.03.2011 № 20044) в части, предусматривающей вакцинацию взрослого и детского населения: не болевшего и не привитого — двукратно, имеющего одну прививку — однократно.

1.2. При выезде граждан Российской Федерации в страны Европы, в том числе организованных групп детского и взрослого населения, обеспечить их информирование о существующей угрозе заболевания у не болевших корью и не привитых двукратно и рекомендовать иммунизацию не менее чем за 10 дней до отъезда.

1.3. Проинформировать медицинских работников лечебно-профилактических организаций о ситуации по кори в странах Европы.

1.4. Обеспечить представление информации об эпидситуации по кори в зарубежных странах и мерах профилактики коревой инфекции в адрес туристических агентств и туристических операторов для информирования потребителей туристических услуг.

1.5. Рекомендовать руководству авиационных кампаний, ОАО «Российские железные дороги» обеспечить иммунизацию против кори экипажей и членов бригад поездов, осуществляющих международные перевозки.

2. Руководителям управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации:

2.1. Обеспечить контроль за проведением иммунизации против кори российских граждан, в том числе выезжающих в страны Европы.

2.2. Усилить информационную работу с населением о возросшем

риске заболевания корью (для не привитых лиц) при выезде в страны Европейского региона и мерах профилактики.

Руководитель Г.Г. Онищенко

Источник: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека /[www.rosпотребнадzor.ru](http://www.rosпотребнадзор.ru)

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

Практически во всех субъектах Российской Федерации отмечается уменьшение числа детских учреждений различных типов. Уменьшение количества функционирующих учреждений происходит в основном из-за закрытия учреждений в сельских районах в связи с низкой наполняемостью, приостановки деятельности в связи с ухудшением материально-технической базы учреждений, слияния нескольких учреждений в одно.

По данным мониторинга Роспотребнадзора, в 2006 г. нуждалось в местах в дошкольных учреждениях 600 тыс. детей, а в 2010 г. этот показатель составляет около 2 млн детей, при этом количество самих дошкольных учреждений увеличилось. Так, например, число детей, нуждающихся в устройстве в дошкольные учреждения в Самарской области, составляет 46,6% от всего детского населения региона, Красноярском крае — 41,8, Калининградской области — 40,1, Республике Алтай — 38, Республике Саха (Якутия) — 35,9, Чувашской Республике — 31,2, Ненецком АО — 30,7% и др.

Наибольшее количество дошкольных учреждений построено в г. Москве — 123, Московской области — 50, Свердловской области — 46, Республике Саха (Якутия) — 37, Чеченской Республике — 27, Ханты-Мансийском АО — 23, г. Санкт-Петербурге — 22, Республиках Башкортостан, Татарстан, Кемеровской области — по 17 и др.

Около 5 тыс. дошкольных учреждений, рассчитанных на 424 812 детей, в Российской Федерации было передано в период с 1990 по 2000 г. для использования не по прямому назначению и перепрофилировано для различных нужд (Оренбургская область — 481 учреждений, Нижегородская — 336, Свердловская — 332, Кемеровская — 310, Ульяновская — 296, Рязанская — 242, Мурманская — 230, Красноярский край — 178 и др.).

Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2010 году»

Применение в офтальмологии инфразвукового вакуумного пневмомассажа

Сидоренко Е.И.,

д-р мед. наук, профессор, главный детский офтальмолог,
член-корреспондент РАМН, заслуженный врач России;
Президент Ассоциации детских офтальмологов, главный
детский офтальмолог Москвы;

Николаева Г.В.,

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

Массаж как метод лечения и профилактики целого ряда заболеваний широко используется с древнейших времен. По праву он занимает ведущее место в реабилитации, спортивной медицине, травматологии, неврологии и т.д. Массаж необходим для снижения патологического тонуса мышц, улучшения кровообращения, лимфооттока, обменных процессов на местном, тканевом уровне и в организме в целом. К сожалению, о массаже глаз известно не так широко, хотя он тоже используется.

Массаж глаз применялся уже в глубокой древности: греки, по свидетельству Costomiris'a (1890), массировали глаз языком (лизали), растирали глазное яблоко через веки. При воспалительных заболеваниях век и развитии грануляций применяли скобление конъюнктивы век.

Первые попытки обосновать научное применение массажа в

офтальмологии сделал в 1872 г. Donders F.C. на международном конгрессе в Лондоне. В частности, он рекомендовал применять пальцевый массаж глазных яблок при помутнениях роговицы с целью повышения эффективности рассасывающей терапии и формирования более нежных помутнений. При развитии катаракты массаж применяли для более быстрого набухания и рассасывания катарактальных масс. При формировании последней стадии заболевания — «перезрелой катаракты» — разжиженные хрусталиковые массы вместе с ядром хрусталика опускались вниз и в «ослепший» глаз снова поступали лучи света. Применяли пальцевый массаж и при хронических воспалительных заболеваниях век и конъюнктивы.

