



МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№2/2016



**Всемирный
день борьбы
с туберкулёзом**

**Носовые
кровотечения у детей**

**Реабилитация часто
и длительно
болеющих детей**

**Воспитываем
мотивацию к занятиям
физическими
упражнениями**

**Сенситивные
периоды развития
ребенка**



ГОСТЬ НОМЕРА:

профессор,
доктор медицинских наук,
главный фтизиатр
Минздрава России

И.А. ВАСИЛЬЕВА



МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№ 2/2016

**Подписные индексы в каталогах:**

«Роспечать» — 80553, 36804 (в комплекте)

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

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

Содержание

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА*Макарова Л.В.* Всемирный день борьбы с туберкулезом 5**ГОСТЬ НОМЕРА**

У нас в гостях Ирина Анатольевна Васильева 6

Гигиена

ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА*Лытаева А.А.* Здоровьесберегающие технологии
в экологическом образовании дошкольников..... 12*Богданова Е.А.* Укрепляем здоровье с помощью музыки
в кружке «Домисолька»..... 21**ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ***Клюева Е.Л.* Формирование осознанного отношения к своему
здоровью на занятиях физической культурой и плаванием..... 26

Педиатрия

ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК*Лункина Е.Н.* Сенситивные периоды развития ребенка
(по Л.С. Выготскому) 34**РЕАБИЛИТАЦИЯ***Ганузин В.М.* Реабилитация иммунокомпрометированных
часто и длительно болеющих детей..... 42**НЕОТЛОЖКА***Бырихина В.В.* Носовые кровотечения у детей 49**ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ***Кагазежева Н.Х., Коломийцева Н.С., Доронина Н.В.*
Особенности занятий физической культурой
с часто болеющими дошкольниками 55

Педагогика

ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ

- Копылов Ю.А., Ивашина И.В.* Воспитание мотивации дошкольников к занятиям физическими упражнениями 60

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

- Иванова Ю.М.* Психолого-педагогическое сопровождение детей группы риска 68
- Печора К.Л.* Готовность воспитанников домов ребенка к переходу в новые условия жизни 74

КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА

- Родионова О.Н., Кузнецова В.В.* Профилактика и коррекция нарушений развития детей с ОВЗ в условиях инклюзивного дошкольного образования 78

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОПИЛКА

- Бубнова М.В., Махина Л.Ф.* Нетрадиционные формы взаимодействия педагогов с родителями детей с туберкулезной интоксикацией 83

Актуально!

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

- Постановление Главного государственного санитарного врача от 22 октября 2013 г. № 60 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 "Профилактика туберкулеза"» (извлечение) 90

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РОСТ

- Зинатуллина Ю.Г.* В Башкирии стартовал проект по обучению родителей детей-инвалидов профессии реабилитолога 119

ЛИТЕРАТУРНЫЕ СТРАНИЧКИ

- О медицине в стихах 122

КНИЖНАЯ ПОЛКА 11, 33, 59, 89, 121, 124

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ? 10, 54

МУДРЫЕ ВЫСКАЗЫВАНИЯ 20

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ 118

КАК ПОДПИСАТЬСЯ 126

АНОНС 128

Редакционный совет

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Редакционная коллегия

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

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

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

Танцюра Снежана Юрьевна — канд. пед. наук, доцент кафедры психологии и педагогики ГАУ ИПК ДСЗН «Институт переподготовки и повышения квалификации руководящих кадров и специалистов системы социальной защиты населения города Москвы», главный редактор журнала «Логопед».

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

Индекс

ГБОУ «Школа № 121», Москва ... 60	МБДОУ д/с присмотра и оздоровления № 58 «Незабудка», г. Вологда 83
Д/с «Волшебный замок», ЦАО, Москва 34	МДОБУ «Азановский детский сад "Колосок"», с. Азаново Медведевского р-на, Республика Марий Эл 21
Кафедра биомеханики и медико-биологических дисциплин Института физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета, г. Майкоп, Республика Адыгея 55	МДОУ д/с № 18, пос. Тарбагатай Забайкальского края 68
Кафедра оториноларингологии ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Ярославль 49	Отдел фтизиатрии Центрального НИИ туберкулеза Российской академии медицинских наук, Москва 6
Кафедра поликлинической педиатрии ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Ярославль 42	Региональная общественная организация Совет матерей «Материнское сердце» Республики Башкортостан, г. Уфа 119
Кафедра поликлинической педиатрии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, Москва 74	СП № 3 ГБОУ СОШ № 771, Москва 26
МБДОУ д/с № 1 «Березка», с. имени Бабушкина Вологодской обл. 12	Факультет дошкольного и начального образования ФГОУ ВПО «Армавирская государственная педагогическая академия», г. Армавир Краснодарского края 78
МБДОУ д/с комбинированного вида № 37, г. Армавир Краснодарского края 78	ФГБНУ «Институт возрастной физиологии Российской академии образования», Москва 60
Богданова Елена Андреевна 21	Кагазежева Нурьят Хазерталевна 55
Брайловский Леонид 123	Карпова Наталья 123
Бубнова Марина Вениаминовна... 83	Клюева Елена Львовна 26
Бырихина Виктория Владимировна 49	Коломийцева Наталья Сергеевна 55
Васильева Ирина Анатольевна 6	Копылов Юрий Анатольевич 60
Ганузин Валерий Михайлович 42	Кузнецова Вера Васильевна 78
Доронина Наталья Васильевна... 55	Лункина Елена Николаевна 34
Зинатуллина Юлия Геннадьевна 119	Лытаева Анна Анатольевна 12
Иванова Наталья 122	Махина Людмила Федоровна 83
Иванова Юлия Михайловна 68	Печора Ксения Люциановна 74
Ивашина Ирина Владимировна... 60	Родионова Оксана Николаевна ... 78

Всемирный день борьбы с туберкулезом

Уже более 30 лет по инициативе Всемирной организации здравоохранения 24 марта отмечается Всемирный день борьбы с туберкулезом. Дата выбрана не случайно. В этот день в 1882 г. великий немецкий ученый микробиолог Роберт Кох объявил о сделанном им открытии. Он обнаружил возбудителей туберкулеза — бактерии, получившие название «палочки Коха».

Несмотря на достигнутые успехи медицины и науки, это заболевание до сих пор уносит ежегодно жизни более 1,5 млн человек на всей планете. В последние годы особую обеспокоенность врачей вызывает распространение туберкулеза с широкой и множественной лекарственной устойчивостью.

Основная цель Всемирного дня борьбы с туберкулезом — привлечение внимания к этой проблеме и повышение уровня осведомленности людей о предпринимаемых усилиях по ликвидации эпидемии этой болезни. Чрезвычайно важно информировать население о путях передачи инфекции, первых признаках заболевания и методах профилактики.

Поэтому мы и поднимаем эту тему на страницах нашего журнала. Какова ситуация с заболеваемостью туберкулезом в мире и в России? Какие проблемы возникают в борьбе с этим заболеванием? Каковы факторы риска заражения туберкулезом и основные направления профилактики? Эти вопросы волнуют многих. Именно об этом мы поговорили с главным фтизиатром Минздрава России, руководителем отдела фтизиатрии ФГБУ ЦНИИ туберкулеза, профессором, доктором медицинских наук Ириной Анатольевной Васильевой.

Без преувеличения можно сказать, что роль медицинских работников дошкольных образовательных организаций в вопросах профилактики туберкулеза огромна. На них, помимо проведения медицинских мероприятий с детьми и персоналом, лежит ответственность за качественную организацию просветительской работы с родителями, в том числе и по вопросам профилактики туберкулеза. Кроме того, каждый из нас должен помнить о существовании этого заболевания и в меру своих возможностей внести посильный вклад в борьбу с туберкулезом.

В следующем номере мы продолжим обсуждение этой актуальной проблемы.

Уважаемые читатели! Ждем от вас новых материалов для публикации и надеемся на дальнейшее сотрудничество и поддержку. Пишите по адресу dou@tc-sfera.ru с пометкой «Для журнала «Медработник ДОУ»».

Главный редактор журнала Л.В. Макарова

У нас в гостях

Ирина Анатольевна Васильева,

д-р мед. наук, профессор, руководитель отдела фтизиатрии Центрального НИИ туберкулеза Российской академии медицинских наук, главный внештатный специалист по фтизиатрии Минздрава России, Москва

Ирина Анатольевна, спасибо, что Вы нашли в своем плотном графике время для интервью. Скажите несколько слов о себе. Как Вы стали врачом? Давно ли занимаетесь фтизиатрией?

По окончании 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова я обучалась в клинической ординатуре по фтизиопульмонологии при ЦНИИТ РАМН. С этим институтом связана практически вся моя профессиональная деятельность. Я прошла путь от младшего до ведущего научного сотрудника и в настоящее время руковожу отделом фтизиатрии Центрального НИИ туберкулеза Российской академии медицинских наук.

Какова ситуация с заболеваемостью туберкулезом в мире?

Проблема туберкулеза до сих пор очень актуальна. Это инфекционное респираторное заболевание, которое поражает преимущественно легкие. По данным ВОЗ, в мире ежегодно заболева-

ют туберкулезом 9,6 млн человек и 1,5 млн умирают от этого заболевания. ВОЗ бьет тревогу по этому поводу. В европейском регионе есть 18 стран, и Россия входит в их число, в которых борьба с туберкулезом отнесена к числу приоритетных задач государственной политики.

Расскажите подробнее о проблеме туберкулеза в России. Есть ли позитивные изменения в последнее время?

Всплеск заболеваемости туберкулезом в России отмечался в конце 90-х гг. XX в. Мы это связываем с социально-экономическими потрясениями в нашей стране. Мероприятия и программы, проводимые правительством нашей страны и Министерством здравоохранения, привели к хорошим результатам. В последние 5—7 лет наблюдается устойчивое снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза. Тем не менее, мы понимаем, что показатели все еще остаются достаточно высокими.

Какие проблемы возникают при борьбе с туберкулезом?

В мире в целом и в России в частности есть две большие проблемы. Первая — распространение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Число случаев этой формы заболевания с каждым годом возрастает. И вторая — сочетанная патология (туберкулез — ВИЧ-коинфекция).

Кроме того, в 2006 г. ВОЗ объявила новую угрозу — туберкулез с так называемой широкой лекарственной устойчивостью. Это более тяжелая и опасная форма. По каждому случаю такого заболевания ведется строгий контроль во всех странах, в том числе и в России.

В 2014 г. на 67-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения была принята «Глобальная стратегия и цели в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 г.», поставившая грандиозную цель — избавить мир от туберкулеза к 2050 г., и наметившая пути и этапы достижения этой цели.

Одним из основных и важнейших направлений стратегии являются решительные политические меры и система поддержки, что предполагает кооперацию государственных сил и общественных, неправительственных

организаций в борьбе с туберкулезом. В связи с этим мы видим большую роль общественных организаций, которые могли бы оказывать помощь, в первую очередь, населению, проинформировать, что такое туберкулез, как развивается заболевание, каковы первые его симптомы. Необходимо обратить внимание на профилактику, значимость ежегодных медицинских осмотров, которые проводятся, в том числе, и для выявления ранних признаков туберкулеза.

Какие факторы риска заражения туберкулезом можно выделить?

Туберкулез, как я уже говорила ранее, — инфекционное заболевание. Оно передается воздушно-капельным путем. Бактерии могут попадать в воздушную среду при чихании или кашле человека, больного туберкулезом. Необходимое условие заражения — встреча с возбудителем — микобактерией туберкулеза. Между тем не все контактировавшие с инфекцией заболевают. Развивается заболевание в тех случаях, когда его возбудитель попадает в организм со сниженным иммунитетом. Это может происходить по ряду причин: из-за сопутствующих заболеваний, требующих, например, гормональной или цитостатической терапии, при

сахарном диабете, заболеваниях легких, во время беременности и послеродовом периоде, при переутомлении и физической нагрузке. Стресс также является важным фактором, способствующим развитию болезни. Поэтому благополучный человек, живущий в хороших условиях, правильно питающийся, но имеющий постоянный стресс, например, на работе, тоже может заболеть при условии, что у него когда-либо была встреча с микобактерией туберкулеза. А это могло быть год, 2, 10 или более лет тому назад, но память об этой встрече в организме остается. Иначе говоря, на момент контакта организм мог побороть инфекцию, но палочка «облачилась» в капсулу и «уснула». Она может «проспать» всю жизнь, но может и активизироваться, когда организм чем-то ослаблен.

Научные исследования проводят поиск возможного существования и других факторов заболеваемости, таких как генетическая предрасположенность или врожденная резистентность к туберкулезу. Есть случаи, когда в семье есть больной — бактериовыделитель, и одни родственники заболевают, а другие нет. Происходит это потому, что у них разная генетика. Существует генотип человека, предрасположенный к заболеванию,

и при встрече с инфекцией у него высокий риск его развития, а есть генотип устойчивый. Работа в этом направлении продолжается.

При посещении поликлиники во избежание общения с кашляющим или чихающим человеком, нужно обязательно носить маску. Конечно, она не защитит на 100%, но значительно снизит вероятность заболевания. Чтобы заболеть туберкулезом, нужен длительный контакт с инфекцией. Поэтому заболевают те, кто часто встречается с бактериовыделителем — дома, на работе или в закрытых коллективах. Контакт должен быть не только длительным, но и массивным.

Наиболее подвержены заболеванию люди с ВИЧ-инфекцией. У них частота развития туберкулеза в 30—40 раз выше, чем у ВИЧ-негативных людей. Вот почему важно проводить профилактику от туберкулеза всем ВИЧ-инфицированным с помощью специфических противотуберкулезных препаратов, и именно такую тактику настоятельно рекомендует ВОЗ.

6 октября 2015 г. в России стартовал комплексный проект по профилактике и лечению заболеваний органов дыхания, в рамках которого реализуется медико-социальная программа «Кашель в центре

внимания!». Скажите несколько слов об этом проекте. Какие мероприятия в рамках борьбы с туберкулезом включены в программу? Какую роль в реализации этого проекта могут сыграть СМИ?

По данным Федеральной службы государственной статистики, в последнее время заметно увеличилась смертность от болезней органов дыхания. Поэтому ведущие пульмонологи и специалисты в области профилактической медицины объединились с целью актуализации проблем ранней диагностики, профилактики и лечения бронхолегочных патологий. В рамках проекта будет проходить широкое обсуждение проблем оздоровления нации через профильные комитеты государственных органов власти.

Очень важно в этой связи повышение образовательного уровня врачей первичного звена. Симптомы туберкулеза на первом этапе очень сходны с симптомами таких заболеваний, как острые респираторные, бронхит, пневмония. Важно, чтобы врач первичного звена помнил о существовании туберкулеза.

Именно поэтому, важнейший этап — разработка медико-социальной программы для врачей первичного звена, посвященной вопросам ранней диагностики,

профилактики и лечения бронхолегочных патологий.

Большую роль нашей инициативы я вижу в привлечении внимания к этой проблеме не только врачей, но и населения.

СМИ могут оказать огромную помощь в повышении санитарной грамотности населения, популяризации знаний о здоровье, респираторных заболеваниях и о туберкулезе, в частности.

Каковы основные направления профилактики этого заболевания?

Профилактика туберкулеза — традиционная и проверенная десятилетиями обязательная вакцинация новорожденных, дальнейший скрининг детей на инфицирование микобактериями туберкулеза и, при необходимости, профилактика с применением препаратов. Конечно, профилактика обязательна для контактировавших с больными заразной, открытой формой туберкулеза, для ВИЧ-инфицированных и некоторых других категорий так называемого высокого риска.

Что касается здоровых, не контактировавших с больными туберкулезом взрослых людей, то профилактикой туберкулеза можно назвать здоровый образ жизни. Для выявления ранних, незаразных форм туберкулеза важно регулярно проходить

флюорографический осмотр. Выявление туберкулеза с помощью таких осмотров на ранних стадиях — своего рода профилактика его у родных и близких заболевшего.

Среди родителей не утихают споры относительно некоторых требований Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза». Скажите несколько слов по этому поводу.

В настоящее время идет процесс гармонизации документов Роспотребнадзора и изданных позже документов Минздрава России.

24 марта отмечается Всемирный день борьбы с туберкулезом. Какие мероприятия проводятся у нас в стране в связи с этим?

В этот день в 1882 г. немецкий ученый Роберт Кох сделал заявление о том, что ему удалось найти бактерию, вызывающую

туберкулез. Поэтому в мире 24 марта отмечают день борьбы с туберкулезом.

В научной и врачебной среде обычно проходят симпозиумы, конференции, саммиты, на которых обсуждаются основные проблемы и достижения в борьбе с туберкулезом в настоящее время. В городах и селах проходят массовые акции по привлечению населения к флюорографическим осмотрам, санитарно-просветительские мероприятия, устраиваются конкурсы детского рисунка по борьбе с туберкулезом, а в научных организациях и вузах — конкурсы студентов и молодых ученых по проблеме туберкулеза.

Ирина Анатольевна, спасибо за столь содержательную беседу. Надеемся, что наше сотрудничество с Вами продолжится, и наш журнал внесет свой посильный вклад в борьбу с туберкулезом.

Беседовала Л.В. Макарова

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Великий немецкий ученый микробиолог **Генрих Герман Роберт Кох** (11 декабря 1843 — 27 мая 1910) — один из основоположников современной бактериологии и эпидемиологии. Он впервые выделил бациллу сибирской язвы, холерный вибрион и туберкулезную палочку. В 1905 году за исследования туберкулеза Роберт Кох стал лауреатом Нобелевской премии по физиологии и медицине.

**Издательство «ТЦ Сфера»
представляет парциальную программу
«Будь здоров, дошкольник»**



БУДЬ ЗДОРОВ, ДОШКОЛЬНИК **Программа физического развития** **дошкольника**

Автор — Токаева Т.Э.

БУДЬ ЗДОРОВ, ДОШКОЛЬНИК!

- Программа создана на основе результатов исследования проблемы физического развития и воспитания культуры здоровья детей с учетом интеграции содержания федеральных и региональных программ, требований ФГОС ДО.
- Развитие детей предполагается через овладение ребенком представлений о себе, своем здоровье и физической культуре способами физкультурно-оздоровительной деятельности и формирования системы отношений ребенка к своему «физическому Я», здоровью и физической культуре как общечеловеческим ценностям.
- Определены уровни физического развития и освоения культуры здоровья на каждом возрастном этапе.
- Программа предполагает развивающее взаимодействие взрослых (педагогов здоровья, инструкторов по физкультуре, воспитателей, родителей дошкольников) и детей 3—7 лет.
- Рекомендована педагогам, осуществляющим физическое воспитание и здоровьесбережение детей в ДОО.



Наш адрес: 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3
Тел.: (495) 656-75-05, 656-73-00

E-mail: sfera@tc-sfera.ru

Сайты: www.tc-sfera.ru, www.apcards.ru, www.sfera-podpiska.ru

Здоровьесберегающие технологии в экологическом образовании дошкольников

Лытаева А.А.,

*старший воспитатель МБДОУ д/с № 1 «Березка»,
с. имени Бабушкина Вологодской обл.*

Образованный человек — большая ценность,
но разве меньшая ценность — здоровый ребенок.

П.П. Блонский

Здоровье — одна из главных ценностей человеческой жизни, источник радости. Жизнь в XXI в. ставит много проблем, среди которых самая актуальная — проблема сохранения и укрепления психического и физического здоровья каждого ребенка, ведь достичь необходимого уровня интеллектуально-познавательного развития может только здоровый ребенок.

На фоне экологической и социальной напряженности в стране, небывалого роста болезней «цивилизации», чтобы быть здоровым, нужно овладеть искусством сохранения и укрепления своего здоровья. Этому и должно уделяться как можно больше внимания в ДОО. Кроме того, нужно постоянно помнить о том, что сейчас идеально здоровых детей крайне мало — около 1%. Большинство дошкольников страдают заболеваниями желудка, кишечника, печени; состоят на учете у специалистов (аллерголога, невролога, дерматолога). Очень часто встречаются анемии, поражения позвоночника. Многие дети не могут нормально учиться из-за того, что у них болит голова, наблюдаются повышенная возбудимость, слабая память и плохое восприятие, они быстро утомляются.

Одной из причин частых и длительных заболеваний детей — неблагополучие окружающей среды. Повышенно содержание различных чужеродных веществ в



воздухе, воде, продуктах питания сопровождается накоплением их в организме, что приводит, в конечном счете, к снижению иммунной защиты. Острые экологические проблемы в нашей стране порождает бессистемная, разрушительная эксплуатация природы и ее ресурсов. Выход из экологического кризиса возможен только при условии коренного изменения политики и практики природопользования, активного включения экологических, правовых отношений человека и природы. Без системы непрерывного экологического воспитания, образования и просвещения людей этих проблем не решить. Формирование экологической культуры и экологического мышления, сознания — единственный для человеческого общества выход из экологического кризиса, ведь каков человек, какова его деятельность, такова и окружающая среда.

С принятием законов Российской Федерации «Об охране окружающей природной среды» и «Об образовании в Российской Федерации» созданы предпосылки правовой базы для формирования системы экологического образования населения. Указ Президента РФ «О государственной стратегии

РФ по охране окружающей среды и обеспечению устойчивого развития», соответствующие постановления Правительства РФ возводят экологическое образование в разряд первостепенных государственных проблем.

Воспитывать экологическую культуру нужно с детства. От детей, их грамотности, социальной активности, ответственности будет зависеть преодоление экологического кризиса, сохранение здоровья и жизни на планете.

Как раз в дошкольном возрасте, когда ребенок впервые приобщается к миру природы, богатству и разнообразию ее красок и форм, необходимо формировать первые представления об экологии, воспитывать бережное отношение и любовь ко всему живому.

И наконец, в период дошкольного детства ребенок интенсивно социально развивается, взаимодействуя с окружающими взрослыми и сверстниками. Дошкольники учатся следовать определенным общественным нормам поведения, у них формируются эмоционально-положительное отношение к природе, привычки сохранения здоровья.

Теоретические основы экологического воспитания и образования дошкольников пред-

ставлены в различных психолого-педагогических исследованиях (Н.Ф. Виноградовой, Н.Н. Кондратьевой, С.С. Николаевой, Н.А. Рыжовой, П.Г. Саморуковой, И.А. Хайдуровой и др.).

В последние годы перед педагогическим коллективом нашего детского сада встал ряд проблем, связанных:

- с повышением заболеваемости детей, увеличением числа воспитанников, относящихся к 2-й группе здоровья;
- снижением уровня экологического сознания у детей и взрослых;
- неумением детей видеть, чувствовать красоту и уникальность окружающего мира.

Поэтому усилия работников нашего детского сада направлены на оздоровление дошкольников, культивирование здорового образа жизни. Именно эти задачи считаются приоритетными в программе модернизации российского образования. Одно из средств их решения — использование здоровьесберегающих технологий, без которых немислим педагогический процесс современного детского сада.

В широком смысле слова это процесс воспитания и обучения детей дошкольного возраста в режиме здоровьесбережения и здоровьесобогащения; процесс, направленный на обеспечение

физического, психического и социального благополучия ребенка.

В более узком смысле это специально организованное, развивающееся во времени и в рамках определенной образовательной системы взаимодействие детей и педагогов, направленное на достижение целей здоровьесбережения и здоровьесобогащения в ходе экологического образования, воспитания и обучения.

Приступая к экологическому образованию дошкольников, мы поставили перед собой главную цель: формирование научно-познавательного, эмоционально-нравственного, практически-деятельного отношения к окружающей среде и своему здоровью.

Для реализации поставленной цели мы определили следующие задачи:

- формировать представление о себе как жителе планеты Земля, от которого зависит жизнь всего живого, о том, какие действия человека могут навредить природе, а какие способствуют ее восстановлению и сохранению;
- учить понимать значение факторов окружающей среды для здоровья людей, заботиться о чистоте двора, участка детского сада, группы, села;

- развивать эмоционально-доброжелательное отношение к живым существам в процессе общения с ними.

Ожидаемые результаты:

- снижение уровня заболеваемости детей, тревожности и агрессивности;
- развитие познавательного интереса детей к окружающей природе.

Педагоги нашего детского сада используют здоровьесберегающие технологии в экологическом образовании дошкольников: игровую и арт-терапию, сказко-, кукло- и музыкотерапию.

Игровая терапия

Игры имеют большое значение в умственном, нравственном, физическом и экологическом воспитании детей.

- Игра дает свободу. Игра не задача, не долг, не закон. По приказу играть нельзя, только добровольно.
- Игра дает порядок. Система правил в игре абсолютна и несомненна. Невозможно нарушать правила и быть в игре.
- Игра создает гармонию, формирует стремление к совершенству.
- Игра дает увлеченность. Она интенсивно вовлекает всего человека, активизирует его способности.

- Игра дает развитие воображения.
- Игра дает умение ориентироваться в реальных жизненных ситуациях, психологическую устойчивость.

Основная задача игровой терапии — помочь ребенку выразить свои переживания через игру, а также проявить творческую активность в решении сложных жизненных ситуаций. Игры можно проводить в любое свободное время как индивидуально, так и с подгруппой детей, но при этом необходимо придерживаться определенных правил.

Воспитатель должен:

- развивать теплые, дружеские отношения с ребенком, принимать его таким, какой он есть;
- осознавать чувства, выражаемые ребенком, и отражать их так, чтобы дошкольник понимал свое поведение;
- сохранять уважение к способности ребенка решать собственные проблемы;
- помнить, что не следует направлять действия ребенка или его речь, ребенок — ведущий, воспитатель следует за ним; нельзя ускорять ход коррекционной помощи, это постепенный процесс;
- устанавливать только те ограничения, которые необходимы для закрепления эффектов

игровой терапии в реальной жизни.

Мы проводим различные *коррекционные игры с детьми*:

- игры с правилами, игры-соперничества;
- игры-драматизации, образно-ролевые, раскрепощающие;
- коллективные дидактические в работе по коррекции простестного поведения;
- сюжетно-ролевые в коррекции демонстративного поведения;
- режиссерские в коррекции агрессивного поведения;
- народные как универсальное средство коррекции недостатков личностного развития и неконструктивного поведения.

Таким образом, через специально организованную экологическую игровую деятельность дети удовлетворяют потребности: в общении, активных действиях, возможности узнавать новое и интересное.

Сказкотерапия

Педагоги нашего детского сада используют сказочную терапию в экологическом воспитании дошкольников для интеграции личности ребенка: его речевого развития, развития творческих способностей, расширения сознания и совершенствования

взаимодействия с окружающим миром.

Сказка учит жить. Она в увлекательной форме и доступными для понимания словами показывает ребенку окружающую жизнь, людей, их поступки и судьбы, дает возможность за 15—20 мин понять, к чему приводит тот или иной поступок героя, примерить на себя и пережить чужую судьбу, чужие чувства, радости и горести. Эта уникальная возможность пережить, «проиграть» жизненные ситуации без ущерба для собственной жизни и судьбы и ставит сказку в ряд с самыми эффективными способами воспитательно-образовательной работы с детьми.

С помощью сказочных историй воспитатель решает и другие проблемы, выявленные у дошкольников: например, трудности, связанные с общением (конфликты, противоречия, обиды); страхи и тревоги по различным поводам (боязнь темноты, одиночества, животных, чужих людей, шума и др.).

После прослушивания сказки детям задаются вопросы по специально разработанной нами схеме:

- нравственный урок;
- воспитание добрых чувств;
- речевая зарядка;
- развитие воображения и мышления;
- сказка и математика;

- сказка и экология;
- сказка и развитие мелкой моторики.

Педагоги используют нетрадиционный подход к использованию сказочного материала, взяв за основу наследие Д. Родари и рекомендации авторов ТРИЗ (Г. Альтшуллер, М. Шустерман и др.). Они учат детей оригинально, по-своему не только воспринимать содержание сказки, но и творчески преобразовывать ход повествования, придумывать различные концовки, вводить непредвиденные ситуации, смешивать несколько сюжетов в один и т.д.

Такая творческая работа со сказкой благоприятно влияет на гармоничное развитие каждого ребенка.

Куклотерапия

Это метод комплексного воздействия на детей, который предполагает использование кукол и театральных приемов (этюдов, игр, упражнений, специально заданных ситуаций с помощью персонажей кукольного театра) для экологического и эмоционально-личностного развития ребенка.

Задачи куклотерапии:

- совершенствовать мелкую моторику руки и координацию движений;
- развивать способы выражения эмоций, чувств, состояний,

движений, которые в обычной жизни по каким-либо причинам ребенок не может или не позволяет себе проявлять;

- обучать способам адекватного, телесного выражения различных эмоций, чувств, состояний и др.

Куклотерапия включает:

- воздействие воспитателя на ребенка с помощью куклы;
- непосредственное взаимодействие ребенка с куклой;
- лечебные этюды;
- лечебные спектакли.

Большое влияние на развитие ребенка оказывает народная игрушка. Эту особенность педагоги широко используют в своей работе. Во все времена игрушка занимала важное место в народной культуре. В старину игрушки мастерили почти в каждой семье. Считалось, что куклы-пеленашки охраняли детский сон, оберегали маленького ребенка от порчи, сглаза и болезней. Когда дети подрастали, для них изготавливали тряпичные куколки, с которыми можно было играть. А затем дети сами учились мастерить различные игрушки.

Воспитатели вместе с детьми учились изготавливать куклы-пеленашки. Их можно взять в кулачок или положить под подушку, после чего закрыть глаза и мысленно рассказать свой секрет.

Таким образом, использование куклотерапии положительно

влияет на дошкольников: дети становятся спокойнее, уравновешеннее, у них появляется уверенность в собственных силах, концентрируется внимание, снижаются негативные проявления в поведении во время адаптации.

Арт-терапия

Арт-терапия — направление, использующее художественное творчество, это «лечение искусством».

Зачем нам и нашей душе нужно искусство? Наш внутренний мир наполнен образами и представлениями, которые не оставляют нас равнодушными, волнуют и задевают, через них люди эмоционально общаются между собой, а наше сознание взаимодействует с бессознательным. Чем глубже и интенсивнее это происходит, тем сильнее откликаются в душе человека произведения искусства, чтобы рассказать языком образов о страданиях и радостях душевной жизни.

Арт-терапия — естественный и бережный метод исцеления и развития души ребенка через художественное творчество. В центре внимания находятся не столько произведения искусства, сколько конкретная и уникальная личность ребенка с ее потребностями, мотивами, ценностями и стереотипами.

Задачи арт-терапии:

- посредством арт-терапии справиться с проблемами, вызывающими у него бурные эмоции, вооружить одним из доступных и приятных для него способов снятия эмоционального напряжения;
- восстанавливать нарушенные связи между чувствами и разумом;
- развивать личность ребенка;
- помогать ребенку в самораскрытии и самореализации;
- стимулировать его личностный рост.

Как действует арт-терапия?

Процесс рисования приводит в баланс внутреннее состояние физических, психических и эмоциональных качеств в развитии ребенка. При рисовании развиваются сложные движения кистей рук и тактильная чувствительность, мышление, зрительно-моторная координация и глазомер. Рисование стимулирует развитие образного мышления. Душа ребенка наполняется положительными эмоциями через осознание своего творчества, уникальности своего произведения. В процессе изобразительного творчества формируются коммуникативные навыки, способность к сотрудничеству со сверстниками. Кроме того, арт-терапия — прекрасный способ безболезненно для других выразить свои эмоции и чувства.

Арт-терапия способствует формированию положительной самооценки ребенка и его позитивного отношения к окружающему миру, развивает сенсорные способности, влияет на экологическое развитие детей.

Важное условие развития ребенка — использование нетрадиционного рисования. Работа с необычными материалами позволяет детям ощутить незабываемые эмоции, развивает творческие способности. Нетрадиционное рисование снимает нервное напряжение, страхи, отвлекает от грустных мыслей, обеспечивает эмоционально-положительное состояние, вызывает радость. Так, при рисовании пальцами или ладонями дети преодолевают чувство неуверенности, боязни, неприятные ощущения (не каждый ребенок может сразу решиться обмакнуть палец в краску или раскрасить свою ладонь). При рисовании «тычковым» способом можно проявить свои эмоции на бумаге силой «тычка», его ритмом. Хорошо расслабляют занятия со свечой, когда при наложении цвета появляется придуманный образ.

Рисование давно стало отдельным разделом в психологии и даже средством излечения детей от разных недугов. Ведь именно цветом, формой и пода-

чей рисунка ребенок красноречиво показывает то, что никогда не произнесет вслух. Рисование развивает мышление, координацию, воображение и учит терпеливости.

Ребенок получает возможность отразить свои впечатления от окружающего мира, воплотив их с помощью разнообразных нетрадиционных материалов. Рисовать можно поролоном, зубными щетками, ватными палочками, спичечным коробком, целлофаном, листочками деревьев, штампами овощей (половинкой картофеля или кружочком моркови), солью, свечкой, ниточками и т.д. Используют разные приемы рисования: пальцами, ладошками, выдуванием (с помощью трубочек от сока), разбрызгиванием (с помощью зубной щетки).

Таким образом, арт-терапия, применяемая в экологической работе с детьми, — здоровьесберегающая технология, которая проявляется через систему изобразительного творчества. Это превосходный метод работы с детьми с различными способностями, идеальный инструмент для повышения самооценки и укрепления уверенности в себе каждого ребенка.

Результаты:

— снизилась заболеваемость детей, уровень тревожности и агрессивности;

- повысился уровень экологического сознания у детей и взрослых;
- дети стали любознательнее, возрос объем знаний о природе;
- сформировалось умение конструктивно выражать эмоции, улучшилась эмоциональная регуляция и естественная коммуникация (дети стали добрее — способны сопереживать и сочувствовать всему живому).

Таким образом, использование здоровьесберегающих технологий в организации экологического образования способствует сохранению и развитию физического, психического и нравственного здоровья детей, формирует способность к творчеству и обеспечивает высокий потенциал развития каждого ребенка.

Литература

Авдеева Н.И., Степанова Г.Б. Жизнь вокруг нас. Ярославль, 2003.

Горькова Л.Г., Кочергина А.В., Обухова Л.А. Сценарии занятий по экологическому воспитанию дошкольников. М., 2005.

Грехова Л.И. В союзе с природой. М.; Ставрополь, 2003.

Здоровый малыш: Программа оздоровления детей в ДОУ / Под ред. З.И. Бересневой. М., 2005.

Иванова А.И. Методика организации экологических наблюдений и экспериментов в детском саду. М., 2007.

Кокуева Л.В. Воспитание дошкольников через приобщение к природе. М., 2005.

Мариничева О.В., Елкина Н.В. Учим детей наблюдать и рассказывать. Ярославль, 2002.

Мир природы и ребенок / Под ред. Л.М. Маневцовой, П.Г. Саморуковой. СПб., 1998.

Николаева С.В. Воспитание экологической культуры в дошкольном детстве. М., 2002.

Рунова М.А., Бутилова А.В. Ознакомление с природой через движение. М., 2006.

Шишкина В.А., Дедулевич М.Н. Прогулки в природу. М., 2002.

МУДРЫЕ ВЫСКАЗЫВАНИЯ

- Дети должны жить в мире красоты, игры, сказки, музыки, рисунка, фантазии, творчества.

В.А. Сухомлинский

- Природа нравится, влечет к себе и воодушевляет только потому, что она естественна.

В. Гумбольдт

- Природа так обо всем позаботилась, что повсюду ты находишь, чему учиться.

Леонардо да Винчи

Укрепляем здоровье с помощью музыки в кружке «Домисолька»

Богданова Е.А.,

музыкальный руководитель МДОБУ

*«Азановский детский сад “Колосок”», с. Азаново
Медведевского р-на, Республика Марий Эл*

Совершенствование дошкольного образования на основе интеграции различных областей образовательной программы ДОО требует пересмотра форм организации и содержания педагогического процесса, в том числе в сфере музыкального воспитания.

По данным медицинской статистики, количество дошкольников с хроническими заболеваниями увеличивается с каждым годом.

В связи с этим возникает необходимость целенаправленной работы по сохранению и укреплению здоровья детей на всех ступенях системы образования. И детский сад следует рассматривать как первую ступень валеологического образования, а весь процесс жизнедеятельности ребенка в ДОО направлять на сохранение и укрепление здоровья. Поэтому педагоги детских садов, в том числе и музыкальные руководители, должны комплексно решать задачи физического, интеллектуального, эмоционального и личностного развития ребенка, активно

внедряя в этот процесс наиболее эффективные технологии здоровьесбережения, цель которых — создание устойчивой мотивации и потребности в сохранении здоровья своего и окружающих.

Пение — действенный метод эстетического воспитания. В процессе пения дети осваивают основы вокального исполнительства, развивают художественный вкус, расширяют кругозор.

Кроме развивающих и обучающих задач пение решает еще одну немаловажную задачу — оздоровительно-коррекционную. Оно благотворно влияет на развитие голоса и помогает строить плавную и непрерывную речь. Групповое пение представляет собой действенное средство для снятия напряжения и гармонизации личности. С его помощью можно адаптировать индивида к сложным условиям или ситуациям. Для дошкольников с речевой патологией пение выступает одним из факторов улучшения речи.

Для детей всех возрастов уроки вокала должны быть источником раскрепощения, оптимистического настроения, уверенности в своих силах, соматической стабилизацией и гармонизацией личности. В этом случае пение становится для ребенка эстетической ценностью, которая будет обогащать всю его дальнейшую жизнь.

Занятия пением:

- увеличивают звучность голоса;
- расширяют диапазон голоса;
- развивают музыкальный слух;
- улучшают дикцию;
- уменьшают утомляемость голоса.

Здоровьесберегающие технологии в дошкольном образовании направлены на решение задач сохранения, поддержания и обогащения здоровья субъектов педагогического процесса в ДОО: детей, педагогов и родителей.

Опираясь на исследования и опыт ведущих музыкантов-теоретиков и практиков, широко используя новейшие достижения музыкальной педагогики, мы выстроили систему развития певческих навыков дошкольников в работе по дополнительному образованию. С этой целью была разработана программа и организованы занятия с детьми 5—7 лет в кружке «Домисолька». Всего зачислено 12 воспитанников. Занятия проводятся во второй половине дня.