В XIX в. медики использовали вибрационный массаж глаз. А.Н. Маклаков отмечал пониже-

ние после массажа внутриглазного давления даже на фоне глаукомы. До сих пор в клинике широко применяют пальцевый массаж глаз при глаукоме для активации фильтрационной подушки и улучшения оттока внутриглазной жидкости.

Массаж способствовал активации кровообращения, повышая интенсивность тока артериальной крови и усиливая водный отток. В результате кровь в сосудах глаза перераспределялась, расширялись и начинали функционировать резервные капилляры, вследствие чего усиливались обменные процессы между кровью и тканями глаза. С развитием науки появились попытки механизировать процесс массажа, создать аппараты и устройства. В частности, для проведения массажа глаза применялся ультразвук.

Облучение глаза ультразвуком повышает интенсивность обменных процессов в облучаемой зоне, ускоряет рассасывание инфилтратов, экссудатов и кровоизлияний, оказывает противовоспалительное и анальгезирующее действие. Ультразвуковое облучение глаз широко применяется в клинике. Но у метода есть свои минусы: необходимость контактной среды, быстрое затухание, не позволяющее достичь задних отделов глазного яблока и орбиты, опасность применения в острый период заболевания.

В 1970 г. Е.И. Сидоренко предложил использовать для проведения массажа глаз инфразвук.

Им был использован для этой цели инфразвуковой аппарат, позволяющий создавать стоячую или бегущую воздушную инфразвуковую волну и ее отдельные компоненты: переменное давление, колебательную скорость, изменять частоту колебаний от 0 до 12 Гц, уровень интенсивности инфразвука от 0 до 173 дБ.

Инфразвук — механические колебания, распространяющиеся в среде с частотой ниже минимальной звуковой частоты и не превышающей 20 Гц. Инфразвук распространяется в средах в виде продольной волны, в которой частицы колеблются вдоль направления распространения волны. Звуковые волны частотного диапазона от 20 Гц и ниже характеризуются высокой проникающей способностью, они распространяются на большие расстояния и при этом почти не ослабевают.

Долгое время инфразвук относили к негативным для человека факторам. Связано это с тем, что при распространении через твердые среды инфразвуковая волна вызывает вибрацию. Именно она и несет вину за все отрицательные моменты инфразвука. Е.И. Сидоренко предложил в своем аппарате использовать передачу инфразвука через воздушную среду: инфразвуковой пневмомассаж. Данная методика абсолютно безвредна, что и было доказано на большом экспериментальном и клиническом материале.

Инfrasound не представляет собой проявление, чуждое для человека. Мы живем в мире infrasound, но голос этот тихий, неслышимый, неуловимый для слуха. Infrasound заполняет собой все звуковое пространство. Бежит ли собака, плывет ли кит, летит ли птица, работают ли сердце, легкие, кишечник — все порождает infrasound. Колышутся деревья, трепещут листья, извергается вулкан, движется транспорт, работают производственные агрегаты — они также генерируют infrasound.

Инfrasound — сущность живого организма человека: сердце работает с частотой в 1 Гц, легкие — 0,2—0,4 Гц, α -ритм мозга — на частоте от 7 до 10 Гц, β -ритм — на частоте от 4 до 7 Гц.

В зрительном анализаторе автоматия саккад* составляет 1—2 Гц, цилиарная мышца в глазу трепещет с частотой 4 Гц (Э.С. Аветисов, 1980).

Человек давно адаптирован к infrasound и он даже необходим для нормальной жизнедеятельности и согласования биоритмов организма и ритмов внешней среды.

За прошедшие годы на кафедре офтальмологии педиатрического факультета Российского государственного медицинского универ-

ситета под руководством чл.-корр. РАМН, проф. Е.И. Сидоренко проведен целый ряд экспериментальных и клинических работ, направленных на изучение этой методики.

Имеющиеся сведения об infrasound показали, что он, как наиболее близкий из акустических колебаний к биоритмам живого организма, может на них оказывать положительное влияние.

Высокая устойчивость организма к воздушному infrasound, близость его к биоритмам, малое затухание infrasound создали возможность использовать его в медицине, в частности в офтальмологии. Многочисленные морфологические исследования здоровых тканей глаза после infrasoundового воздействия показали, что они обладают большой к нему устойчивостью. Патологических изменений в тканях глаза и нервах роговицы при воздействии установленными параметрами (мощность до 173 Дб, частота 0,5—10 Гц) обнаружено не было.