Наряду с играми и упражнениями на развитие певческого голоса разработаны интерактивные музыкальные пособия, позволяющие развивать показатели певческих навыков. В подборе песенного репертуара учитываются возрастные возможности детей.

Использование здоровьесберегающих технологий на занятиях по вокалу предполагает сохранение и укрепление здоровья детей путем природосообразного воздействия на психоэмоциональное состояние слушателей, повышение их креативности, приобретения ими нового средства эмоциональной экспрессии, самовыражения через пение.

Наши задачи — создавать условия для сохранения здоровья детей, развивать интерес к занятиям, включающим здоровьесберегающие технологии, внедрять их в ежедневный образовательный процесс и закреплять навыки, умения детей с целью улучшения физического здоровья, голосовых и музыкальных данных, а также здоровья психики и комфортного состояния в образовательном процессе.

Перечислим здоровьесберегающие технологии, которые мы применяем на занятиях.

• **Музыкотерапия** — психотерапевтический метод, основанный на воздействии музыки на психическое состояние человека, где она используется как лечеб-

ное средство. Музыка воздействует на определенные мозговые зоны и активизирует работу мозга в целом. Правильно подбирая музыкальное произведение, можно добиться эффекта расслабления или повышения активности. Вокальное творчество детей — один из ярких и наиболее активных проявлений музыкотерапии.

• **Вокалотерапия** предполагает использование на занятиях определенных дыхательных упражнений, которые кроме развивающих и обучающих задач решают и оздоровительные задачи. Свои занятия мы начинаем с оздоровительного массажа, включающего в себя энергичное постукивание гайморовых зон, расположенных над бровями и по бокам от переносицы. Затем выполняются дыхательные упражнения лечебной гимнастики, разработанной педагогом-вокалистом А.Н. Стрельниковой. Эти упражнения не только восстанавливают дыхание и голос, но и чрезвычайно благотворно воздействуют на организм в целом. Мы применяем также упражнения на развитие артикулярного аппарата — скороговорки, речевые упражнения, интонационно-фонопедические упражнения, способствующие развитию силы звука, расширению диапазона, постановке основных вокальных навыков (автор фонопедического

метода развития голосового аппарата В.В. Емельянов).

Вокалотерапия благотворно влияет на развитие голоса и всего организма в целом. Для детей с речевой патологией пение служит одним из факторов улучшения речи. Как средство лечения пение назначается детям с заболеланием дыхательных путей.

• **Ритмотерапия.** Чтобы добиться эмоциональной разрядки, снять умственную перегрузку и утомление на занятиях, применяются музыкально-ритмические и различные физические упражнения, физкультминутки под музыку, которые отлично снимают напряжение.

• **Улыбкотерапия.** На занятиях очень важна улыбка педагога и самого ребенка. Если ребенок поет и улыбается, за счет этого звук становится светлым, чистым и свободным. Вскоре улыбка внешняя становится внутренней, и воспитанник уже с ней смотрит на мир и людей по-другому.

• **Дыхательная гимнастика** перестраивает стереотип дыхательных движений, восстанавливает не только движение и пластичность мышц, участвующих в дыхании и фонации, но и укрепляет весь опорно-двигательный аппарат в целом; активно включает в работу все части тела: руки, ноги, голову, тазовый и плечевой пояс, брюшной пресс

и т.д., повышая общий мышечный тонус.

• **Артикуляционная гимнастика** укрепляет мышцы артикуляционного аппарата, развивает речевую активность. Помогают в работе скороговорки, речевые игры.

Позитивный настрой в творческом процессе, комфортное состояние детей на занятиях и здоровьесберегающие технологии — вот три основных «кита» вокального искусства, на которых строится образовательный процесс. Пение — одно из эффективных средств физического воспитания и развития детей. Общеизвестно, что голос служит своеобразным индикатором здоровья человека. В ходе работы над постановкой голоса развиваются органы дыхания, голосовые связки, артикуляция и дикция, положение тела во время пения (певческая установка) способствует формированию хорошей осанки. Правильный вдох (неподвижность плеч и грудной клетки) развивает дыхательную мускулатуру. Работа над удлинением выдоха создает условия для увеличения объема легких и их качественной вентиляции, способствует ровному дыханию.

Все это положительно влияет на общее состояние здоровья, а также развивает у детей

внимание, наблюдательность, дисциплинированность, ускоряет рост клеток, отвечающих за интеллект человека, повышает умственную активность мозга. Более того, правильный подбор дыхательных и голосовых упражнений обеспечивает качественное функционирование сердечно-сосудистой системы, поскольку большая нагрузка приходится на диафрагму, межреберные мышцы, мышцы брюшного пресса и т.д.

Несомненно, все вышеуказанные здоровьесберегающие технологии в области музыкального искусства, корректируя и укрепляя комфортное самочувствие детей, создают оптимальные условия для развития их духовной культуры.

Музыка — феноменальное явление, ее влияние удивительно. Мелодические звуки вершат чудеса: преобразуется душа, меняются состояние, настроение. Музыка властвует над нашими эмоциями, которые, оказываясь, даже побеждают физическую боль. Дети в течение всего дня подвержены различным эмоциональным воздействиям, перевозбуждению, беспокойству. Поэтому занятия пением способствуют регулированию эмоционального состояния детей. На занятиях вокалом мы подсказываем и даем указания

ребенку, как правильно пользоваться своим голосом.

Описанные выше здоровьесберегающие технологии мы используем и на музыкальных занятиях. В результате дети стали лучше, качественнее осваивать музыкальный материал, наблюдается тенденция к уменьшению количества заболеваний верхних дыхательных путей, повысились показатели их общего физического развития. Дошкольники стали более раскрепощенными. Воспитанники нашего детского сада поют теперь не только на занятиях, они принимают активное участие в городских и международных конкурсах. Хочется отметить значимые конкурсы для нашего детского сада:

- конкурс «Душа России» (2013 г., г. Йошкар-Ола, лауреаты II степени);
- Всероссийский конкурс «Звездная карусель» (2014 г., г. Зеленый дол, лауреаты III степени);
- Международный конкурс «Корнями в России» (2015 г., г. Йошкар-Ола, лауреаты II степени);
- Международный конкурс «Звездный Олимп» (2015 г., г. Чебоксары, лауреаты III степени);
- Всероссийский конкурс «Звездная карусель» (2015 г., г. Йошкар-Ола, лауреаты I степени).

Таким образом, наш опыт свидетельствует о том, что здоровьесберегающие технологии, используемые в работе по дополнительному образованию, не только развивают музыкальные способности, но и укрепляют здоровье детей.

Литература

- Арсеневская О.Н.* Система музыкально-оздоровительной работы в детском саду: занятия, игры, упражнения. Волгоград, 2009.
- Ветлугина Н.А.* Методика музыкального воспитания в детском саду. М., 1989.
- Гаврючина Л.В.* Здоровьесберегающие технологии в ДОУ. М., 2008.
- Емельянов В.В.* Фонопедический метод развития голоса. Первый уровень: развивающие голосовые игры. СПб., 1999.
- Картушина М.Ю.* Логоритмические занятия в детском саду. М., 2004.
- Картушина М.Ю.* Оздоровительные занятия с детьми 6—7 лет. М., 2008.
- Метлов Н.А.* Музыка детям: Пособие для воспитателя и музыкального руководителя. М., 1985.
- Подольская Е.И.* Формы оздоровления детей 4—7 лет. Волгоград, 2009.
- Стулова Г.П.* Развитие детского голоса в процессе обучения пению. М., 1992.
- Тютюнникова Т.Т.* Элементарное музицирование. Авторская программа. М., 2005.

Формирование осознанного отношения к своему здоровью на занятиях физической культурой и плаванием

Клюева Е.Л.,

*инструктор по физкультуре СП № 3 ГБОУ СОШ № 771,
Москва*

Самый верный путь к здоровью, физическому совершенствованию, красоте и долголетию — соблюдение правил режима дня, разумное сочетание здоровых отдыха, питания, творческого труда и физических упражнений. Физическое здоровье — важнейшая предпосылка к правильному формированию характера, проявлению инициативы, дарований и природных способностей. Развитие, обретаемое в движении, касается как двигательного аппарата, так и всех областей головного мозга и умственных способностей. И чтобы сохранить и укрепить здоровье, нужно хорошо знать свой организм, свои физические возможности, иметь представление о том, что полезно, а что вредно, а главное — грамотно и активно о нем заботиться. Только познавая свою природу, человек осознает свои возможности.

Навыки здорового образа жизни (ЗОЖ) у ребенка развиваются, как правило, не самопроизвольно, а в процессе систематического, целенаправленного воспитания и образования. Формирование ЗОЖ — развитие разнообразных навыков, правил, умений и знаний, которые дети могут применять на практике. Такой образ жизни создает у них мотивацию, стремление быть здоровым, ценить хорошее самочувствие, уметь защитить себя и своих сверстников от вредных влияний среды и нежелательных контактов.

По тому, как ребенок относится к здоровью своему и окружающих, можно судить о его гигиенической и общей культуре, ценностях и привычках. Все это возможно при правильном воспитании и обучении детей, начиная с раннего возраста. Детям необходимо дать достоверную и доходчи-

вую информацию о здоровье, ЗОЖ, позволить ее усвоить и затем выработать соответствующие умения и навыки.

Один из важных компонентов ЗОЖ — двигательная (физическая) активность. Ею можно заниматься в любое время и без ущерба для здоровья. Систематические занятия физической культурой и спортом закаляют организм, предохраняют его от различных болезней, в первую очередь, простудных. Для успешного физического воспитания прежде всего дети сами должны понимать его значение и роль в развитии и укреплении здоровья. Надежное средство сохранения здоровья — регулярные занятия физическими упражнениями, привычку к которым надо воспитывать с рождения. Поэтому, организуя физкультурно-оздоровительную работу, мы развиваем не только двигательные умения, навыки и физические качества, но и положительное отношение к ЗОЖ.

Формирование у детей такого отношения к миру движений предполагает наличие у них творческого воображения, развиваемого с помощью разнообразных средств, специально организованной двигательной деятельности, одной из форм которой выступает плавание.

В условиях образовательного учреждения типа детский сад — школа создаются наиболее благоприятные условия для всестороннего развития детей. В системе комплексной физкультурно-оздоровительной работы ГБОУ СОШ № 771 большое значение имеет обучение плаванию, которое благотворно влияет на организм ребенка. Его считают идеальным видом движения. И действительно, ни один вид спорта не имеет такого большого гигиенически-оздоровительного и лечебного значения, как плавание.

Занятия плаванием представляют собой звено целостного процесса физического воспитания. Обучение плаванию осуществляется в комплексе с другими формами физкультурно-оздоровительной работы, так как только сочетание занятий в бассейне с рациональным режимом деятельности и отдыха детей дает положительный результат в укреплении их здоровья и закаливании организма.

Очень часто при переходе дошкольников из детского сада в школу нарушается преемственность обучения. Меняются его программа, требования преподавателей, не всегда учитываются индивидуальные возможности ребенка. В условиях нашего учреждения сохраняется

целостность обучения, которая не теряется с переходом ребенка в школу.

Плавание как составная часть воспитательно-образовательного и коррекционного комплекса содействует оздоровлению и улучшает контроль за физическим развитием каждого ребенка с учетом его возрастных и физических особенностей. Оно способствует проведению тщательной коррекции отклонений в физическом развитии и максимальному приближению физического развития, двигательных умений и навыков каждого ребенка к его возрастной норме.

Очень важный момент — грамотное приобщение к воде. Методически правильный подход предусматривает обучение различным упражнениям, связанным с умением свободно чувствовать себя в воде, овладевать необходимыми знаниями, умениями, двигательными действиями на суше и в зале сухого плавания.

Организация занятий по воспитанию и формированию, сохранению и укреплению здоровья детей предусматривает активную практическую, самостоятельную и интеллектуальную их деятельность.

В увлекательной наглядно-практической форме обогащаются представления о здоровье,

организме и его потребностях, способах закаливания, о предупреждениях травматизма и различных заболеваний.

Тематические занятия:

- значение физических упражнений для здоровья человека;
- правила личной гигиены, безопасности на занятиях физической культурой и плаванием;
- двигательный режим;
- развитие физических качеств;
- индивидуальные подходы к заботе о здоровье;
- регулярность занятий физической культурой и плаванием;
- место физической культуры и плавания в здоровом образе жизни;
- правила безопасности при выполнении физических упражнений в спортивном зале, на пришкольном участке, в плавательном бассейне и открытых водоемах;
- основные правила закаливания и его значение для человека;
- первая помощь при травмах на занятиях и в повседневной жизни;
- традиции семейного физического воспитания.

Исследовательская деятельность включает в себя развитие любознательности, интереса и творческих способностей каж-

дого ребенка и основывается на создании спектра возможностей для моделирования, поиска и экспериментирования.

«Метод проектов» представляет собой новые педагогические технологии, предусматривает такую систему обучения, при которой дети получают знания и овладевают умениями в процессе выполнения системы постоянно усложняющихся и заранее спланированных практических заданий. Вместе со школьниками 3—4-х классов мы подготовили две проектные работы: «Влияние занятий плаванием на формирование правильной осанки» и «Азбука дыхания». Они обогащают представления детей об организме, его потребностях, здоровье. В этих проектах приняли участие дети подготовительной к школе группы детского сада.

Для исследовательской деятельности важен метод самообследования. Так, при ознакомлении с опорно-двигательным аппаратом человека дети выясняют, сколько костей входит в состав отдельных частей человеческого тела. Исследовательские действия помогли понять, что скелет человека — его основа, поддерживающая и защищающая все органы.

Изучая дыхательную систему, мы обнаружили, что легкие по-

хожи на виноградное дерево, а их работа напоминает «игру на гармошке».

Проекты способствуют закреплению полученных знаний, умений и навыков, развитию творческих познавательных способностей детей и их коммуникативных навыков. Ребенок заинтересован в результатах своих действий и несет за них ответственность.

На первом этапе школьники сами под руководством преподавателя изучали материал, подбирали иллюстрации. Затем они проводили занятия с дошкольниками.

В процессе совместной исследовательской деятельности успешно решаются задачи формирования у детей интереса к ЗОЖ, повышения уровня знаний по культуре здоровья. Через специально организованную двигательную активность ребенка (подвижные игры, игры-эстафеты, прикладное плавание) осуществляется непосредственное обучение детей элементарным приемам ЗОЖ:

- профилактическим методикам — оздоровительная, корригирующая, дыхательная гимнастики;
- простейшим навыкам оказания первой помощи при травмах; в дошкольном отделении, как в первом звене

непрерывного валеологического образования, предлагается выбор альтернативных форм и методов организации учебно-воспитательного процесса в игровой форме. Оздоровление детей идет параллельно с обучением и воспитанием соответствующей культуры здоровья и ЗОЖ. Результатом обучения детей служат новые знания, которые можно использовать в практике повседневных жизненных ситуаций;

- массовым оздоровительным мероприятиям: спортивно-оздоровительные и тематические праздники здоровья, недели здоровья. Праздники — неотъемлемая часть обучения плаванию, одно из приоритетных направлений по пропаганде ЗОЖ. Они создают условия для творческого проявления знаний и умений детей в веселых играх и соревнованиях, укрепления дружеских взаимоотношений в детском коллективе. Соревновательная часть программы праздника позволяет подвести итоги работы по обучению плаванию.

В нашем учреждении традиционно проводится мероприятие «Папа, мама, я — спортивная семья» по пропаганде ЗОЖ среди семей детей. Все роди-

тели хотят видеть своих детей здоровыми и счастливыми, но далеко не все задумываются о том, как сделать, чтобы они были в ладу с собой, окружающим миром, людьми. А между тем секрет этой гармонии прост — здоровый образ жизни, который включает в себя и поддержание физического здоровья, и отсутствие вредных привычек, и правильное питание, и радостное ощущение своего существования в этом мире, и стремление оказать помощь тем, кто в ней нуждается.

Стремление к игре и соревнованию присутствует и у ребенка, и у взрослого человека. Поэтому важно объединить детей в совместных играх с родителями. В подобных играх те и другие лучше познают друг друга, появляются взаимные симпатии, уважение и удовольствие от проведенных совместных досугов. Дети дошкольного и школьного отделений вместе с родителями всегда с удовольствием участвуют в спортивных праздниках и соревнованиях.

Таким образом, ЗОЖ всех членов семьи в настоящем — залог счастливой и благополучной жизни ребенка в гармонии с миром в будущем.

Занятия детей плаванием имеют большое оздоровительное и воспитательное значение, спо-

способствуют всестороннему развитию личности. И в этом плане возрастает роль форм, методов и приемов по развитию у детей плавательных навыков, использованию в практике нестандартных занятий.

Фигурное плавание представляет собой комплексы движений, составленных из элементов хореографии с использованием акробатических и гимнастических комбинаций для построения различных фигур на воде. Композиции составляются с учащимися (девочки 1—4-х классов), имеющими хорошую плавательную подготовку, умеющими на длительное время задерживать дыхание. Некоторые простые элементы движений могут выполняться старшими дошкольниками.

Движения выполняются под музыку. Музыкальное сопровождение повышает выразительность двигательных действий в воде, способствует их согласованности. Рисунки на воде возникают стихийно. Дети самостоятельно составляют их из простых знакомых упражнений, которые складываются в композицию.

Сначала, перед выполнением упражнений в воде, педагог вместе с детьми схематично зарисовывают упражнения, определяется место каждого ребенка

во время их выполнения. Все рисунки получают свое название. Одного термина достаточно, чтобы дети определили, где выполняется упражнение, из каких элементов состоит, какие дополнительные пособия должны быть в руках.

Красота танца зависит от фиксированных движений, правильной осанки, синхронного выполнения, положительного эмоционального настроения.

Формирует ЗОЖ и *соревновательная деятельность*. Основная форма валеологического воспитания — различные виды интегрированных занятий. Игра используется не только как развлечение, но и как средство освоения правильных двигательных навыков. Она значительно облегчает обучение, делает его не только полезным, но и приятным.

Игры содержат ранее разученные детьми элементы плавания и различные подготовительные к плаванию упражнения.

Игровой метод обеспечивает необходимую заинтересованность детей в обучении плаванию, позволяет увеличивать число повторений одних и тех же упражнений, использовать разнообразные исходные положения.

Все действия играющих имеют яркую эмоциональную окра-

ску. Выполняемые упражнения разнообразны и строятся от простого к сложному через игру и развитие естественных форм движений.

Система упражнений и игр, применяемая в обучении дошкольников и младших школьников, основывается на закономерностях поэтапного формирования соответствующих навыков. В игре ребенок растет и развивается, создается возможность применить полученные навыки и умения на практике. Ежедневное «тесное» общение с водой, причем в любое время года, — настоящий праздник для детей всех возрастов. Помимо ни с чем не сравнимого удовольствия каждый приход в бассейн означает еще и новый шаг вперед в серьезном деле — обучении плаванию.

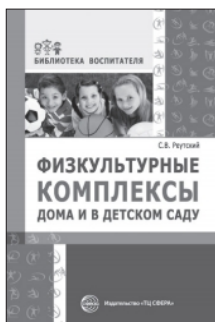
Формирование ЗОЖ — многоэтапный процесс гигиенического воспитания. Его конечная цель — достижение такого уровня здоровья, который обеспечивает активную и многолетнюю трудовую деятельность.