Гистохимические исследования тканей глаза наглядно свидетельствуют, что infrasoundовое воздействие способствует накоплению РНК в клетках, улучшает синтез нуклеопротеидов. Особенно значительно синтезируется белок в ганглиозных клетках сетчатой оболочки. Работы Е.И. Сидоренко в период с 1978 по 2010 г. убедительно доказали многофакторное положительное влияние infrasoundового пневмомассажа

* Автоматия саккад — свойство глазодвигательного аппарата совершать быстрые движения глаз произвольно в определенном ритме в бодрствующем состоянии при наличии и отсутствии зрительных объектов и во время парадоксальной стадии сна.

в диапазоне частот 2—6 Гц на активацию обменных процессов в глазу, улучшение гидродинамики глаза, повышение утилизации кислорода. Под действием процедур уменьшается ацидоз, снижается парциальное давление CO_2 , увеличивается парциальное давление O_2 , резко понижается активность воспалительного процесса.

Немаловажно, что инфразвуковой пневмомассаж не вызывает транссудацию и экссудацию в межуточные ткани, что позволяет применять метод в острую стадию воспалительных заболеваний глаз.

Инфразвуковое озвучивание глаза приводит к активации механизмов антиоксидантной защиты клеток. Оно инактивирует свободнорадикальное окисление липидов, повышая концентрацию ферментов в структурах глазного яблока — каталазы и супероксиддисмутазы, увеличение которых приводит к снижению супероксидных радикалов, предотвращает разрушение клеточных мембран.

По экспериментальным и клиническим данным, инфразвук, воздействуя на глаз, улучшает гемодинамику, уменьшает венозный застой; активирует обменные процессы и, как следствие, уменьшает содержание недоокисленных продуктов обмена в тканях глаза.

Инфразвуковое воздействие активирует деятельность ферментов, напрямую влияющих на состояние прозрачных сред глаза: В-глюкозидазы, катепсина-Д

и гиалуронидазы, что положительно влияет на рассасывание рубцовой ткани, а также повышает проницаемость тканей глаза для лекарственных средств.

Инфразвуковой пневмомассаж изменяет структуру клеточной мембраны, повышает ее проницаемость для питательных веществ и лекарств без повреждения. Повышает оксигенацию тканей и сред глаза и устраняет гипоксию. При применении метода усиливается синтез белка, повышаются обменные процессы, снижается ацидоз. Увеличение концентрации альбуминов, глобулинов во внутриглазных средах приводит к противовоспалительной активности инфразвукового пневмомассажа.

Было доказано, что применение последнего на фоне перорального приема лекарственных препаратов способствует большему накоплению фармпрепаратов в тканях и средах глаза, по сравнению с внутривенным, ретробульбарным и подконъюнктивальным методами введения, что позволяет говорить об инфразвуковом фонофорезе.

Накоплен огромный опыт применения инфразвука в клинической практике в детской офтальмологии. Инфразвуковой пневмомассаж успешно используется в лечении миопии. После курса такого пневмомассажа улучшалось кровоснабжение цилиарной мышцы, увеличивался объем аккомодации, повышались зрительные функции, отмечалось снижение

внутриглазного давления, увеличивалась акустическая плотность склеры (что способствует предотвращению прогрессирования близорукости, повышению работоспособности глаз, профилактике развития спазма аккомодации). Эффект после курса лечения сохранялся на протяжении 3—4 мес. Это позволило рекомендовать проведение инфразвукового пневмомассажа у детей с близорукостью 4 раза в год.

Инфразвуковой пневмомассаж успешно применяется при воспалительных заболеваниях, в частности кератитах и язвах роговицы.

Многоплановое положительное влияние инфразвукового пневмомассажа на трофику используется в терапии дистрофических заболеваний сетчатки и зрительного нерва. Метод показал свою высокую эффективность при процессах, связанных с трофическими нарушениями, в том числе и в косметологии.

Инфразвуковой пневмомассаж широко применяется в ведущих клиниках Москвы, России и зарубежья. Аппарат для проведения инфразвукового вакуумного пневмомассажа — очки Сидоренко — прост и удобен в применении, может использоваться как в клинике, так и амбулаторно, в том числе в домашних условиях.

Профессор Е.И. Сидоренко постоянно совершенствует свой метод лечения. Совместно с фирмой «Панковмедикл» разработан и предложен также вариант прибо-

ра, оказывающий одновременно с инфразвуковым воздушным пневмомассажем, цветоимпульсную стимуляцию глаз. Дополнительный эффект связан с тем, что прерывистый свет вызывает массаж внутренних мышц глаза. Зрачки рефлекторно сужаются и расширяются. Снимается спазм, увеличивается сила аккомодационной мышцы. Ритмичное сокращение мышц усиливает кровообращение, уменьшает в них застой. Происходит колебание глубины передней камеры за счет изменения конфигурации радужки. Изменение диаметра зрачка и положения радужки действует как своего рода помпа, продвигая внутриглазную жидкость через пути оттока и стимулируя ее обновление. Свежая, богатая питательными веществами жидкость улучшает питание всего переднего отрезка глаза: роговицы, радужки, хрусталика. Доказано, что зеленый, оранжевый, красный цвета положительно влияют на функцию мозга в 47% случаев. Эти цвета хорошо переносятся пациентами и снижают судорожную готовность мозга. Поэтому тренажерные очки можно использовать при заболевании этих структур глаза.

Помимо местных эффектов идет и общее воздействие на вегетативную систему организма.

Ответом на цветостимуляцию являются понижение симпатического и повышение парасимпатического тонуса, проявляющиеся миозом, снижением внутриглазно-

го и артериального давления, изменением частоты сердечных сокращений от 2 до 8 уд./мин, повышением температуры тела на 0,3—0,4 °С, что свидетельствует об изменении уровня гомеостаза в организме.

Прерывистая цветостимуляция глаз с заданной частотой восстанавливает динамическое равновесие возбuditельно-тормозных процессов в зрительном анализаторе, что ведет к симметрии скорости потоков крови в глазных артериях и их основных ветвях с восстановлением симметрии структурно-функциональных параметров парных глаз.

Цветостимуляцию рекомендуют применять для успокоения нервной системы, снятия патологических бинокулярных ритмов в мозгу при косоглазии, амблиопии, улучшения трофики роговицы, устранения застоя в радужке при глаукоме, дистрофических ее процессах, начинающейся катаракте, для улучшения трофики, при спазме аккомодации, аккомодационном косоглазии, для профилактики близорукости и ложной близорукости.

Комбинированный метод позволяет проводить массаж, снимать спазм экстра- и интраокулярных мышц. Снижение спазма цилиарной мышцы уменьшает стимул к конвергенции. Метод применен в комплексном лечении у детей с гиперметропической анизометропией, амблиопией и косоглазием с малым углом (более 200 детей). Отмечено стой-

кое уменьшение угла косоглазия, достоверное повышение остроты зрения с коррекцией и без нее. В динамике после проведенного курса лечения в группе клинических исследований существенно выше процент ортофории по сравнению с контрольной группой (22,5 в сравнении с 9,8%), меньше удельная доля косоглазия от 10 до 15° (16,5 в сравнении с 50,6%).

Наиболее эффективно применение методики у первично пролеченных пациентов с амблиопией средней и слабой степени.

Электроэнцефалография выявила положительное влияние инфракрасной терапии на функцию мозга у детей в 47% случаев. Зеленый, оранжевый, красный цвета хорошо переносятся пациентами и снижают судорожную готовность мозга.

Добавление к инфразвуковому воздушному массажу цветоимпульсных очков расширило показания к применению метода и повысило его эффективность.

Многолетнее применение инфразвукового пневмомассажа показало его высокую эффективность как у взрослых, так и у детей. Метод безопасен при соблюдении рекомендуемых параметров, прост и доступен. Аппарат «очки Сидоренко» можно применять как в клинике, так и в домашних условиях. Использование инфразвукового пневмомассажа в комплексе с другими методами лечения значительно повышает их эффективность.

Поствакцинальные осложнения

Иозефович О.В.,

врач-педиатр, младший научный сотрудник отдела профилактики инфекционных заболеваний, ФГУ «НИИДИ ФМБА России», Санкт-Петербург

XX век связан с успехами вакцинации против наиболее тяжелых инфекций, являющихся бичом человечества на протяжении тысячелетий. При этом возникает парадоксальная ситуация: увеличиваются объем и спектр используемых вакцинных препаратов, снижаются заболеваемость управляемыми инфекциями, число осложнений и летальных исходов при них, и при этом растет регистрация побочных эффектов после прививок. Поскольку сами заболевания и их осложнения отступили на задний план, внимание общественности сконцентрировалось на нежелательных явлениях после вакцинации. Учет поствакцинальных осложнений или нежелательных явлений после вакцинации необходим для оценки безопасности вакцин. Существуют две системы надзора — пассивная, в большинстве стран методом получения «спонтанных сообщений» от пациентов, и активная — в нашей стране через систему эпиднадзора.

Патологические процессы, возникающие после прививки (по терминологии ВОЗ — «неблагоприятные события», или «побочные эффекты») не следует считать

поствакцинальными осложнениями (ПВО) до тех пор, пока не будет установлена их возможная причинно-следственная, а не только временная связь с вакцинацией.

Причины развития поствакцинальных осложнений

Выделяют три группы причин возникновения поствакцинальных осложнений:

- 1) реактогенность вакцинных препаратов;
- 2) индивидуальные особенности человека;
- 3) различные программные ошибки.

Реактогенность вакцин определяется прямым токсическим эффектом компонентов, фармакодинамической и иммунологической активностью вакцины, тропностью живых вакцин к определенным тканям и органам организма, возможной реверсией вакцинного штамма — приобретением им свойств дикого.