Валеологически культурный ребенок — тот, который может самостоятельно решать задачи ЗОЖ и безопасного поведения. Кульминационным моментом обучения здоровью служит готовность к действиям, т.е. готовность к ведению ЗОЖ.

Литература

- Гаврючина Л.В. Здоровьесберегающие технологии в ДОУ: Метод. пособие. М., 2008.
- Игровые модели досуга и оздоровления детей: разработки занятий; развивающие программы; проекты; тематические смены / Авт.-сост. Е.А. Радюк. Волгоград, 2008.
- Кулик Г.И., Сергиенко Н.Н. Школа здорового человека. Программа для ДОУ. М., 2006.
- Маханева М.Д., Баронова Г.В. Фигурное плавание в детском саду: Метод. пособие. М., 2009.
- Маханева М.Д. С физкультурой дружить — здоровым быть: Метод. пособие. М., 2009.
- Проектный метод в деятельности дошкольного учреждения: Пособие для руководителей и практических работников ДОУ / Авт.-сост. Л.С. Киселева и др. 3-е изд., испр. и доп. М., 2005.
- Сидорова И.В. Как научить ребёнка плавать: Практ. пособие. М., 2011.
- Физкультурно-оздоровительная работа в ДОУ: планирование, занятия, упражнения, спортивно-досуговые мероприятия / Авт.-сост. О.Ф. Горбатенко, Т.А. Кардаильская, Г.П. Попова. Волгоград, 2008.
- Формирование здорового образа жизни у дошкольников: планирование, система работы / Авт.-сост. Т.Г. Каропова. Волгоград, 2011.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги по физическому развитию ребенка



ФИЗКУЛЬТУРНЫЕ КОМПЛЕКСЫ ДОМА И В ДЕТСКОМ САДУ

Автор — Реутский С.В.

Когда физкультурный комплекс достаточно сложно и интересно устроен, он привлекает ребенка, заставляет сосредоточиться. Комплекс можно творчески переустроить, давая простор для фантазии и игры.

В книге обсуждаются способы организации занятий с детьми, позволяющие не тормозить действия ребенка чрезмерными родительскими и учительскими страхами, но и не переусердствовать, принуждая к непосильным физическим и психологическим нагрузкам.

Автор сопоставляет возможности физкультурных занятий в семье и детском саду, предлагая различные модели сотрудничества педагогов и родителей.



ДЕТСКИЙ ФИТНЕС

Физкультурные занятия для детей 3—5 лет

Автор — Сулим Е.В.

В книге представлен оригинальный материал, предназначенный для повышения интереса детей к физкультурным занятиям за счет введения новых нетрадиционных занятий — фитнес-тренировок.

Представлены календарно-перспективное планирование физкультурных занятий в младшей и средней группах, комплексы фитнес-тренировки, разработанные на весь учебный год с методическими рекомендациями. В приложении даются упражнения тренирующего характера (веселая зарядка), комплексы ОРУ, подвижные игры и игры малой подвижности.



ЗАНЯТИЯ В БАСЕЙНЕ С ДОШКОЛЬНИКАМИ

Автор — Рыбак М.В.

В книге представлена образовательная программа по плаванию «Морская звезда» для детей старшего дошкольного возраста. Раскрывается структура занятий и специфика обучения плаванию.

Для реализации задач по обучению плаванию представлены разнообразные комплексы упражнений, подвижные игры, дыхательная, релаксационная гимнастика, образно-игровая форма упражнений в стихах и загадках, игры на воде с нестандартным оборудованием.

Наш адрес: 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3

Тел.: (495) 656-75-05, 656-73-00

E-mail: sfera@tc-sfera.ru

Сайты: www.tc-sfera.ru, www.apcards.ru, www.sfera-podpiska.ru

Сенситивные периоды развития ребенка (по Л.С. Выготскому)

Лункина Е.Н.,
учитель-логопед д/с «Волшебный замок», ЦАО,
Москва

Понятие «сенситивные периоды развития ребенка» было введено выдающимся отечественным психологом, психолингвистом, дефектологом, ученым с мировым именем Л.С. Выготским (1896—1934). Он разработал понятие «психологические системы», под которыми понимались целостные образования в виде различных форм межфункциональных связей (например, между мышлением и памятью, мышлением и речью).

Огромный вклад Л.С. Выготского в детскую психологию — введение понятия «зона ближайшего развития». Согласно ученому, это область не созревших, но созревающих процессов, которые можно назвать «почками развития». «Зона ближайшего развития» ставит перед ребенком большие задачи, решить которые он способен лишь с помощью взрослого, в ходе их совместной деятельности. Л.С. Выготский пришел к выводу, что *обучение* ребенка должно предшествовать, забегать вперед, подтягивать и вести за собой *развитие*. Это утверждение стало аксиомой в детской психологии и педагогике.

Следующим важным открытием гениального ученого в детской психологии стало возрастное определение периодов в жизни ребенка, наиболее благоприятных для развития тех или иных функций индивидуума. Эти знания необходимы для педагогов и родителей, чтобы не упустить период, наиболее благоприятный для обучения ребенка, чтобы те «развивающиеся почки», которые представляют собой созревающие процессы в «зоне ближайшего развития», могли в полной мере развиться и обогатить физические, интеллектуальные, эмоциональные, социальные и культурные возможности в будущей жизни ребенка.



Одинаковых детей не существует, даже близнецы сильно отличаются друг от друга. У каждого индивидуальные свойства психики, способности и интересы.

Однако в жизни каждого малыша есть периоды, в которых самой физиологией созданы максимально оптимальные условия и возможности для развития у ребенка определенных свойств психики, восприимчивости к приобретению определенных знаний и умений. Эти периоды называются *сенситивными*.

Сенситивность (от лат. *sensitivus* — чувствительный) — оптимальное сочетание условий для развития психических процессов, присущих определенному возрастному периоду. В сенситивные периоды есть большая возможность предельно развить способности детей.

Еще одно определение сенситивного периода может быть сформулировано следующим образом. Сенситивный период — определенный период жизни ребенка, в котором созданы оптимальные условия для развития у него определенных психологических качеств и видов деятельности.

Периоды эти ограничены по времени, следовательно, пропустив этапы психического

развития, в будущем придется затрачивать немало усилий и времени, чтобы восполнить пробел в развитии определенных функций. Некоторые психические функции могут так и не развиваться. Примером тому служат многочисленные случаи детей, выросших в стае животных. Когда их вернули в общество, то никакими реабилитационными методами не смогли научить полноценной речи и адаптации в новых для них условиях. Все их поведение копировало жизнь и привычки животных.

Таким образом, сенситивный период — время максимальных возможностей для наиболее действенного формирования какого-либо свойства психики, период наиболее высокой пластичности. Он показывает свою способность к изменчивости согласно специфике внешних обстоятельств.

В определенные сенситивные периоды происходит резкое увеличение чувствительности к определенным внешним влияниям из-за высокой пластичности нервной системы ребенка.

Возрастная сенситивность — свойственное определенному возрасту сочетание условий для формирования конкретных процессов психики. Например, для развития речи у детей сенситивный период приходится

на 1,5 года. Именно в это время нужно уделять ребенку повышенное внимание со стороны взрослых, гармонично воспитывая и развивая его. Поэтому необыкновенно важно для становления человека в первые годы его жизни окружение, разнообразие деятельности, интересов и эмоций. Недостаток полученных в детстве эмоций, знаний, умений, физического и психического развития будет невосполнимым пробелом в дальнейшей жизни.

Для начала нужно разобраться, сколько этих периодов у ребенка, в каком возрасте они наступают, какие именно знания ребенок легко воспринимает в каждом из них.

Периоды максимальных возможностей и условий для развития у детей определенных свойств психики и восприимчивости к приобретению знаний и умений

1,5—3 года. Период яркого восприятия речи, пополнения словарного запаса. В этом возрасте ребенок очень восприимчив к изучению иностранных языков. Также он благоприятен для развития моторики, манипуляций с предметами, восприятия порядка;

3—4 года. Этот период наиболее благоприятен для ознакомления со знаковым обозначением цифр и букв, подготовке к письму. Развиваются осознанная речь и понимание собственной мысли, идет интенсивное развитие органов чувств;

4—5 лет. Этот период знаменуется развитием интереса к музыке и математике. Увеличивается активность ребенка в восприятии письма, цвета, формы, размера предметов, происходит интенсивное социальное развитие;

5—6 лет. Наиболее благоприятный период для перехода от письма к чтению. Этот период очень важен для привития ребенку социальных навыков и поведения;

8—9 лет. В этот период языковые способности вторично достигают пика. Он также имеет большое значение для развития воображения и культурного образования.

На разных этапах сенситивного развития ребенка изменения в его психике могут проходить как постепенно и замедленно, так быстро и резко. Соответственно этому выделяются стабильные и кризисные стадии развития. Их еще называют поворотными моментами в развитии, или кризисами, если они протекают стремительно. В эти периоды ребенок особенно восприимчив к

получению знаний и жизненных навыков. В организме ребенка происходят изменения, которые проявляются повышенной чувствительностью и ранимостью. На возникновение этих периодов мы повлиять не можем, поскольку это заложено человеческой природой. Но родители и педагоги должны (даже обязаны) предельно продуктивно использовать их для развития своего ребенка.

При стабильной стадии развития характерно плавное, без резких сдвигов и перемен поведение ребенка. Это может быть даже незаметно для его окружения. Но эти перемены накапливаются и в конце периода дают качественный скачок в развитии.

Стабильные этапы чередуются с кризисными. Кризисные периоды длятся недолго (от нескольких месяцев до 1—2 лет в зависимости от мудрости педагогов и такта родителей). Это чаще всего краткие, но бурные стадии. В кризисные периоды происходят значительные изменения личности ребенка. Сам кризис начинается и завершается незаметно, его границы размыты, неотчетливы. Обострение наступает в середине сенситивного периода. Родители видят резкие изменения в поведении, интересах, ребенок выходит из-под контроля взрослых.

Индивидуальных различий во время кризисов гораздо больше, чем в стабильные периоды. В это время обостряются противоречия, с одной стороны, между взрослыми потребностями ребенка и его все еще ограниченными возможностями, и с другой — между новыми потребностями и сложившимися ранее отношениями со взрослыми. Современными психологами эти противоречия рассматриваются как движущие силы психического развития.

По мнению Л.С. Выготского, самыми важными служат три сенситивных периода (кризисных момента) — 1 год, 3 и 7 лет. Педагоги и родители должны знать о кризисных моментах в жизни ребенка и своевременно подготовиться к ним для обеспечения наибольшего удовлетворения потребностей малыша в каждом сенситивном периоде.

Возрастная сенситивность свойственна конкретному возрастному этапу, это наилучшее сочетание условий для формирования конкретных свойств или процессов психики.

Возрастная периодизация (по Л.С. Выготскому)

- Кризис новорожденности — младенчество (от 2 мес. до 1 года).

В 1,5—2,5 мес. формируется мелкая моторика, развивается

сенсорная область, ребенок познает мир, используя слуховые и тактильные ощущения.

- Кризис 1 года — раннее детство (1—3 года).

Появляются новые виды общения, происходит разрыв психологического единства «мать — дитя», развиваются речь и умственные способности. Ведущий вид деятельности — эмоционально-непосредственное общение младенца со взрослым.

От 1 до 3 лет — сенситивный период для развития речевых способностей. Ребенок слушает, накапливает пассивный словарный запас, затем уже появляется речь, которая носит предметный характер. Развивается способность выражать свои желания и чувства.

В 2,5—3 года ребенок часто разговаривает сам с собой, что способствует развитию логического мышления, последовательности в речи. Со временем такие монологи он ведет уже мысленно.

- Кризис 3 лет — дошкольный возраст (от 3 до 7 лет).

Ведущий вид деятельности — орудийно-предметный. Формируются самооценка и самосознание, происходит становление личности. От 3 до 7 лет ребенок включается во взрослую жизнь, в разные виды деятельности, сам выбирает во что играть

и свою роль в игре; интересуется звуками и буквами, т.е. их графическим изображением в виде символов. Активно развиваются воображение и отображение впечатлений об окружающем мире, взаимодействие с окружающими, общение. Ведущий вид деятельности — сюжетно-ролевая игра.

- Кризис 7 лет — школьный возраст (от 7 до 13 лет).

Ведущий вид деятельности — учебный. Развиваются психика, мышление, специальные способности, личность ребенка и его межличностные отношения.

- Кризис 13 лет — пубертатный возраст (13—17 лет).

Ведущий вид деятельности — личностное общение подростков.

- Кризис 17 лет — юношеский возраст (17—21 год).

Ведущий вид деятельности — профессионально-учебный.

По мнению Л.С. Выготского, в эти моменты ребенку необходимо уделять повышенное внимание со стороны взрослых. В кризисные периоды ребенок становится восприимчив к приобретению определенных знаний и умений.

И хотя развитие интеллекта человека продолжается и во взрослой жизни, в детстве это происходит намного легче и естественнее. Родителям стоит

обратить внимание на наступление каждого из этих периодов и своевременно подготовить базу и окружающую среду для наибольшего удовлетворения потребностей ребенка на каждой стадии его развития.

Вспомним сказку Р. Кипплинга «Книга джунглей» и ее героя — Маугли, воспитанного в звериной стае. Замысел этой книги у автора возник не на пустом месте. В настоящее время существует около 4 тыс. официальных свидетельств подобных случаев. «Дети джунглей» оказались с самого раннего возраста в стае зверей (чаще волков) и не имели ни речевого, ни социального опыта в поведении и общении. После того как они были возвращены в нормальные условия жизни, несмотря на усиленный уход и специальные занятия с ними, вернуть их в человеческое общество уже не представлялось возможным. Максимальное количество слов, которому удалось научить всего нескольких таких детей, составляло не более 45. А их навыки человеческого существования после реабилитационного периода были скорее дрессировкой, как у домашних животных. Дети, находившиеся в среде животных первые 6 лет жизни, практически уже не смогут освоить человеческую речь, осмысленно общаться с други-

ми людьми, ходить прямо и пр. Реабилитация ни в одном случае не была полноценной. Навыки животных (хождение на четвереньках, сыроедение, звериные звуки и привычки), приобретенные в раннем возрасте, сыграли для этих детей решающую роль.

Дело в том, что самые ответственные сенситивные периоды становления личности человека были безвозвратно пропущены. Именно в первые 5—7 лет жизни ребенок получает 70% всей жизненной информации. И если в этот период он оказывается в волчьей стае, то и вырастет волком. Звериные навыки, обретенные детьми, которые оказались с младенчества среди зверей, впечатываются в психику и физиологию, а человеческие навыки привить уже фактически невозможно, т.е. полноценными людьми такие дети уже никогда не будут.

Мудрецы считали, что каждый ребенок заговорит на языке своих родителей, даже если его этому никто не будет учить. Ребенок индийца заговорит на индийском языке, ребенок непальца — на непальском и т.п. Падишах усомнился в этом и решил поставить жестокий опыт: несколько грудных детей поселили в отдельных комнатах, а ухаживали за ними глухонемые слуги. Через семь лет вошедший

падишах с мудрецами слышали бессвязные крики, вопли, шипение и мяуканье молодых звероподобных существ.

Все это лишний раз доказывает, насколько важны для развития ребенка и его речи первые годы жизни.

Приведенные примеры как нельзя лучше доказывают правомерность существования сенситивных периодов в жизни каждого ребенка. Пропущенные по разным причинам, они будут невосполнимым пробелом на протяжении всей жизни человека.

Современный всемирно известный японский педагог-практик Масару Ибуки озаглавил свою книгу по детской психологии «После трех уже поздно». В своем труде ученый пишет о том, что ключ к развитию умственных способностей ребенка — его личный опыт познания в первые три года жизни. Все зависит от стимуляции и степени развития головного мозга в решающие годы жизни ребенка. Здесь мы вновь видим подтверждение теории Л.С. Выготского о решающих сенситивных периодах в жизни ребенка и их значении в формировании личности.

Пластичность мозга ребенка раннего возраста (от 0 до 3 лет), психофизиологически оптимальные условия (сенситивные периоды) формирования эмо-

ций, интеллекта, речи и личности определяют большие потенциальные возможности. Хотя японский ученый ставит акцент на двух (из трех основных, по Л.С. Выготскому) кризисных периодах развития — 1 год и 3 года, тем не менее понятно, что без прочной базы развития личности индивидуума в первые два сенситивных периода (до 3 лет) мы теряем возможность всеобъемлющего развития умственных способностей ребенка. Только реализация всех возможностей предыдущей стадии обеспечивает благоприятный переход к новой стадии развития.

Л.С. Выготский писал, что новое не падает с неба, а появляется закономерно, подготовленное всем ходом предшествующего развития. Источником же развития служит социальная среда, в которой находится ребенок.

Ученики и последователи Л.С. Выготского (П.Я. Гальперин, Л.В. Занков, А.В. Запорожец, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, Д.Б. Эльконин и др.) продолжают руководствоваться его трудами и, базируясь на его исследованиях, продолжают развивать концепции раннего развития личности ребенка.

Итак, можно сделать следующие выводы. Сенситивные периоды — возможность предель-

но развить способности детей в конкретном возрасте, при этом обращая внимание на качественность их развития. Это наиболее ответственные этапы развития детей.

Стоит заметить, что данные периоды наступают у каждого ребенка, но время их появления и продолжительность индивидуальны, на их возникновение не могут влиять ни педагоги, ни родители. При верном подходе можно продуктивно их применять для дальнейшего развития определенных способностей или типа деятельности. Именно поэтому на определенных возрастных этапах следует уделять большее внимание конкретной области, стараясь при этом развивать качественную составляющую способностей вашего ребенка.

Нужно не ускорять, а обогащать психическое развитие, расширять возможности ребенка в свойственных его возрасту видах деятельности. Важно создавать необходимые условия, при которых дети смогут проявить способности. Не следует ограничивать деятельность малыша, нужно предоставлять ему возможность свободного творческого проявления.

Родителям и педагогам следует четко понимать, что чем больше круг интересов ребенка, тем

более гармоничным он вырастет. Особенность развития ребенка заключается в том, что все новые умения, знания, навыки накладываются на уже изученные. В эти моменты ребенку необходимо уделять повышенное внимание со стороны взрослых.

Литература

- Богданович Т.Г., Корнилова Т.В.* Диагностика познавательной сферы. М., 1994.
- Божович Л.И.* Личность и ее формирование в детском возрасте. М., 1968.
- Венгер Л.А., Венгер А.Л.* Готов ли ваш ребенок к школе? М., 1994.
- Возрастная и педагогическая психология / Под ред. А.В. Петровского. М., 1973.
- Выготский Л.С.* Собрание сочинений: В 6 т. Т. 2, 5. М., 1982.
- Гальперин П.Я.* Методы обучения и умственного развития ребенка. М., 1985.
- Гальперин П.Я.* Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий. Воронеж, 1998.
- Гуткина Н.И.* Психологическая готовность к школе. М., 1993.
- Мухина В.С.* Возрастная психология. М., 1999.
- Эльконин Д.Б.* Диагностика учебной деятельности и интеллектуального развития детей. М., 1981.
- Эльконин Д.Б., Божович Л.И.* Развитие мотивов учения у детей 6—7 лет. Волгоград, 1999.