К индивидуальным особенностям относятся:

- 1) наличие фоновой патологии, которая может обостряться в поствакцинальном периоде;
- 2) сенсibilизация, изменение иммунных реакций, извращение

эндогенных суточных биоритмов в поствакцинальном периоде;

3) врожденные или приобретенные дефекты иммунитета;

4) генетическая предрасположенность ребенка к соответствующей патологии.

Одной из частых причин развития поствакцинальных осложнений являются программные ошибки:

- нарушение техники иммунизации;
- случайное использование вместо растворителей для лиофилизированных вакцин различных лекарственных препаратов;
- ошибочное применение вместо одних вакцинных препаратов — других, в непредусмотренной дозировке;
- введение вакцин повторно, с коротким интервалом;
- нарушение стерильности при инъекции вакцины, что может вызвать возникновение абсцесса в месте введения любой вакцины.

Самая распространенная и используемая в практическом здравоохранении — классификация, разработанная НИИ детских инфекций и утвержденная Минздравом РФ в 1991 г. Согласно этой классификации все заболевания в поствакцинальном периоде разделяются на:

1) поствакцинальные осложнения — состояния, возникающие вследствие проведения прививки, имеющие очевидную или доказанную связь с прививкой,

но не свойственные обычному течению вакцинального процесса:

А. токсические (чрезмерно-сильные),

В. аллергические (местные и общие),

С. осложнения с вовлечением нервной системы,

Д. редкие формы;

2) осложненное течение поствакцинального периода — различные заболевания, совпавшие с прививкой по времени, но не имеющие с ней этиопатогенетической связи.

В указанную классификацию не включены осложнения, развивающиеся после введения вакцины БЦЖ.

Нормальный вакцинальный процесс

Введение любой вакцины вызывает ответную реакцию организма, которая иногда имеет клиническую манифестацию. Это обычные или нормальные вакцинальные реакции, под которыми понимают клинические и лабораторные изменения, развивающиеся с определенным постоянством после введения той или иной вакцины. Обычные вакцинальные реакции могут быть местные и общие.

Общие реакции проявляются повышением температуры, раздражительностью, длительным плачем, нарушением сна и / или аппетита, разделяются на:

— слабые (появление субфебрильной температуры до 37,5 °С при

отсутствии симптомов интоксикации);

- средней силы (подъем температуры от 37,6 до 38,5 °С, умеренно выраженная интоксикация);
- сильные (лихорадка с температурой выше 38,6 °С, выраженные проявления интоксикации).

Срок появления общих реакций соответствует разгару вакцинального процесса.

Местная реакция — уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 8 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины.

У детей, привитых живыми вакцинами, к нормальному вакцинальному процессу относят также симптомы со стороны органов и систем, к которым имеется тропность возбудителя. Характерны сроки появления общих обычных вакцинальных реакций: для неживых вакцин это 1—3-й дни после иммунизации, в 80—90% случаев первые сутки, а для живых вакцин — с 5—6-го по 12—14-й день, с пиком проявлений с 8-го по 11-й день после прививки.

Клинические проявления поствакцинальных осложнений

Токсические (чрезмерно-сильные) реакции

После введения неживых вакцин токсические реакции развиваются в первые трое суток пос-

ле вакцинации и, наиболее часто, в 95% случаев — в первые сутки. Они характеризуются появлением выраженного нарушения общего состояния, интоксикацией: отмечаются вялость или беспокойство, потеря аппетита, нарушение сна, может быть рвота; наиболее частым симптомом является подъем температуры выше 39,5 °С. Клинические проявления сохраняются 1—3 дня. Дифференциальный диагноз токсических реакций проводят с любым острым заболеванием, которое могло развиваться в поствакцинальном периоде, а также с обострением хронического процесса, возникшего после прививки.

Аллергические реакции

Общие аллергические реакции (анафилактический шок, крапивница). Механизм развития данных реакций — реакции I типа — гиперчувствительность немедленного типа.

Анафилактический шок возникает через 3—30 мин до 2 ч после вакцинации, а молниеносная форма — сразу. Имеет периоды предвестников, разгара, выхода.

Период предвестников характеризуется следующими проявлениями — внутренний дискомфорт, тревога, озноб, слабость, головокружение, шум в ушах, ухудшение зрения, онемение конечностей, языка, иногда отеки Квинке или крапивница. При молниеносной форме шока этот период отсутствует.

Период разгара характеризуется:

- сосудистой недостаточностью (снижение артериального давления менее 90/60 мм рт. ст. при легкой форме до отсутствия АД; слабость или отсутствие пульса на периферических сосудах, холодные конечности, бледность кожных покровов, повышенное потоотделение, уменьшение выделения мочи до 20 мл/мин и менее);
- дыхательной недостаточностью (бронхо- и/или ларингоспазм, отек гортани);
- нарушением сознания (при легкой форме — до нескольких минут, при тяжелой — час и более). Возможно развитие судорог.

Период выхода из шока иногда длится до 3—4 недель. В это время могут развиваться: острый инфаркт миокарда, аллергический миокардит, гломерулонефрит, гепатит, сывороточная болезнь, нарушения мозгового кровообращения, поражения нервной системы.

Анафилактикоидная реакция развивается в течение первых двух часов после введения вакцин. Проявляется острой декомпенсацией кровообращения, острой дыхательной недостаточностью в результате обструкции. Дополнительные проявления — поражение кожи (распространенная крапивница, отек Квинке или генерализованный ангионевротический отек) и желудочно-кишечного тракта (колика, рвота, диарея).

Дифференциальный диагноз анафилактического шока проводят с вазовагальными обмороками, коллапсом из-за других причин, истерией.

Дифференциальному диагнозу помогает измерение артериального давления (при шоке — падение давления, при коллапсе, обмороке, истерии — нормальное АД), частота пульса (шок — тахикардия, коллапс — брадикардия, обморок, истерия), наличие в анамнезе заболеваний с сосудистыми нарушениями.

Местные аллергические реакции проявляются отеком и гиперемией более 8 см, уплотнением, сохраняющимся более 1 мес. В редких случаях возможно развитие асептического абсцесса.

Неврологические осложнения

Энцефалические (судорожные) реакции:

- судорожный синдром на фоне гипертермии;
- судорожный синдром на фоне нормальной или субфебрильной температуры (от генерализованных до малых припадков «абсансов»).

Пронзительный крик: монотонный крик от 3 до 5 ч (регистрируется только при введении цельноклеточной коклюшной вакцины).

Вакциноассоциированные заболевания:

- полиомиелит, вызванный вирусом вакцины;
- коревой или краснушный поствакцинальный энцефалит;

—серозный менингит, вызванный вакцинным вирусом паротита.

Редкие осложнения

- Тромбоцитопеническая пурпура.
- Гигантоклеточная коревая пневмония.
- Гипотензивно-гипореспонсивный синдром.
- Хронический артрит после краснушной вакцины.

Осложненное течение вакцинации составляет подавляющее большинство всех патологических состояний, возникающих в поствакцинальном периоде и не имеет прямой связи с введенной вакциной, развивается в любые сроки после иммунизации. К таким состояниям относятся интеркуррентные заболевания и обострение очагов хронической инфекции, хронических процессов.

Лабораторные исследования, позволяющие дифференцировать ПВО и интеркуррентные заболевания

На ранних сроках — в первые сутки заболевания — выявление изменений воспалительного характера в клиническом анализе крови (лейкоцитоз, нейтрофилез, палочкоядерный сдвиг, ускоренная СОЭ) и патологические изменения в анализе мочи — свидетельство осложненного течения вакцинации.

Лабораторные исследования на поздних сроках (2-й и последую-

щие дни заболевания) позволяют выявить этиологию интеркуррентных заболеваний. В зависимости от предполагаемой патологии необходимы дополнительные исследования: бактериологические, вирусологические, в том числе на внутриутробные инфекции. Функциональные методы исследования (ЭЭГ, КТ, МРТ, ЭНМГ) позволяют дифференцировать органический характер поражения нервной системы, судорог, а также полинейропатии, ВАПП и нейромиалгический синдром. Биохимические исследования помогают исключить метаболические заболевания. Обследование на глистную инвазию, проведение аллергодиагностики в тесте дегрануляции тучных клеток с белками куриного яйца, молока, дрожжей и других аллергенов позволяет дифференцировать аллергические проявления, не связанные с прививкой, общими аллергическими осложнениями вакцинации. При подозрении на вакциноассоциированные заболевания необходимо молекулярно-генетическое типирование вируса, выделенного из ликвора (спинной жидкости) пациентов, для оценки принадлежности его к дикому или вакцинному штамму.

Иммунологическое обследование при развитии вакциноассоциированных заболеваний необходимо для определения варианта существующего иммунодефицита.

Выводы

Сроки развития заболевания — после неживых вакцин — после 3—4-го дня или заболевание, развившееся после живых вакцин до 3—4-го и после 14-го дня — свидетельство осложненного течения вакцинального периода. Катаральные проявления со стороны дыхательной системы, дисфункция ЖКТ, неврологическая и другая симптоматика у привитых неживыми вакцинами — свидетельство интеркуррентных заболеваний или обострения предшествующего, фонового заболевания у ребенка.

У привитых живыми вакцинами затяжной характер симптоматики ОРВИ, наложение бактериальных осложнений, клиника острых кишечных инфекций, нейроинфекций (за исключением вакциноассоциированных), признаки других заболеваний свидетельствуют об осложненном течении.

При вакцинации нездорового ребенка или ребенка, находящегося в инкубационном периоде инфекционного заболевания; при вакцинации ребенка из-за

контакта с инфекционными больными создаются условия для развития осложненного течения вакцинации.