Реабилитация иммунокомпromетированных часто и длительно болеющих детей

Ганузин В.М.,

*канд. мед. наук, доцент кафедры поликлинической педиатрии
ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения РФ,
г. Ярославль*

Детей, подверженных частым острым респираторным заболеваниям (ОРЗ), принято называть часто болеющими. Иногда, чтобы подчеркнуть особенности течения респираторных инфекций (их затяжной характер) у этой категории, используется термин «часто и длительно болеющие дети». Таким образом, часто болеющие дети (ЧБД) — группа детей, характеризующаяся более высоким по сравнению со сверстниками уровнем заболеваемости острыми респираторными инфекциями. К ЧБД относят детей, у которых частые ОРЗ возникают в силу эпидемиологических причин из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма [4].

Актуальность проблемы обусловлена высокой распространенностью синдрома ЧБД. Среди детей раннего возраста, по-

сещающих ДОО, в группу ЧБД могут входить до 50% детей. В.Ю. Альбицкий и А.А. Баранов (Горьковский НИИ педиатрии) разработали возрастные критерии включения детей в группу ЧБД: для детей до 1 года — 4 и более острых заболеваний в год; для детей от 1 года до 3 лет — 6 и более острых заболеваний в год; для детей 4—5 лет — 5 и более острых заболеваний в год; для детей старше 5 лет — 4 и более эпизодов острых заболеваний в год [1].

Среди детей с частыми респираторными заболеваниями выделяют группу *иммунокомпromетированных часто и длительно болеющих детей*. Ведущие клинические критерии иммунокомпromетированных часто болеющих детей: резистентность (неотвечаемость или плохая отвечаемость) на традиционную терапию ОРЗ; частота

повторных инфекций, превышающая допустимый возрастной уровень (от 6 до 24 раз в год; длительность ОРЗ превышает 7 дней); сопровождение ОРВИ обострениями хронических очагов бактериальной инфекции: хронических тонзиллита, риносинусита и др.); осложнение ОРВИ повторными пневмониями бактериальной этиологии, резистентными или плохо отвечающими на традиционную терапию.

Нарушения иммунитета у иммунокомпрометированных часто болеющих детей связаны с дефектами гуморального и клеточного иммунитета. Поэтому формирование контингента иммунокомпрометированных часто болеющих детей преимущественно связано с персистенцией вирусных и бактериальных агентов на фоне нарушения иммунитета. Вероятно, на формирование этой группы влияет и генетическая предрасположенность, реализующаяся под воздействием неблагоприятных условий внешней среды.

Для профилактики частых заболеваний у детей, относящихся к группе риска, могут быть полезны следующие рекомендации: подготовка ребенка и родителей участковым педиатром к поступлению в ДОО, оформление детей из группы риска по

синдрому частых заболеваний в детский сад не ранее 2,5—3 лет, организация оптимальной системы мероприятий в ДОО в период адаптации для вновь принятых детей.

Реабилитация иммунокомпрометированных часто болеющих детей включает:

- здоровый образ жизни семьи и ребенка: возрастной режим дня и полноценный, достаточный по длительности сон; исключение переутомления и перевозбуждения, ограничение посещения мест большого скопления людей;
- рациональное, полноценное питание, учитывающее возрастные особенности ребенка, склонность к аллергическим реакциям;
- достаточная физическая активность: возрастные комплексы массажа и лечебной гимнастики;
- достаточное, не менее 4 ч в сутки, пребывание на свежем воздухе и предотвращение контакта ребенка с источниками инфекции;
- закаливающие процедуры;
- вакцинопрофилактика против вируса гриппа (Ваксигрипп, Флюарикс, Гриппол, Инфлювак, Агриппал — с 6 мес.), гемофильной палочки (АктХИБ и Хиберикс — с 3 мес.), пневмококка (конъюгирован-

ные пневмококковые вакцины 10- и 13-валентные — от 2 мес. до 5 лет);

— медикаментозная коррекция.

Иммуномодулирующая терапия иммунокомпromетированных часто болеющих детей включает в себя курсы витаминотерапии. Поэтому детям рационально назначать в осенне-зимне-весенний период 20—30-дневные курсы витаминов, обладающих иммуномодулирующим эффектом (А, D, С, В₁, В₆, В₁₂) в сочетании с потенциальными иммуностимуляторами (витамины Е, К, В₂, пантотеновая кислота) [7].

Интерфероны. В настоящее время достоверно показано, что состояние системного иммунитета у больных острыми инфекционными заболеваниями зависит от выраженности острой воспалительной интоксикации. Выявляемые у болеющих респираторными инфекциями пациентов параметры измененного иммунного статуса запускают механизмы формирования хронической воспалительной патологии. Сказанное позволяет считать иммуномодулирующую и дезинтоксикационную терапию важной составляющей лечения и реабилитации больных ОРВИ детей [2].

Этиопатогенетическое лечение ОРЗ у ЧБД включает проти-

вовирусную терапию. Детям до 7 лет назначают *Генферон Лайт* по 125 000 МЕ 2 раза в день; детям старше 7 лет — по 250 000 МЕ 2 раза в день в свечах ректально в течение 5 дней. Другим препаратом из группы интерферонов является комплексный препарат рекомбинантного интерферона-альфа-2b (ИНФ-альфа) с антиоксидантами — *Виферон*. Его назначают детям до 7 лет по 150 000 МЕ 2 раза в день, детям старше 7 лет — по 500 000 МЕ 2 раза в день в свечах ректально в течение 5 дней. Одновременно в остром периоде можно назначить обрабатывать ротоглотку и интраназально использовать мазь Виферон 2—4 раза в день.

Группа иммуномодуляторов. Иммуномодуляторы — лекарственные средства, которые в терапевтических дозах восстанавливают нарушенную иммунную защиту организма от инфекционных агентов. Установлено, что клинический эффект иммуномодуляторов зависит от особенностей химического состава и механизмов их действия на различные звенья иммунного ответа.

Полиоксидоний — отечественный иммуномодулятор, применяемый при лечении детей с патологией лимфоидного кольца. Он обеспечивает высокий клинический эффект,

коррелирующий с нормализацией клинико-лабораторных и иммунологических показателей. В России препарат включен в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств.

Полиоксидоний назначают как в острой фазе, так и в фазе ремиссии заболевания. Он клинически эффективен при любых заболеваниях, протекающих в сочетании с вторичной иммунной недостаточностью (затяжное, часто рецидивирующее течение болезни, отсутствие адекватного ответа на стандартное лечение, раннее присоединение осложнений). Препарат служит не только классическим иммуномодулятором, но и обладает выраженными антиоксидантными, детоксицирующими, мембранопротекторными и хелатирующими фармакологическими эффектами. Он улучшает функциональную активность нейтрофилов, поглощает и убивает *Staphylococcus aureus*, повышает естественную резистентность организма к бактериальным и вирусным инфекциям.

Детоксицирующие свойства препарата обусловлены особенностями строения молекулы — высокой молекулярной массой, большим количеством разных активных групп на его поверхности, которые интенсивно ад-

сорбируют циркулирующие в крови растворимые токсические субстанции и микрочастицы, снижая концентрацию токсических веществ в крови. Полиоксидоний активизирует резидентные макрофаги ретикулоэндотелиальной системы, что ведет к более быстрой элиминации из организма чужеродных агентов. Антиоксидантные свойства препарата связаны с его способностью к перехвату в водной среде активных форм кислорода и перекиси водорода.

В настоящее время накоплен большой клинический опыт использования Полиоксидония в острый период респираторных заболеваний и для их профилактики. Препарат выпускается в разных формах: лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и местного (интраназального и сублингвального) применения 3 и 6 мг (применяется для детей от 6 мес. в дозе 0,1—0,15 мг/кг), суппозитории 6 и 12 мг (применяются для детей от 6 лет в дозе 0,2—0,25 мг/кг), таблетки 12 мг (применяются сублингвально и перорально для детей от 12 лет) [3; 6].

Способы применения: парентерально, интраназально, сублингвально и ректально. Способы применения выбираются врачом в зависимости от диагноза, тяжести заболевания, возраста и

массы тела больного. *Парентерально* препарат назначают детям от 6 мес. в дозе 3 мг (в/м или в/в капельно 0,1—0,15 мг/кг) ежедневно, через день или 2 раза в неделю курсом 5—10 инъекций. Для внутримышечного введения препарат растворяют в 1 мл воды для инъекций или 0,9% растворе натрия хлорида.

Интраназально и сублингвально Полиоксидоний применяется следующим образом. Ежедневно в течение 5—10 дней в суточной дозе 0,15 мг/кг для детей 3—6 лет (уменьшает выраженность клинических симптомов ОРВИ, ее продолжительность, предупреждает развитие осложнений заболевания) [2]. Препарат вводят по 1—3 капли в каждый носовой ход или под язык через каждые 2—3 ч. Для приготовления раствора для интраназального и сублингвального применения дозу 3 мг растворяют в 1 мл (20 капель), дозу 6 мг — в 2 мл дистиллированной воды, 0,9% раствора хлорида натрия или кипяченой воды комнатной температуры. В одной капле приготовленного раствора (50 мкл) содержится 0,15 мг препарата, которые назначают на 1 кг массы тела ребенка. С учетом высокого профиля безопасности и клинико-иммунологической эффективности, Полиоксидоний (таблетки по 12 мг) можно

рекомендовать для применения в педиатрической практике для часто и длительно болеющих детей с 3 лет по схеме: детям от 3 до 9 лет по 6 мг и детям от 10 до 14 лет по 12 мг 2 раза в день сублингвально в течение 7 дней [6].

Рекомендуемые схемы лечения детей: при острых воспалительных заболеваниях: по 0,1 мг/кг через день курсом 5—7 инъекций; при хронических воспалительных заболеваниях: по 0,15 мг/кг 2 раза в неделю курсом до 10 инъекций; для лечения осложненных форм аллергических заболеваний в сочетании с базисной терапией: в/м по 0,1 мг/кг курсом 5 инъекций с интервалом 1—2 дня.

Интраназально Полиоксидоний вводят по 1—3 капли в каждый носовой ход с интервалом в 2—3 ч (2—4 раза в сутки). Для интраназального и сублингвального введения расчет суточной дозы для детей представлен в таблице.

Таблица

Масса тела ребенка, кг	Количество капель в сутки	Объем вводимого раствора, мл
5	5	0,25
10	10	0,5
15	15	0,75
20	20	1,0

Сублингвально по всем показаниям Полиоксидоний назначают ежедневно в суточной дозе 0,15 мг/кг в течение 10 дней, для лечения дисбактериоза кишечника — в течение 10—20 дней. Капают 1—3 капли под язык через 2—3 ч.

Суппозитории 6 мг применяются: для детей старше 6 лет ректально — по 1 свече 1 раз в сутки (после очищения кишечника), ежедневно в течение 3 дней, затем — через день, курс — 10—20 суппозитория. При необходимости курс лечения повторяют через 3—4 мес.

Для больных, длительно получающих иммуносупрессивную терапию, онкологических больных, а также имеющих приобретенный дефект иммунной системы (ВИЧ, подвергшихся облучению) показана длительная от 2—3 мес. до 1 года поддерживающая терапия Полиоксидонием (детям старше 6 лет — по 6 мг 1—2 раза в неделю).

Рекомендуемые схемы применения Полиоксидония в составе комплексной терапии: при аллергических заболеваниях, осложненных рецидивирующей бактериальной и вирусной инфекцией в стадии обострения — по стандартной схеме, в стадии ремиссии — по 1 свече через 1—2 дня, общим курсом 10—15 суппозитория; на фоне химио- и

лучевой терапии опухолей — по 1 свече ежедневно за 2—3 дня до начала курса терапии, далее частота введения суппозитория определяется врачом в зависимости от переносимости и длительности химио- и лучевой терапии; для реабилитации часто (более 4—5 раз в год) и длительно болеющих детей, при ревматоидном артрите — по 1 свече через день, курс лечения 10—15 суппозитория; для коррекции вторичных иммунодефицитов — по 1 свече 2 раза в неделю, курс — не менее 10 суппозитория 2—3 раза в год.

Имунорикс — синтетический иммуномодулирующий препарат пептидной структуры, стимулирующий и регулирующий клеточный иммунитет. Доза для перорального приема для детей старше 3 лет в острую фазу по 400 мг (1 флакон) 2 раза в сутки за 2 ч до или 2 ч после приема пищи в течение двух недель; далее поддерживающая терапия по 400 мг (1 флакон) 1 раз в сутки в течение 60 дней. Для профилактики частых заболеваний — по 400 мг (1 флакон) 1 раз в сутки в течение 60 дней [5].

При рецидивирующих воспалительных заболеваниях бактериальной этиологии ЛОР-органов и легких в осенний период времени года с профилактической целью можно ис-

пользовать и бактериальные иммунокорректоры.

Рибомунил назначают вне зависимости от возраста детям старше 6 мес., по 1 дозе утром, натощак. В первый месяц лечения Рибомунил принимают ежедневно 4 дня в неделю в течение трех недель. В последующие 5 мес. — в первые 4 дня каждого месяца.

Бронхо-мунал назначают детям от 6 мес. до 12 лет — по 3,5 мг, детям старше 12 лет — 7 мг утром, натощак, 1 раз в день в течение 10 дней, затем через 20-дневный интервал еще 2 раза по 10 дней.

Имудон — детям старше 3 лет по 1 таблетке для рассасывания 4 раза в день курсом 20 дней. Эти препараты назначают за 2—3 мес. до начала повышенной заболеваемости ОРЗ, т.е. в конце сентября — ноябре. *Они эффективны при условии сохранного гуморального иммунитета и не показаны при наличии у детей аутоиммунных заболеваний.*

Назначение вышеприведенных препаратов не требует предварительного иммунологического обследования, что позволяет расширить возможности фармакологической иммунокоррекции при оздоровлении ЧБД. Следует подчеркнуть, что применять эти препараты мож-

но только после консультации и по назначению врача.

Литература

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Камаев И.А. Часто болеющие дети. Н. Новгород, 2003.
2. Вавилова В.П., Вавилов А.М., Черкаева А.Х. Возможности современной терапии острых респираторных вирусных инфекций у детей // Consilium Medicum. 2015. № 3.
3. Варфоломеева М.И., Сетдикова Н.Х. Современные возможности иммуномодулирующей терапии в профилактике и лечении острых респираторных инфекций // Consilium Medicum. 2015. № 3.
4. Самсыгина Г.А., Коваль Г.С. Часто болеющие дети: проблемы диагностики, патогенеза и терапии // Лечащий врач. 2009. № 1.
5. Сорока Н.Д. Повторные респираторные заболевания в детском возрасте: иммунотерапия с помощью препарата пидотимод (Имунорикс). Consilium medicum // Педиатрия. 2010. № 3.
6. Харламова Ф.С. и др. Опыт применения иммуномодулятора Полиоксидоний для лечения ОРИ у детей // Эффективная фармакотерапия. 2013. № 11.
7. Черная Н.Л. Часто болеющие дети. Избранные вопросы педиатрии: межрегиональный сборник лекций. Ярославль, 2010.

Носовые кровотечения у детей

Бырихина В.В.,

*канд. мед. наук, доцент кафедры оториноларингологии
ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения РФ», г. Ярославль*

Носовое кровотечение (НК), или эпистаксис (*epistaxis*, от греч. «капля за каплей»), занимает важное место среди патологии ЛОР-органов у детей. По данным отечественных авторов, она занимает первое место по частоте среди самопроизвольных кровотечений и составляет 3—5% от общего числа госпитализированных в ЛОР-стационары. Различий по числу и характеру НК при прочих равных условиях между мальчиками и девочками нет.

Как правило, НК встречаются у детей в возрасте от 2 до 10 лет, с пиком от 3 до 8 лет. У детей кровотечение из носа наблюдаются в 4—5 раз чаще, чем у взрослых. Как часто они возникают, доподлинно неизвестно, поскольку лишь небольшое число пациентов обращаются к врачу.

Носовые кровотечения обычно возникают внезапно. В большинстве случаев они не опасны для жизни, но могут сопровождаться значительной кровопотерей, пугающей как самого ребенка, так и окружающих. Это обусловлено определенными

анатомо-физиологическими особенностями.

Нос ребенка относительно мал. Носовые ходы узкие. Слизистая оболочка полости носа нежная, рыхлая, легко повреждается. Для обеспечения основных функций по согреванию и очищению воздуха, обезвреживанию микробов и вирусов слизистая оболочка имеет обильное кровоснабжение. Полость носа кровоснабжается системой внутренней и наружной сонных артерий, которые являются одними из самых крупных сосудов человеческого организма и в большом количестве переплетающиеся между собой. В передних отделах носовой перегородки (передне-нижнем отделе костнохрящевой пластинки) они образуют особое сосудистое сплетение, получившее название зона Киссельбаха, или зона Литтла. Это сплетение расположено поверхностно и в 90% случаев служит источником носовых кровотечений. Кроме того, стенки этих сосудов в детском возрасте находятся в стадии формирования и

часто теряют целостность из-за ряда факторов внешнего и внутреннего происхождения.

По характеру проявления носовое кровотечение может быть незначительным, в виде капель, и обильным (профузным), кратковременным и длительным, одно- и многократным, рецидивирующим через различные промежутки времени.

Состояние больного будет зависеть от количества потерянной крови, его пола, возраста, исходного уровня здоровья. Чем меньше возраст ребенка, тем тяжелее он переносит кровопотерю.

Кровотечения бывают из разных отделов носа: «передние» и «задние».

«Передние» носовые кровотечения из зоны Киссельбаха не интенсивны, редко представляют угрозу для жизни. Они останавливаются сами или с применением простейших мер первой медицинской помощи. Правда, частые и обильные носовые кровотечения приводят к анемии, что неблагоприятно сказывается на здоровье растущего организма.

При «задних» носовых кровотечениях повреждаются не мелкие капилляры, а достаточно крупные сосудистые стволы в стенках глубоких отделов носовой полости. Тогда кровотечение

будет очень сильным и самостоятельно вряд ли остановится. Объем потерянной крови быстро нарастает, что представляет угрозу для жизни. Для остановки данного кровотечения требуются специальные медицинские манипуляции.

Незначительный объем кровопотери, от нескольких капель до нескольких десятков миллилитров, не сказывается на общем состоянии. Однако ребенок может испугаться и упасть в обморок или устроить истерику.

Если потеря крови более существенна (легкая степень), возможны появление общей слабости, шума или звона в ушах, мелькание мушек перед глазами, жажда, головокружение, учащенное сердцебиение. При дальнейшем нарастании количества истекшей крови снижается артериальное давление, возникает одышка. В тяжелых случаях ситуация заканчивается шоком от кровопотери (нарушение или потеря сознания, резкое падение артериального давления).

При НК возможно затекание крови в глотку. Кровавая рвота — его первый признак. В ряде случаев кровь вытекает из носа при ином источнике кровотечения: носоглотка, трахея, бронхи, легкие, пищевод или желудок. При легочном кровотечении кровь ярко-алая, пенистая. Оно

сопровождается кашлем. При кровотечении из желудка кровь темная, в виде кофейной гущи.