Внутриутробные инфекции в анамнезе — фактор риска развития как интеркуррентных заболеваний, так и неврологических осложнений. Указание в анамнезе на предшествующие проявления аллергии — фактор риска аллергических осложнений при повторном введении одних и тех же вакцинных препаратов или препаратов, содержащих компоненты, к которым ранее была аллергия. Неврологическая патология в анамнезе, в том числе судороги, возраст детей (первые 6 мес. жизни) являются факторами риска развития фебрильных и афебрильных судорожных приступов в поствакцинальном периоде. Заболевания ребенка, свидетельствующие о наличии первичных или вторичных (приобретенных, индуцированных) иммунодефицитов, факторы риска развития осложненного течения поствакцинального периода.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

27 ноября — День матерей России. Инициатива учреждения этого праздника принадлежит Комитету Государственной Думы по делам женщин, семьи и молодежи. День матери в России отмечается в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 30.01.1998 № 120 «О Дне матери» в последнее воскресенье месяца.

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

КАК СДЕЛАТЬ ОСАНКУ КРАСИВОЙ, А ПОХОДКУ ЛЕГКОЙ

Автор — Бабенкова Е.А.

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

ЗИМНИЕ ЗАНЯТИЯ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ С ДЕТЬМИ 5—7 ЛЕТ

Планирование, конспекты

Автор — Сулим Е.В.

В пособии представлен оригинальный материал, предназначенный для повышения интереса детей к физкультурным занятиям на свежем воздухе в зимний период: обучение ходьбе на лыжах, катанию на санках, скольжению по ледяным дорожкам и спортивной игре «Сноубол».

В издании содержатся календарно-перспективное планирование физкультурных занятий в зимнее время года для средней, старшей и подготовительной к школе групп; примерные конспекты занятий на свежем воздухе и разнообразные спортивные игры и упражнения.

ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ 6—7 ЛЕТ

Автор — Картушина М.Ю.

В методическом пособии представлена система оздоровительных интегрированных занятий для детей подготовительной к школе группы, направленных на профилактику нарушений опорно-двигательного аппарата и зрения у детей, повышение резистентности организма. В книге широко представлены приемы и методы оздоровления детей: различные виды массажа и самомассажа, комплексы общеразвивающих упражнений и коррекционной гимнастики.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

Пришлите заявку по адресу: 129626, Москва, а/я 40,
по E-mail: sfera@cnt.ru, по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

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

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

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



ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ ПО ОЗДОРОВЛЕНИЮ ДЕТЕЙ В ДОУ ОРГАНИЗАЦИЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ДОУ



Авторы — Возная В.И. и колл. авт.

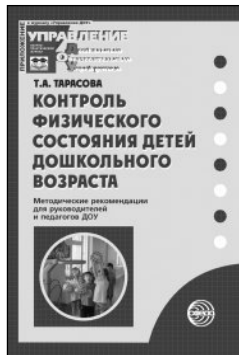
В пособии представлены результаты многолетней воспитательной и оздоровительной работы с детьми, имеющими отклонения в физическом и психическом развитии в условиях муниципального дошкольного образовательного учреждения. Рекомендации адресованы педагогическим и медицинским работникам дошкольных образовательных учреждений.



МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В ДОУ Организация работы

Автор — Каралашвили Е.А.

Настоящее издание ставит перед собой цель сориентировать специалистов (педагога-психолога, логопеда, социального педагога), начинающих работать в структуре медико-психолого-педагогической службы в детском саду. Достаточный материал по организации деятельности, авторские разработки заинтересуют и опытных специалистов этого профиля.



КОНТРОЛЬ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Методические рекомендации для руководителей и педагогов ДОУ

Автор — Тарасова Т.А.

В настоящем пособии раскрываются общая характеристика, различные методики контроля физического состояния детей до 7 лет, а также контроля организации физического воспитания детей в дошкольных образовательных учреждениях. Представлена обработка его результатов.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

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

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

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



К сведению авторов журнала «Медработник ДОУ»

Материалы к рассмотрению принимаются только при условии выполнения следующих правил их оформления. Авторы несут ответственность за достоверность предоставленных материалов.