Существует множество различных классификаций НК, учитывающих их локализацию, источники, время возникновения, продолжительность и причины. Носовое кровотечение обусловлено двумя факторами: либо нарушением целостности стенки кровеносных сосудов (примерно 90% всех случаев), либо нарушением нормальной свертываемости крови.

Большинство авторов традиционно разделяют причины НК на местные, общие и спонтанные.

К местным причинам относятся травма носа или травматизация слизистой оболочки полости (ковыряние пальцем в носу), наличие инородного тела, различные добро- и злокачественные опухоли (чаще доброкачественные образования — ангиомы, ангиофибромы, специфические гранулемы), аномалии развития сосудистой системы полости носа (расширение артерий и вен), изменения структуры слизистой оболочки при различных инфекциях (туберкулез, сифилис, дифтерия). Кроме того, кровотечение из носа может возникать из-за сухости воздуха в помещении. В этом случае слизистая оболочка носовой перегородки ссыхается со

стенкой кровеносного сосуда и они теряют свою эластичность и прочность.

К причинам НК общего характера относят следующие заболевания или состояния, сопровождающиеся нарушениями свертывающих свойств крови, и их сочетание с нарушением проницаемости сосудистой стенки.

- Заболевания крови: гемофилия (врожденная патология, характеризующаяся отсутствием или дефицитом одного из факторов свертывания крови, болеют только мальчики), тромбопения или тромбопатия, дефицит факторов свертывания, геморрагическая болезнь.

- Повышение проницаемости сосудов:

- при их воспалении (васкулит);
- при тяжелых инфекциях, таких как корь, грипп, краснуха и т.д. Вирусы вызывают воспаление слизистой оболочки полости носа, ее разрыхление, из-за этого сосуды оказываются поверхностно расположенными и при повреждении возможно кровотечение;
- при недостатке витамина С (гиповитаминоз С).

- Частое применение сосудосуживающих препаратов (називин, оксиметазолин, галазолин, назол и т.д.). Данные препараты вызывают атрофию слизистой

оболочки носа, она становится тонкой и легкоранимой.

- При изменении гормонального фона. В период полового созревания у девочек происходит повышенная продукция половых гормонов (эстрогена и прогестерона), что приводит к увеличению кровенаполнения сосудов носа, слизистая отекает, истончается и появляется кровоточивость.

- Хронические заболевания печени (гепатит, цирроз).

- Заболевания сердца и сосудов (артериальная гипертония, пороки сердца, повышение кровяного давления в сосудах головы и шеи).

- Хронические воспалительные заболевания полости носа и околоносовых пазух (хронический атрофический ринит).

- Состояния, сопровождающиеся подъемом артериального давления (почечная гипертония при заболеваниях почек, перегрев, физическая нагрузка).

- Внешние факторы. Воздействие радиации, термические, электрические, химические ожоги полости носа.

При лечении НК важно не только локализовать источник кровотечения, но и воздействовать на патогенез заболевания. Лечение включает консервативные и хирургические методы. Способы остановки кровоте-

ния любой локализации бывают разными: механическими, химическими, физическими (термическими), фармакологическими, хирургическими и смешанными. Чаще всего приходится применять комбинирование различных методов.

Прежде всего, необходимо успокоить ребенка, так как стресс, возникший при виде крови, приводит к подъему артериального давления, что увеличивает потерю крови. Положение ребенка должно быть вертикальным (посадить). Голову запрокидывать не надо, лишь слегка наклонить вперед. Первая помощь при носовом кровотечении включает простые действия:

- зажать нос пальцами и подержать в течение 5—20 мин;
- положить холодный компресс или лед на соответствующую половину носа, ноги должны быть в тепле;
- при неэффективности предыдущих методов — установить тампон из стерильной ваты длиной 2,5—3 см и толщиной 0,5 см, смоченный 3% раствором перекиси водорода или любыми сосудосуживающими каплями в нос с повторным прижатием крыла носа.

Во время оказания помощи необходимо контролировать общее состояние ребенка, степень его сознания, пульс, артериаль-

ное давление. После остановки кровотечения нужно исключить физическую нагрузку и сильное отсмаркивание минимум на сутки, чтобы не спровоцировать повторное кровотечение.

Если после предпринятых попыток кровотечение продолжается или ухудшается общее состояние, необходимо срочно доставить ребенка в медицинское учреждение для оказания квалифицированной помощи ЛОР-врача.

Дети с нарушением свертываемости крови, почечной гипертензией, в обморочном или предобморочном состоянии, с посттравматическим кровотечением, сопровождающимся головокружением, тошнотой, рвотой подлежат экстренной госпитализации в ЛОР-отделение.

Наиболее частым химическим методом остановки носового кровотечения является прижигание слизистой оболочки полости носа вокруг кровоточащего сосуда раствором нитрата серебра. Эта методика наиболее эффективна при условии ясно визуализируемого места и кровотечения средней интенсивности.

При оказании экстренной медицинской помощи возможно использование физических методов, таких как криовоздействие, лазерная или электрокоагуляция.

При неэффективности предыдущих методов или обнаружении места источника кровотечения рекомендуется произвести тампонаду (переднюю или заднюю). Ее можно сделать с помощью ватного тампона, помещенного в полость носа на 1—2 дня.

Медикаментозная терапия — один из основных этапов оказания помощи при носовых кровотечениях различной этиологии. Используются такие препараты, как дицинон, аскорутин, хлорид кальция, аскорбиновая кислота, глюконат кальция, аминапроновая кислота. В тяжелых случаях показано переливание компонентов донорской крови.

При неэффективности тампонады можно применять хирургические методики (подслизистая резекция перегородки носа, перевязка наружной сонной артерии). В настоящее время перевязка наружной сонной артерии производится крайне редко — только при состояниях, угрожающих жизни пациента (чаще при кровотечениях из задних отделов).

При госпитализации рекомендовано проведение курса обследования:

- общий анализ крови (может отмечаться уменьшение числа эритроцитов и уровня гемоглобина);
- коагулограмма: протромбиновый индекс (ПТИ) снижа-

- ется, протромбиновое время замедляется, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) увеличивается, количество фибриногена уменьшается, адгезия, агрегация и ретракция тромбоцитов снижаются при замедлении свертывающей функции крови;
- биохимический анализ крови: определяют ее электролиты;
- при необходимости консультация гематолога, онколога, иммунолога, эндокринолога и других специалистов.
- Таким образом, многообразие методик диагностики и лечения носовых кровотечений позволяет лечащему врачу выбрать подходящий для каждого пациента в зависимости от этиологии, патогенеза, клинических проявлений и возраста ребенка метод его остановки.

ПЕРЕД ПРИВИВКОЙ НАДО ВЫСПАТЬСЯ

Хронический недосып снижает эффективность вакцин, считают исследователи из Калифорнийского университета в Сан-Франциско, США. Они нашли дополнительное подтверждение тому, что сон и иммунная система тесно связаны.

Для исследования ученые пригласили 120 некурящих взрослых в возрасте от 40 до 60 лет. Исследователи ввели добровольцам вакцину против гепатита В по традиционной схеме и оценили уровень антител у них в крови. Кроме того, исследователи выяснили, какой образ жизни ведут участники эксперимента — в том числе и качество их сна.

Результаты исследования показали, что у людей, которые спали менее шести часов в день, в 11,5 раз больше шансов быть не защищенными вакциной против гепатита В, чем у тех, кто спал хотя бы семь часов в сутки.

По мнению ученых, нарушения сна серьезно влияют на деятельность иммунной системы человека, повышая риск развития различных заболеваний. Специалисты отмечают, что недосып можно по праву отнести к факторам риска, которые влияют на эффективность вакцинации.

Источник: www.takzdorovo.ru

Особенности занятий физической культурой с часто болеющими дошкольниками

Кагазежева Н.Х., канд. биол. наук,

Коломийцева Н.С., канд. пед. наук,

Доронина Н.В., канд. пед. наук,

доценты кафедры биомеханики и медико-биологических дисциплин Института физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета, г. Майкоп, Республика Адыгея

В современных, крайне неблагоприятных социально-экономических и экологических условиях отмечается тенденция к увеличению числа детей с различными нарушениями состояния здоровья. Так, по данным НИИ гигиены и профилактики заболеваний детей, подростков и молодежи, в России уже в 90-е гг. XX в. практически здоровыми рождалось не более 14% детей, 25—35% пришедших в первый класс имеют физические недостатки или хронические заболевания. К сожалению, и в настоящее время исследования свидетельствуют об ухудшении здоровья современных детей.

Важным фактором здоровья служит физическая активность. В каждом возрасте она наполняется разным содержанием, но

должна быть всегда. Маленькому ребенку полезны и необходимы не только ходьба, но и игры с беганием, лазанье по деревьям, любое физическое напряжение. К сожалению, и воспитатели и родители сдерживают активность дошкольников, не позволяют им свободно двигаться и тем наносят вред их здоровью.

Часто болеющими можно считать детей до 1 года, если острые респираторные заболевания (ОРЗ) случаются 4 раза в год и более, детей 1—3 лет при 6 заболеваниях и более, а детей 3—5 лет при 5 ОРЗ и более. Ребенок может болеть не только часто, но и продолжительно, например 10—14 дней одно ОРЗ. Длительно болеющие дети также могут быть отнесены к категории часто болеющих.

Для ослабленных детей применяются различные индивидуальные и групповые методики укрепления здоровья с использованием медикаментозных средств, витаминотерапии, пищевых добавок, естественных факторов природы, а также средств лечебной физической культуры. По нашему мнению, наибольшее значение имеет профилактика заболеваемости, основу которой составляют физкультурно-оздоровительные занятия на этапе выздоровления или предболезни.

Несмотря на данные в литературе о новых направлениях в содержании и методике занятий физической культурой оздоровительной направленности с ослабленными детьми, целостные методики крайне редки, что и обуславливает актуальность настоящего исследования.

Предполагалось, что для детей 5—6 лет, посещающих ДОО и имеющих отклонения от нормы физического развития, должна быть предложена специальная оздоровительная программа физического воспитания с учетом их физического состояния, включающая специальные методические приемы и средства физической культуры, комплексы соответствующих игровых заданий, а также рекомендации для воспитателей и родителей.

Цель работы: разработать и обосновать содержание и методику оздоровления ослабленных и часто болеющих детей 5—6 лет средствами оздоровительной физической культуры.

Исследования проводились на базе ДООУ № 34 и № 55 г. Майкопа в период с сентября 2012 г. по май 2015 г. По уровню физического развития и физической подготовленности дошкольники экспериментальной и контрольной групп не имели принципиальных различий: показатели роста, веса, окружности грудной клетки соответствовали средне-статистическим данным.

В ходе педагогического эксперимента в ДОО использовались разработанные нами комплексы занятий физической культурой оздоровительной направленности, игровых заданий, нетрадиционные методы оздоровления детей, имеющих нарушения состояния здоровья. Результаты обследования соответствовали средним показателям физического развития детей данного возраста.

Физическая подготовленность обследованных детей характеризовалась уровнем «ниже среднего».

Между экспериментальной и контрольной группами не отмечено достоверных различий по данным физического развития и физической подготовленности дошкольников.

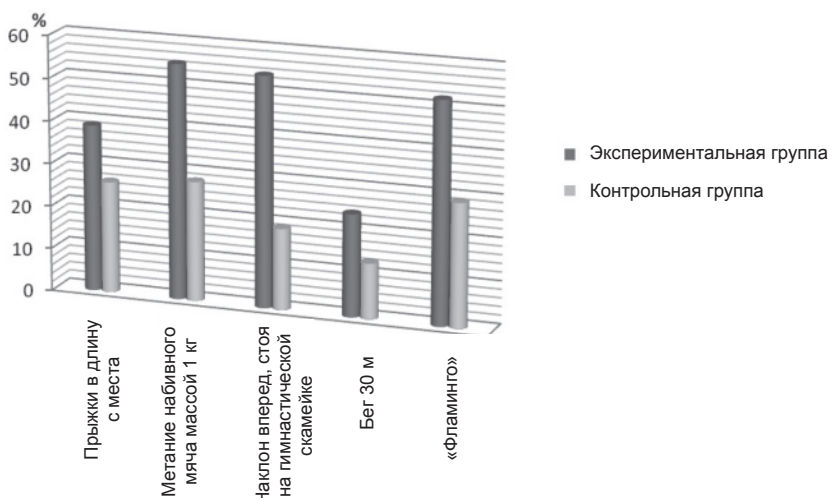


Рис. Динамика изменений показателей физической подготовленности детей 5—6 лет в ходе эксперимента

Педагогический эксперимент проводился в течение 9 мес. с детьми обеих групп, состоялось по 72 физкультурных занятия. В экспериментальной группе занятия проводились по разработанной нами методике (разнообразные комплексы общеразвивающих упражнений с элементами корригирующей и дыхательной гимнастики, коррекционные подвижные игры, использование методик оздоровительной ходьбы и бега, элементы мышечной и психической релаксации, пальчиковые упражнения, самомассаж и другие разнообразные традиционные и нетрадиционные средства физической культуры, применяемые индивидуально для каждого ребенка, с учетом уровня его физического состояния).

Обязательным компонентом методики служат игровые задания по типу физкультурных развлечений, самостоятельной игровой деятельности, совместных занятий родителей с детьми по разработанным нами программам (физкультурно-оздоровительные занятия на основе корригирующей и дыхательной гимнастик, специальных игровых заданий на прогулке, гигиенической гимнастики).

В контрольной группе занятия проводились по авторской программе Л.Д. Глазыриной.

Наиболее выраженные изменения в обеих группах отмечены в показателях скоростно-силовых способностей: метание набивного мяча (1 кг) из-за головы (в экспериментальной

группе прирост на 55%, в контрольной — на 29%) (см. рис.).

Наиболее существенно повысились показатели экспериментальной группы: уровень гибкости на 54% (в контрольной — на 18%) и скоростно-силовых способностей на 39% (в контрольной — на 26%). Достоверно значимы и выражены изменения ловкости на 52% (в контрольной — на 29%).

Медицинский персонал контролировал состояние здоровья и заболеваемости дошкольников по четырем группам здоровья:

1) здоровые дети с нормальными развитием и уровнем функций;

2) здоровые, но имеющие сниженные функциональные и морфологические показатели, сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям;

3) хронически болеющие, в состоянии компенсации с сохраненными функциональными возможностями организма;

4) хронически болеющие, в состоянии суб- и декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма.

Так, в 2012/13 уч. г. дошкольники 5—6 лет распределялись по предлагаемым группам здоровья следующим образом: первая группа — 7,2%, вторая — 83, третья — 7,7, четвертая — 2,1%.

В 2013/14 уч. г. отмечалось снижение заболеваемости (уменьшились общее число пропусков по болезни и длительность пребывания на больничном листе). Распределение по группам здоровья составляло: первая группа — 10,6%, вторая группа — 71,4, третья — 12 и четвертая — 6%.

В 2014/15 уч. г. показатели заболеваемости снизились еще более существенно. Распределение по группам здоровья было следующим: первая группа — 18,7%, вторая — 72, третья — 3,9, четвертая — 5,4%.

Данные исследования позволяют сделать вывод о благоприятных изменениях в состоянии здоровья и физической подготовленности детей, о педагогической целесообразности использования разработанной методики оздоровления часто болеющих детей 5—6 лет средствами физической культуры. Часто болеющим детям рекомендуются упражнения, улучшающие местное крово- и лимфообращение (приседания, ходьба на согнутых ногах, бег на месте и по пересеченной местности и др.). В этом случае их эффект равноценен физиологическому действию горячих ножных ванн, поэтому такие упражнения для нижних конечностей полезно проводить в начале занятия. Они создают

благоприятные условия для свободного поступления воздуха в верхние дыхательные пути.

Только индивидуальный подход может помочь успешному поиску адекватных медико-педагогических приемов. Требуется внимательное отношение к дошкольнику, постоянный врачебно-педагогический контроль с тем, чтобы воспитательные и обучающие приемы и методы не усугубляли отставания в развитии физиологических и психологических возможностей и движений ребенка.

Литература

- Кагадзева Н.Х., Коломийцева Н.С., Доронина Н.В. Использование элементов дыхательных упражнений как профилактика заболеваемости детей дошкольного возраста // Вестник АГУ. 2014. № 2 (137).
- Казюкова Т.В. и др. Часто болеющие дети: современные возможности снижения респираторной заболеваемости // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2012. Т. 91. № 5.
- Корнеева Л.Н., Казберюк Н.А. К вопросу о критериях определения категории «часто болеющие дети» // Современная медицина: актуальные вопросы. 2013. № 25.

**Издательство «ТЦ Сфера» представляет
книги серии «Синяя птица»**



С ФИЗКУЛЬТУРОЙ ДРУЖИТЬ — ЗДОРОВЫМ БЫТЬ!

Методическое пособие

Автор — Маханева М.Д.

В данном пособии предлагаются рекомендации по физическому воспитанию детей дошкольного и младшего школьного возраста. Пособие содержит перспективные планы физкультурных занятий, уроков, занятий по плаванию, сценарии спортивных праздников и примерный комплекс закаливающих процедур из опыта работы МОУ «Прогимназия № 117» учителя физкультуры Г.В. Барановой.



ФИГУРНОЕ ПЛАВАНИЕ В ДЕТСКОМ САДУ Методическое пособие

Авторы — Маханева М.Д., Баранова Г.В.

Содержит общую характеристику средств, обеспечивающих здоровый образ жизни ребенка, методику работы по плаванию старших дошкольников, а также перспективное планирование занятий в бассейне для детей 6–7 лет и работы студии «Рисунки на воде». Представлены рекомендации по развитию нетрадиционных форм обучения плаванию детей 6–7 лет.

Сайты: www.tc-sfera.ru, www.apcards.ru,
www.sfera-podpiska.ru

Воспитание мотивации дошкольников к занятиям физическими упражнениями

Копылов Ю.А.,

*канд. пед. наук, старший научный сотрудник
ФГБНУ «Институт возрастной физиологии
Российской академии образования»;*

Ивашина И.В.,

*учитель физической культуры ГБОУ
«Школа № 121», Москва*

Одна из важнейших задач воспитания дошкольников — поиск средств и методов для обеспечения физического развития, укрепления здоровья средствами и методами физической культуры. Для решения этой проблемы может использоваться воспитание мотивации к занятиям физическими упражнениями в структуре учебных программ детских садов.

Необходимость рассмотрения данного вопроса вызвана низким уровнем общего функционального состояния организма дошкольников и невысокой эффективностью организации их физического воспитания. Несмотря на несомненную пользу воспитания мотивации к занятиям физическими упражнениями решение этой проблемы тормозится из-за отсутствия четких приоритетных положений [5].

Мотивационная сфера личности — важный фактор, определяющий внутреннее состояние и внешнее поведение человека [11]. Термин «мотивация» в литературе трактуется по-разному. Вместе с тем можно выделить то общее, что объединяет разные точки зрения. Исследователи сходятся на том, что мотивация служит побудительным механизмом, способствующим воплощению в жизнь разнообразных действий и влечений.

Дошкольный возраст — период эффективного воспитания мотивов к выполнению различной деятельности, в том числе к занятиям физическими упражнениями. Мотивы



выступают движущими силами поведения человека. По мнению большинства исследователей, мотивом служит только осознанная потребность, и лишь в том случае, когда ее удовлетворение превращается в привычку [8].

Базовые принципы воспитания мотивации дошкольников к занятиям физическими упражнениями

Как доказано исследованием, активность человека находится в прямой зависимости от его потребностей [1]. Мотив тесно взаимосвязан с потребностями и эмоциями [6]. Потребность человека — испытываемая нужда в чем-то, а мотивы — побуждения человека в связи с данной нуждой [10]. Потребность — начальное звено и источник мотивации. Исследователи, рассматривающие потребности как источник мотивации, утверждают, что в основе стремления овладеть знаниями лежит любознательность. В ходе учения дошкольники испытывают удовольствие от удовлетворения любознательности [16]. Опыт показал, что организация воспитания положительной мотивации к занятиям физическими упражнениями в ДОО должна строиться на основе различных

потребностей. В соответствии с классификацией А. Маслоу [17] были отобраны потребности, на основе которых строится система воспитания положительной мотивации дошкольников к занятиям физическими упражнениями. Перечислим их.

- **Потребность в игре.** Это, наверное, самая важная потребность дошкольников. Она появляется в ходе овладения игровой деятельностью и совмещается в ней со стремлением подражать взрослому [14]. Расширяя игровую деятельность, потребность в игре в значительной степени формирует поведение дошкольника и создает его внутренний мир. Ребенок может обратить в игру самую разную деятельность. Подчас педагогу кажется, что дошкольник занят каким-то серьезным делом, в то время как он в игровой форме воображает разные жизненные ситуации. Согласно исследованиям [7], как раз сюжетно-ролевые игры обуславливают создание важнейших отличительных особенностей дошкольного возраста, придают побуждающий личностный смысл деятельности.

Как отмечал Л.С. Выготский, в игре все внутренние процессы даны во внешнем действии. Особое значение игра имеет для становления мотивационной сферы. Наиболее интенсивно и эффективно становление мо-

тивационной сферы и произвольности ребенка происходит в сюжетно-ролевой игре [4]. Дошкольники способны вообразить самые разные события и их сочетания. В игре они могут изменить свойства одного объекта на совершенно противоположные, представить себя в роли какого-то персонажа, создать воображаемую ситуацию и свои действия в рамках этой ситуации. При этом, чем яснее для ребенка характер поведения воображаемого персонажа, тем легче проходит игра. Не трудно понять, почему дети так часто и охотно играют во взрослую жизнь. Для реализации потребности дошкольников в игре можно использовать подвижные игры и игровые упражнения с элементами воображения.

В качестве примера можно использовать подвижную игру «Будь внимателен».

Игра «Будь внимателен»

Дети произвольно выполняют различные движения (бег, подпрыгивания, ходьбу, различные движения руками, ногами, туловищем — кому что нравится). Педагог подает различные команды. Например, по команде «Зайчики!» дети выполняют прыжки на месте; по команде «Птицы» — движения руками, имитирующие движения крыльев птицы; по команде «Ля-

гушки» — приседают и скачут вприсядку. Команды подаются с различными интервалами, а сами упражнения по возможности должны быть разнообразными.

• Потребность в движении.

Несмотря на то что дошкольники имеют высокую потребность в движении, нельзя злоупотреблять этой особенностью. На занятиях необходимо использовать только посильные нагрузки в соответствии с индивидуальными возможностями дошкольников. Малейшая передозировка нагрузки немедленно приводит не только к потере интереса на занятиях физическими упражнениями, но и может сформировать стойкое негативное отношение. При этом недопустимо принуждать, даже косвенно, детей к выполнению физических упражнений через силу. Обязательны частые отдыхи на занятии (через каждые 3—5 мин), желательно в положении лежа, поскольку дети очень быстро устают от однообразной работы. Для этой цели можно использовать позу для расслабления мышц лежа. Дети ложатся на коврик на спину, расслабляют мышцы. Затылок касается пола. Глаза закрыты. Остаться в этом положении 3—5 мин.

Повышать нагрузку на занятиях необходимо постепенно. Поступательное повышение нагрузки положительно воздействует на

развитие личности дошкольника и способствует воспитанию положительной мотивации к выполнению физических упражнений. Повторение одних и тех же упражнений не должно быть однообразным, в противном случае снижается интерес ко всей двигательной деятельности. Повышенная потребность в движении успешно реализуется в различных подвижных играх, например «Сова и звери».

Подвижная игра «Сова и звери»

Выбирается водящий, он будет совой. Все остальные изображают разных зверюшек: мышей, птичек, лягушат, бабочек, зайчиков и т.д. По команде ведущего «День!» все «звери» быстро бегают и выполняют прыжки на месте и в движении. По команде «Ночь!» все должны замереть и не шевелиться. «Сова» вылетает на охоту. Любой шелохнувшийся, засмеявшийся или сменивший позу игрок, замеченный водящим, становится добычей, и выбывает из игры.

• **Потребность в положительных эмоциях.** Характер поведения, психическая и физиологическая активность дошкольника во многом определяются его эмоциональным состоянием. Эмоции оказывают влияние и на силу мотива, степень его вы-

раженности [9]. Эмоциональное состояние рассматривается А.А. Леонтьевым как один из важнейших факторов усиления мотивации к деятельности [12]. Если на занятии создан положительный эмоциональный фон, у детей быстро возникает хорошее настроение, создается прочная связь между положительными эмоциями и выполнением двигательной деятельности, т.е. воспитывается положительная мотивация к выполнению физических упражнений.

Для повышения положительного эмоционального фона используются так называемые сюжетные занятия — выполнение комплекса физических упражнений, объединенных определенным сюжетным направлением. Увлекательными и интересными занятия делает сюжет, «рассказывающий» о каких-либо конкретных событиях с участием взаимодействующих персонажей, хорошо знакомых детям. Их содержание позволяет вести занятия на эмоционально положительном контакте педагога с детьми, удовлетворяет потребности ребенка в познании, активной деятельности, в общении со сверстниками, побуждает его к творческой активности, самовыражению, снимают скованность, эмоциональное напряжение. Сюжет занятия тесно связан с задачами

обучения движениям и придает занятию черты драматизации, сближает его с сюжетно-ролевой игрой, которая, по выражению Л.С. Выготского, служит «корнем любого детского творчества».

Сюжетные физкультурные занятия вызывают больший интерес к физическим упражнениям, чем занятия традиционные. Увлекательными и интересными занятия делает сюжет, основанный на каких-либо конкретных событиях, с участием персонажей, хорошо знакомых детям. В этом случае дошкольники быстро осваивают навыки самостоятельного выполнения разных физических упражнений, интерес к работе резко повышается. Чем увлекательнее сюжетная линия на занятии, тем быстрее формируется мотивация к выполнению физических упражнений, и тем больше движений выполняется дошкольниками. При этом увеличивается объем движений в течение дня, способствующий ежедневной потребности организма ребенка в движениях [15].

Для повышения благоприятного эмоционального фона занятий можно использовать, например, сюжетную игру «Снежинки кружатся».

Игра «Снежинки кружатся»

Дети плавно кружатся, как пушинки, им весело, они сме-

ются и радуются окружающему миру, своим товарищам. Движения плавные, замедленные. Дети подражают движениям снежинок. В результате создается радостное настроение, формируется положительное восприятие окружающего мира. Время выполнения игры 2—3 мин.

• Потребность в общении.

Активизация общения вызывает у дошкольников чувство удовольствия. Учитывая важный фактор потребности в общении для усиления мотивации к занятиям физическими упражнениями, необходимо организовывать воспитательный процесс так, чтобы дети имели возможность больше общаться. Для этого используются игры и упражнения, которые выполняются группой дошкольников одновременно. Допускается и даже поощряется общение между детьми [3].

Совместная деятельность позволяет реализовать потребность в общении. Можно использовать игру «Идем за Синей птицей», выполняемую следующим образом.

Игра «Идем за Синей птицей»

Дети цепочкой идут по залу, комнате или игровой площадке на улице, взявшись за руки и многократно напевая слова: «Мы длинной вереницей, идем за Синей птицей. Идем за Синей

птицей. Идем за Синей птицей». Игра формирует чувство спокойствия, воспитывает навыки коллективных действий. Время выполнения — 4 мин. Совместная синхронная деятельность прекрасно реализует детскую потребность в общении друг с другом.

• **Потребность в благоприятной атмосфере и отсутствии стрессовых ситуаций.** Неблагоприятная атмосфера вызывает отрицательные эмоциональные переживания, что негативно сказывается на мотивации к учению. Состояние тревожности ведет к ослаблению самоконтроля, дезорганизации поведения в процессе учения. Создание дружного детского коллектива и формирование благоприятного психологического климата отвечает одной из самых важных потребностей детей — находиться в дружном коллективе [2].

На занятиях педагоги требуют от ребенка выполнения ряда установленных правил поведения, которые не всегда понятны дошкольникам. Смысл этих требований во многих случаях находится в противоречии с имеющимися индивидуальными привычками и текущим функциональным состоянием. Если ребенок выполняет их, положительные взаимоотношения

с педагогом поддерживаются на высоком уровне. При этом такие взаимоотношения сопровождаются, как правило, положительными эмоциями, которые приносят положительные переживания и создают благоприятный фон на занятиях физическими упражнениями. Если требования педагога не выполняются, возникают стрессовые ситуации, сопровождающиеся замечаниями педагога, напряженной обстановкой и взаимным непониманием. Педагогам необходимо всячески избегать возникновения неприятных ситуаций на занятии и подсказывать своим воспитанникам, как нужно вести себя на занятии.

Для создания положительного фона на занятии можно использовать игру «Фея сна».

Игра «Фея сна»

Дети сидят или стоят по кругу. К ним поочередно подходит водящий — «Фея сна». Она касается плеча волшебной палочкой, и те «засыпают» (закрывают глаза). Фея обходит всех детей, они «засыпают» и расслабляют все мышцы. Если есть желание, ребенок может сесть или лечь. Время выполнения — 5 мин.

• **Потребность в занятиях любимыми физическими упражнениями.** В дошкольном

возрасте можно эффективно использовать упражнения, которые не вызывают у детей неприятных ощущений из-за повышенной нагрузки, а наоборот нравятся им. Для этого необходимо использовать знакомые и прочно усвоенные упражнения, которые выполняются в соответствии с текущим состоянием ребенка (каждый подбирает свой темп и вид движений, которые ему в настоящее время нравятся). Плавные, свободные двигательные действия соответствуют воспитанию мотивации к занятиям физическими упражнениями на данном этапе развития организма дошкольников. Можно использовать упражнение под названием «Согревание рук».

Упражнение «Согревание рук»

Упражнение выполняется стоя, руки вдоль тела. Свободно, без напряжения нужно наклониться вперед, согнуть ноги в коленях, соединить ладони и зажать их между коленями. Сжимая колени, нужно выполнить трущие движения ладони о ладонь. Все движения следует выполнять легко и без лишнего напряжения. Во время трения ладоней руки выпрямлены, а плечи поочередно двигаются вверх и вниз, что позволяет активизи-

ровать биологически активные точки в области спины. Продолжительность упражнения — 30—40 с.

Несмотря на кажущуюся простоту, это упражнение эффективно влияет на настроение дошкольников, задействует рефлекторные зоны на теле.

• **Потребность в разнообразном содержании занятий физическими упражнениями.** Монотонные упражнения, цель которых к тому же не вполне ясна ребенку, быстро ему надоедают. В этом случае скорее всего сформируется негативное отношение к занятию. Дошкольники быстро устают от однообразной, монотонной работы. Именно поэтому для поддержания положительного эмоционального состояния и интереса к двигательной работе необходимо использовать упражнения, различные по направлению выполнения в пространстве, из различных исходных (необычных) положений, а также сочетание известных для ребенка движений с элементами нового. Танцевальные движения, которые не регламентированы педагогом и выполняются в различном темпе и с различной скоростью, очень нравятся детям и реализуют потребность в разнообразных движениях. Хорошо зарекомендовало себя

на практике в работе с дошкольниками упражнение «Произвольный танец».

Упражнение

«Произвольный танец»

Дети изображают танец разных зверюшек. Они танцуют, как маленькие зайчата, мышки, белочки, бурундучки и т.д. Дети радуются, ощущают силу и легкость в своем теле. Время выполнения 2 мин.

Таким образом, создание возможностей для реализации перечисленных потребностей повышает эффективность процесса воспитания положительной мотивации детей дошкольного возраста к занятиям физическими упражнениями.

Литература

1. *Абульханова-Славская К.А.* Деятельность и психология личности. М., 1980.
2. *Бодалев А.А.* Восприятие человека человеком. М., 1965.
3. *Вавилова Е.Н.* Учите бегать, прыгать, лазать, метать. М., 1983.
4. *Выготский Л.С.* Проблемы обучения и умственного развития в школьном возрасте. Избр. психол. исслед. М., 1956.
5. *Горелов А.А.* и др. Проблемы физического воспитания детей дошкольного возраста и подходы к их решению // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. 2002. № 4.
6. *Джидарьян И.А.* О месте потребностей, эмоций и чувств в мотивации личности // Теоретические проблемы психологии личности / Под ред. Ч.Ш. Шороховой. М., 1974.
7. *Кекчеев К.Х.* Проблема физической и умственной работоспособности в свете современных представлений // Известия АПН РСФСР. 1947. Вып. 1.
8. *Кикнадзе Д.А.* Потребности, поведение, воспитание. М., 1968.
9. *Ковалев А.Г.* Психология личности. М., 1970.
10. *Ковалев В.И.* К проблеме мотивов // Психологический журнал. 1981. № 1. Т. 2.
11. *Косякова О.О.* Психология раннего и дошкольного детства. М., 2007.
12. *Леонтьев А.Н.* Деятельность и личность // Вопросы философии. 1974. № 4.
13. Психология личности в деятельности дошкольника / Под ред. А.В. Запорожца и Д.Б. Эльконина. М., 1965.
14. *Славина Л.С.* О развитии мотивов игровой деятельности ребенка в дошкольном возрасте // Известия АПН РСФСР. 1948. Вып. 14.
15. *Степаненкова Э.Я.* Теория и методика физического воспитания и развития ребенка. М., 2001.
16. *Якобсон П.М.* Психологические проблемы мотивации поведения человека. М., 1969.
17. *Maslow A.H.* Motivation and Personality. N.-Y., 1954.

Психолого-педагогическое сопровождение детей группы риска

Профилактика и коррекция девиантного поведения дошкольников

Иванова Ю.М.,

*педагог-психолог МДОУ д/с № 18, пос. Тарбагатай
Забайкальского края*

Легче найти воспитанника, ни разу не совершившего безнравственного поступка, чем такого, который совершил бы его только один раз. Проявления отклоняющегося поведения настолько разнообразны, что педагогу бывает очень трудно разглядеть за ними общие признаки. Сочетаясь самым причудливым образом, они дают неповторимые картины индивидуальности. Перефразируя классика, можно сказать: «Все счастливые дети счастливы одинаково, каждый несчастный ребенок несчастен по-своему».

Дети группы риска — категория, которая в силу определенных обстоятельств своей жизни больше других подвержена негативным внешним воздействиям со стороны общества.

В нашем детском саду ведется психолого-педагогическое сопровождение детей группы риска и их семей. Работа базируется на

тесном взаимодействии педагогов ДОО.

Ежегодно в начале учебного года создается банк данных семей, посещающих детский сад. Коллектив (заведующий, воспитатель, специалисты) заполняет карты воспитанников, составляет социальный паспорт ДОО. Выявляются социально-бытовые условия проживания семей и воспитанников, состав, образовательный уровень родителей, их возраст и профессия. Эти данные позволяют спрогнозировать стратегию взаимодействия с семьей. С семьями воспитанников используются такие формы работы, как наблюдение, беседа, анкетирование, психологическая диагностика.

На следующем этапе работы по психолого-педагогическому сопровождению проводится выявление детей, входящих в группу риска. Для этого используются следующие виды диагностиче-

ского обследования: скрининговая, углубленная диагностика, динамическое обследование (в течение года), итоговая диагностика.

Хотелось бы ознакомить с результатами диагностического обследования детей «группы риска» за 2014/15 уч. г.

На начало учебного года в группу риска входило 9,5% детей с девиантным поведением (1,4%), с педагогической запущенностью (2,7%), с дезадаптацией (5,4%). На конец учебного года группа риска составила 6,8%: дети с девиантным поведением (1,4%), с педагогической запущенностью (1,4%), с дезадаптацией (4%).

В этом учебном году дети группы риска составляют 8,1% от общего количества воспитанников, посещающих ДОО. Из них 1,4% детей с девиантным поведением и социальной запущенностью, 2,7 — с педагогической запущенностью, 4% с дезадаптацией.

В работе по психолого-педагогическому сопровождению используются:

- индивидуальные коррекционные занятия;
- программа психологического сопровождения дошкольника при подготовке к школьному обучению (Т.В. Ананьева);
- программа групповых коррекционных занятий «Удивляюсь, злюсь, боюсь»;

— программа групповых игровых тренингов «Давайте жить дружно».

Основная цель: тренировка психических процессов, введение ребенка в мир эмоций и способствование психическому и личностному его росту.

Опыт нашей работы показал, что основная проблема — это семья, не всегда идущая на контакт.

В детском саду ребенку прививаются правила поведения, нормы жизни, а после он попадает в семью, где видит все с точностью до наоборот.

Поэтому одним из основных направлений в работе является проведение профилактических мероприятий с семьями воспитанников. В 2015/16 уч. г. планируются следующие мероприятия (см. таблицу).

Подводя итог, хочется отметить, что взаимодействие специалистов и педагогов по работе с семьей и воспитанниками дало хорошие результаты. Чтобы и в дальнейшем проследивалась положительная динамика в этом направлении, мы проводим активную совместную работу специалистов и педагогов для решения возникающих проблем.

Мы считаем, что среди всех социально-демографических групп именно дети дошкольного

Таблица

**План проведения профилактических мероприятий
с семьями детей группы риска на 2015/16 уч. г.**

Мероприятие	Форма проведения	Участники	Сроки проведения
1	2	3	4
«Психологическая готовность к школе»	Родительское собрание	Родители детей старшей, подготовительной к школе групп	Октябрь
«Давайте познакомимся»	День открытых дверей	Родители	Ноябрь
«Психологические особенности детей дошкольного возраста»	Родительские собрания	— // —	В течение года
«Радостные дети — счастье на планете»: — психологическая акция «Не проходите мимо»; — «ящик пожеланий»; — психологическая акция «Цвет дня»	Неделя психологии	Родители, воспитанники, педагоги	Декабрь
«Эмоциональное состояние взрослого как опосредующий фактор эмоционального состояния детей»	Семинар-практикум	Родители	Ноябрь
«Методы воспитания детей дошкольного возраста»	Ток-шоу	Родители, педагоги	Февраль
«Мы такие разные» (гендерная идентификация)	Семинар-практикум	— // —	Март
«Поощрение и наказание как способ воспитания детей дошкольного возраста»	— // —	Родители	Апрель
«Создание уголков психологической разгрузки в группах детского сада»	Смотр-конкурс	Родители, воспитатели групп	— // —

Окончание табл.