1. Статья должна обязательно иметь *название*.
2. После названия указывается *информация об авторах*: фамилия, имя, отчество (полностью), место работы и должность без сокращений и аббревиатур, ученая степень и ученое звание (если есть), домашний адрес (с индексом), контактный e-mail и телефон.
3. Текст должен соответствовать следующим параметрам: формат Microsoft Word; шрифт Times New Roman, размер шрифта — 12; межстрочный интервал — 1,5; поля с каждой стороны — 2 см; абзац выровнен по левому краю, отступы и интервалы — 0; отступ первой строки — 0,5.
4. Таблицы создаются средствами Microsoft Word, нумеруются, снабжаются заголовками и вставляются сразу после ссылки на них. Графики и диаграммы создаются средствами Microsoft Excel, снабжаются заголовками, соответствующими подрисовочными подписями и условными обозначениями и вставляются сразу после ссылки на них.
5. При наличии в рукописи рисунков и фотографий они должны быть представлены отдельными файлами в формате TIF, JPEG (разрешение 300 dpi — для цветных, 600 dpi — для черно-белых).
6. При наличии в статье стихотворений (прозы) других авторов обязательно ссылка на автора (ФИО).
7. Сокращения (даже общепринятые) и аббревиатуры должны иметь расшифровки при их первом упоминании в тексте.
8. Все литературные источники и ссылки на них должны быть тщательно выверены авторами. Прямое цитирование или использование идей других авторов допускается только при точной ссылке на книгу (статью).
9. Список литературы приводится в алфавитном порядке с указанием фамилии и инициалов автора, полного названия, места и года публикации, номера страницы. Ссылки в тексте статьи указываются в скобках: номер книги или статьи из списка. Постраничные сноски не желательны.
10. При ссылке на официальные нормативные документы указывается вид документа, принявший орган, дата и номер принятия, название. Допускаются ссылки только на действующие нормативные документы.
11. Объем рукописи не должен превышать 15 страниц компьютерного набора. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать материал в соответствии с концепцией журнала.
12. На последней странице статьи заполните анкету автора.
13. Статьи вместе с заполненной анкетой можно представить в напечатанном виде (один экземпляр) с приложением компакт-диска или выслать электронной почтой по E-mail: medr@tc-sfera.ru; 123@tc-sfera.ru

Анкета автора журнала «Медработник ДОУ»

Фамилия, имя, отчество (полностью); дата рождения (число, месяц, год); место работы, должность; ученая степень, ученое звание; домашний адрес (с индексом) и контактный телефон, e-mail.

Пожалуйста, помните: представление в редакцию работ, отправленных на рассмотрение или опубликованных в других изданиях, не допускается.



Созвездие подписных изданий для дошкольного образования!

Продолжается подписка на первое полугодие 2012 г.

Подпишитесь на свой профессиональный журнал!

2012 1-е полугодие

Комплект	Индекс в каталоге		
	Роспечать	Пресса России	Почта России
«Управление ДОУ» с приложением; журналы «Методист ДОУ», «Инструктор по физкультуре», «Медработник ДОУ»	36804	39757	10399
«Управление ДОУ» с приложением	82687		
«Управление ДОУ»	80818		
«Медработник ДОУ»	80553	42120	
«Инструктор по физкультуре»	48607	42122	
«Воспитатель ДОУ» с библиотекой	80899	39755	10395
«Воспитатель ДОУ»	58035		
«Логопед» с библиотекой и приложением «Конфетка»	18036	39756	10396
«Логопед»	82686		
Комплект «Предшкольная подготовка» (комплект из 19 книг)	20572	42121	

Чтобы подписаться на **все издания** для специалистов
дошкольного воспитания Вашего учреждения,

вам потребуется **четыре индекса:**

36804, 80899, 18036, 20572 — Роспечать

Подписаться на наши издания можно по каталогам
«РОСПЕЧАТЬ», «ПРЕССА РОССИИ» и «ПОЧТА РОССИИ»

Если вы не успели подписаться на наши издания, то можно заказать их по
почте наложенным платежом **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40.

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, (499) 181-34-52;

по E-mail: sfera@cnt.ru; в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru

В следующем номере!

У нас в гостях коллеги из Новосибирска

Особенности семьи, воспитывающей ребенка
с ограниченными возможностями здоровья

Коррекционно-педагогическая помощь детям после
кохлеарной имплантации

Питание и здоровье детей дошкольного возраста

Близорукость — зрение будущего?

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера журнала «Медработник ДОУ». Мы вышлем их наложенным платежом. В заявке укажите свой точный адрес, индекс, а также наименование издания и требуемое количество. Заявку отправьте **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40, или **по E-mail:** sfera@cnt.ru. Журналы до 2011 г. издания можно приобрести по 15 рублей!

МЕДРАБОТНИК ДОУ
2011, № 7 (27)

Научно-практический журнал
ISSN 2220-1475

Издается с 2008 г.

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. Шилловских

Оформление, макет
С.Н. Гамзиной

Художник обложки
Е.В. Кустарова

Корректоры
Т.Э. Балоунова, Л.Б. Успенская

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.
E-mail: 123@tc-sfera.ru

Рекламный отдел:

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05
E-mail: sfera.post@mail.ru; [www:tc-sfera.ru](http://www.tc-sfera.ru)

Номер подписан в печать 10.10.11. Формат 60×90¹/₁₆.
Усл. печ. л. 8,0. Тираж экз.
Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2011
© ООО «ТЦ СФЕРА», 2011
© Т.В. Цветкова, 2011