1	2	3	4
«Психологическая готовность к школе»	Родительское собрание	Родители детей старшей, подготовительной к школе групп	— // —
«Аналитический отчет»	Родительское собрание по результатам работы психолога за учебный год	Родители, педагоги	Май

возраста наиболее подвержены десоциализирующим факторам, к которым в первую очередь можно отнести напряженный ритм жизни, неблагополучие и дезадаптирующее влияние условий семейного воспитания. Все это может привести к формированию у ребенка заниженной самооценки, чувства собственной ненужности и малоценности, непонимания со стороны самых близких людей, переживания одиночества и растерянности перед «миром взрослых».

В октябре 2015 г. с целью изучения возможных проблем у детей дошкольного возраста мы провели исследование в виде открытой анкеты и методики на выявление детско-родительских отношений «Рисунок семьи». Всего было опрошено 13 детей

из старшей и подготовительной к школе групп.

Так, при ответе на вопросы анкеты мы получили следующие данные:

- 38% детей знают о таких плохих привычках, как курение и алкоголизм;
- 38,4 — хоть раз держали в руках бутылку из-под пива или пачку сигарет;
- 84,6 — ответили, что у родителей есть вредные привычки;
- 100 — симпатию положительным мультипликационным героям;
- 76,9 — к плохим поступкам отнесли драку, ссоры между родителями;
- 38,4% детей считают, что когда они вырастут, у них тоже появятся вредные привычки.

Проанализировав ответы, мы убедились в том, что склонности к отклоняющемуся поведению есть у многих детей. Результаты анкетирования еще раз подтвердили, что профилактику девиантного поведения необходимо систематически проводить в дошкольном возрасте.

Методика на выявление детско-родительских отношений «Рисунок семьи» помогла прояснить отношение ребенка к членам его семьи, как он воспринимает их и свою роль дома, а также характеристики отношений, которые вызывают в нем тревожность и конфликтные чувства.

Были получены следующие результаты: лишь у 46% детей эмоционально благополучные семьи. У остальных есть проблемы во взаимоотношениях с членами семьи. У 38% детей в семье наблюдаются тревожность и агрессивность, что вызывает нестабильность во взаимоотношениях. У 39% детей ярко выражена потребность в эмоциональном тепле и общении.

Можно сделать вывод, что в данной группе детей присутствует риск проявления девиантного поведения. Психопрофилактическую и коррекционную работу нужно проводить как с родителями, так и с детьми. Коррекция поведения не благое пожелание, а жизненная необходимость, к кото-

рой нужно подходить со всей серьезностью и ответственностью.

Психокоррекционная работа осуществляется в следующих сферах: эмоционально-волевая; коммуникативная; познавательная.

Основные методы коррекционных воздействий:

- индивидуальная игротерапия, познавательные игры (игры с водой и песком, сюжетно-ролевые);
- чтение и проигрывание психотерапевтических сказок, составление историй вместе с ребенком;
- психогимнастика, арт-терапия (работа с красками, пластилином, фольгой);
- релаксационные упражнения на нервно-мышечное расслабление, дыхательная гимнастика.

С целью профилактики и коррекции социального неблагополучия семей проводится работа по повышению педагогической грамотности родителей, включение их в деятельность детского сада (привлечение родителей к созданию развивающей среды; участие в детских праздниках, спортивных мероприятиях, совместной образовательной деятельности; выставках совместных работ родителей и детей).

Мы широко используем такие формы работы, как родительские собрания, консультации, дискуссии, семинары-практикумы, ма-

стер-классы, оформляем стенды, папки-передвижки, ведем индивидуальные консультации с родителями воспитанников.

Однако предложенные формы работы не всегда оказываются эффективными. Родители в силу своей занятости на работе не всегда посещают родительские собрания, не имеют возможности прочесть консультации на папках-передвижках по причине большого объема информации. Наиболее эффективно, на наш взгляд, социально-психологическое просвещение родителей при помощи издаваемой информационно-психологической газеты.

Она содержит материалы по следующим вопросам:

- характеристика познавательных интересов детей;
- особенности их развития в дошкольном возрасте;
- условия и методы формирования любознательности и познавательных интересов в семье и детском саду.

Газета выпускается 1 раз в 2 мес. В нее помещаются материалы, направленные на работу родителей с детьми, консультации специалистов, педагогов. Родители могут взять газету домой, тщательно проанализировать ее и пополнить свой педагогический багаж необходимыми знаниями.

Организация взаимодействия с семьей — работа трудная, не

имеющая готовых технологий и рецептов. Ее успех определяется интуицией, инициативой и терпением педагога, его умением стать профессиональным помощником семьи.

Психопрофилактическая деятельность с детьми ведется в следующих направлениях:

- развитие коммуникативной способности и социальной адаптации;
- общей и мелкой моторики и познавательных процессов;
- эмоциональной сферы (ознакомление с базовыми чувствами);
- способности к дифференциации эмоциональных состояний.

Все направления продиктованы актуальными для данного возраста проблемами, а также психофизиологическими особенностями детей.

Также ведется консультативная и просветительская работа с педагогами: консультации, индивидуальные и по заранее выбранной тематике, семинары-практикумы, тренинги.

Семья и детский сад — два воспитательных феномена, каждый из которых по-своему дает ребенку социальный опыт, но только в сочетании друг с другом они создают оптимальные условия для вхождения маленького человека в большой мир.

Готовность воспитанников домов ребенка к переходу в новые условия жизни

Печора К.Л.,

*канд. пед. наук, доцент кафедры поликлинической педиатрии,
почетный профессор ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России,
Москва*

Проблема адаптации детей к новым условиям жизни очень актуальна. Особое значение она имеет для детей, воспитывающихся в закрытых детских учреждениях, а именно в домах ребенка. Закрытые детские учреждения — дома ребенка, детские дома, приюты — существуют с незапамятных времен. Воспитание и развитие детей в них должно способствовать адаптации к непривычным для них условиям.

На наш взгляд, вопросы депривации и готовности перехода в новые условия жизни (из группы в группу, в другое закрытое учреждение, переезд в семью усыновителей) связаны между собой.

Как известно, физиологической основой адаптации служит формирование стереотипов, помогающих ребенку с момента рождения приспособиться к новым условиям жизни. Изменения таких стереотипов, как температура воздуха, способ

вскармливания, режим дня, отрицательно влияют уже с первых дней жизни. В дальнейшем могут меняться методики проведения режимных процессов, происходить отрыв от близкого человека. Важно формировать адаптационные механизмы, которые способствуют преодолению психологических преград в процессе адаптации.

Мы проанализировали явление депривации в домах ребенка. Одним из показателей, определяющих развитие ребенка, служит уровень его психического развития, который должен соответствовать возрастным нормам. В раннем возрасте он зависит в большей степени от биологического анамнеза, состояния здоровья ребенка, генетических факторов. В последние годы в дома ребенка попадают дети с отягощенным анамнезом, что не может не сказаться на уровне их психического развития. Задержка в развитии ребенка наблю-

дается остро после 7—9 мес. и особенно на втором году жизни. Объяснение этому фактору мы находим в том, что с первых месяцев не формируется ведущий вид деятельности — общение со взрослыми, в частности, чувство надежной привязанности к кому-либо из взрослых. Ее предпосылки формируются в трехмесячном возрасте (комплекс оживления, зрительные, слуховые дифференцировки, узнавание близких), а возникает это чувство с 9 мес. до 1 года, резко отличаясь от аффективной привязанности, и зависит от поведения взрослых, которые быстро реагируют на потребности ребенка, вызывают инициативную эмоциональную реакцию. У них наблюдается высокая мотивация к достижению успешности ребенка. В этом случае дети активно обследуют среду, отделение от взрослого огорчает их ненадолго, а при встрече с ним они проявляют радость. Ребенок уверен в себе, находчив, любознателен, инициативен, успешно социализируется.

Отсутствие проявления такого свойства личности, как инициативность, отражает депривация, мешающая адаптации к новым условиям жизни. Поэтому у воспитанников домов ребенка прежде всего необходимо определить наличие надежной

привязанности, способствующей развитию инициативности, активности, уверенности в себе. Наблюдения за дошкольниками в закрытых детских учреждениях выявили, что у них преобладает чувство ненадежной, так называемой избегающей, привязанности (ребенок не активен, на уход взрослого не реагирует, а при встрече с ним избегает общения).

Приведем пример. Проводя практику с курсантами в Доме ребенка, мы с коллегой остановились перед манежем, где лежали шестимесячные дети. Наши попытки вызвать ответные реакции не увенчались успехом. Вдруг один из малышей потянулся ручками к коллеге (она была в очках), улыбнулся. Но после того как она взяла его на руки, отпрянул, как бы «обознался». Ребенок явно отличался от других детей быстротой реакции, эмоциональностью. Оказалось, что его всего неделю посещает усыновительница, а он уже чувствует себя по-другому. И сколько радости доставили трехмесячные дети в другом Доме ребенка, когда на приближение к ним воспитателя начали проявлять инициативность — движениями, эмоциональными возгласами, привлекая его внимание.

Ранговый ряд отклонений в нервно-психическом развитии

у детей, воспитывающихся в домах ребенка, показывает, что в первую очередь, наблюдается задержка в умениях, которые только формируются и поэтому наиболее чувствительны к влиянию неблагоприятных факторов. Это области, связанные с социальным развитием ребенка: развитие речи как средства общения с окружающими, формирование игровой самостоятельной деятельности. К сожалению, в домах ребенка дети не получают впечатлений, которые есть у домашнего ребенка, что способствует формированию определенных представлений об окружающем.

Недавно в Доме ребенка наблюдали такую картину. Обычно дети третьего года жизни всегда с радостью бежали на предложение взрослого заниматься. А тут вдруг остановились, как вкопанные, увидев что-то необычное. Подойдя поближе, мы увидели, что перед ними на низком табурете сидела няня, тетя Маруся, которая решила перекусить. И когда она, откусив посыпанный солью хлеб, захрустела луковицей, дети буквально замерли. Явление было для них неожиданное и очень интересное. И с какой охотой они вместе с воспитателем приготовили винегрет, который заправили маслом, а потом вместе съели.

Как показывают наши исследования, особое значение имеет умение ребенка решать проблемы в игре. Это формирует его инициативность, активность, самостоятельность.

В первые годы жизни большое значение имеет становление стереотипов, связанных с режимом дня, формированием определенных навыков, которые помогают ребенку приспособиться к новым условиям жизни. Однако стереотипная, неменяющаяся среда, характерная для домов ребенка, не способствует формированию адаптационных механизмов.

В одном из домов ребенка произошло следующее. Обычно с прогулки дети возвращались подгруппами: сначала младшие, потом старшие. Но в этот день к логопеду на занятия должны были прийти старшие дети. И когда педагог пошла с ними в помещение, маленькие начали плакать, а некоторые падать в знак протеста. Они были совсем не готовы к изменению стереотипа, к которому привыкли.

Наблюдая и анализируя развитие речи детей второго-третьего года жизни в Доме ребенка, мы увидели, что, к сожалению, стереотипная речь воспитателя отрицательно влияет на развитие речи детей. Они не выполняли простых поручений

по слову взрослого: «Положи книгу на стол...» или «Покажи, где стол», тогда как по предложению воспитателя: «Сядь за стол!» выполняли их. Или: «Где твой горшочек?» — «Нет», «На горшочек!» — «Да». Дети понимали названия предметов только в одном сочетании, воспринимая как одно слово: «сядьзастол», «нагоршок».

При исследовании готовности детей первого года жизни к переходу в новые условия жизни было определено, что самую низкую оценку получили такие показатели, как уровень нервно-психического развития, наличие отрицательных привычек (сосание пальца, раскачивание и др.), чувствительность к воздействию взрослого, инициативность. У детей более старшего возраста наибольшие отклонения проявляются в показателях, связанных с социальным развитием: игра, уровень нервно-психического развития (особенно развитие речи), инициативность, уверенность в себе, умение решать проблемы в игре.

Особое значение в формировании адаптационных механизмов имеет физическое воспитание. Наиболее низкие его показатели проявляются в функциях, отражающих явление депривации. Несмотря на то что в домах ребенка, особенно в последнее

время, создаются условия для преодоления неблагоприятных для развития факторов (небольшое количество детей в группе, индивидуальное ведение детей специалистами разного профиля: врачами, психологами, логопедами, дефектологами), проблема депривации остается по-прежнему острой.

Наличие специалистов разного профиля очень важно, но недостаточно. Помимо ласки, тепла, которые так нужны малышу, при четком укладе жизни необходимо создавать своевременно меняющуюся среду, развивать познавательные и социальные потребности, условия для обособленности, проявлять уважение к характеру, привычкам ребенка, возможности иметь свои вещи, игрушки, одежду.

Немаловажным представляется вопрос работы с опекунами, усыновителями. Они четко должны себе представлять, что адаптация ребенка к новым условиям жизни будет непростой. Нужно знать все о состоянии здоровья и особенностях поведения малыша. К сожалению, есть случаи, когда дети возвращаются в дом ребенка. А это совершенно недопустимо. С раннего возраста ребенок должен ощущать себя как защищенная личность, способная к преодолению психологических преград.

Профилактика и коррекция нарушений развития детей с ОВЗ в условиях инклюзивного дошкольного образования

Родионова О.Н.,

канд. пед. наук, доцент факультета дошкольного и начального образования ФГОУ ВПО «Армавирская государственная педагогическая академия»;

Кузнецова В.В.,

старший воспитатель МБДОУ д/с комбинированного вида № 37, г. Армавир Краснодарского края

Распространение инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в образовательных учреждениях способствует полноценной реализации прав детей на получение доступного образования.

Здоровье — приоритетная человеческая ценность, обеспечивающая активность человека во всех видах деятельности. Именно поэтому вопросы, связанные с развитием здорового человека, становлением здоровой во всех отношениях личности в современном мире так значимы. Это позволяет говорить не только об отдельных технологиях оздоровления, но и о единой «политике здоровья», включающей предупреждение факторов риска для здоровья, раннее выявление

детей с ОВЗ, формирование навыков здорового образа жизни населения, подготовку специалистов в области воспитания и обучения детей с ОВЗ.

В современной литературе нет единого устоявшегося термина для обозначения детей, имеющих нарушения в развитии. Долгое время использовались понятия: «дети со специальными проблемами», «дети с недостатками в развитии», «аномальные дети», «дети-инвалиды». Последнее получило наиболее широкое распространение в силу того, что практически все люди с отклонениями в здоровье имеют определенную группу инвалидности. В международной практике наиболее распространенным стал термин «дети с ограниченными возможностями здоровья».

Ограниченная возможность здоровья у детей связана непосредственно с нарушениями в их физическом и личностном развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении. Приобретение ими социального опыта, включение в существующую систему общественных отношений требует от специалистов компетентных решений и действий.

Наиболее распространенной формой получения образования детьми с ОВЗ в настоящее время в России является специальное (коррекционное) образование. Однако процесс их интеграции в образовательные учреждения России активизируется, апробируются разнообразные модели и формы взаимодействия специального и массового образования, предпринимаются попытки создания адекватных условий для наиболее полной социальной адаптации и развития личности таких детей.

В последние годы в российском образовании актуализируются ценности инклюзивного образования, которое нацелено не только на традиционные образовательные достижения, но и на обеспечение полноценной социальной жизни, наиболее активного участия в коллективе всех его членов, в том числе и детей с ОВЗ.

Возможность получения образования всеми детьми, независимо от ограничений возможностей их здоровья, законодательно закреплено в законе «Об образовании в Российской Федерации» (от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ, ст. 2).

Согласно Закону, «инклюзивное образование — обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей».

Организация инклюзивной практики дошкольного образования предполагает творческий подход и определенную гибкость образовательной системы, учитывающей потребности не только детей с ОВЗ. Система обучения и воспитания подстраивается под индивидуальные образовательные потребности ребенка, используются новые подходы к обучению, применяются вариативные образовательные формы и методы обучения и воспитания.

В инклюзивном подходе заложена необходимость изменять образовательную ситуацию, создавать новые формы и способы организации образовательного процесса с учетом индивидуальных особенностей детей. Для управления инклюзивными процессами необходимо вводить

командные формы работы, проектные формы организации деятельности, диагностику и мониторинг инклюзивных процессов, согласовывать интересы участников образовательного процесса (детей, родителей, педагогов, администрации).

Значимость указанной проблемы, необходимость работы с детьми с ОВЗ и, как следствие, разработка модели профилактики и коррекции личностных нарушений в условиях инклюзивного дошкольного образования, ее актуальность определили выбор темы инновационного проекта в нашем детском саду: «Профилактика и коррекция нарушений личности у детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного дошкольного образования».

Наш детский сад имеет 14 групп, из них 9 общеразвивающей и 5 компенсирующей направленности: для детей с общим недоразвитием речи, задержкой психического развития, ранним детским аутизмом.

В рамках реализации данного проекта наш детский сад ставит следующие задачи:

- осуществлять реабилитационные мероприятия по минимизации ограничений в здоровье воспитанников;
- апробировать и внедрять системную модель инклюзивно-

го дошкольного образования, обеспечивающую вектор деятельности специалистов при решении проблемы профилактики и коррекции нарушений личности детей с особыми возможностями здоровья.

По намеченному перспективному плану работы на 2013—2014 гг. выполнены следующие мероприятия:

- организация городского методического объединения (ГМО) для учителей-логопедов детских садов и школ по теме «Профилактика и коррекция нарушений личности у детей с особыми возможностями здоровья в условиях инклюзивного дошкольного образования»;

- семинар-практикум в ДОО «Создание условий для воспитания и образования детей с ОВЗ» (коррекционно-развивающая среда как условие социализации детей с ОВЗ);

- анкетирование родителей «Речевое развитие детей» (определение уровня информативности родителей по вопросам речевого развития детей, выяснение их ожиданий от логопедических занятий);

- участие в научно-практической конференции при Армавирской государственной педагогической академии (по теме «Использование информационно-коммуникативных техноло-

гий в работе с детьми с синдромом раннего детского аутизма»);

- выступление воспитателей по теме «Система работы в группе для детей с ранним детским аутизмом в условиях инклюзивного дошкольного образования» на дискуссионной площадке в рамках августовской конференции «Модель методического сопровождения введения ФГОС в ДОУ»;

- участие в IV Международной практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых по теме «Социально-психологические проблемы современной семьи»;

- публикация статей в сборнике «Социально-психологические проблемы современной семьи» («Основные направления социально-психологической работы с семьей, имеющей ребенка с ОВЗ», ст. воспитатель В.В. Кузнецова, «Социально-психологическая работа с замещающими семьями, воспитывающими детей дошкольного возраста», педагог-психолог О.Н. Онищенко);

- постоянно действующий семинар (ПДС) «Учим детей говорить правильно» (темы занятий: «Коррекционная работа с дизартриками», «Развитие эмоциональной сферы», «Музыкально-ритмическая гимнастика как средство музыкального развития детей»);

- круглый стол специалистов соответствующего профиля «Мониторинг развития детей с ОВЗ»;

- публикация научно-методического пособия «Будь здоров! Будь успешен!» (автор — воспитатель Л.А. Дубова), в котором представлены занятия для дошкольников с детским церебральным параличом;

- участие в ГМО старших воспитателей.

Шансы для успешной интеграции детей с ОВЗ довольно высоки, поскольку для общения дошкольников характерны наиболее простые формы взаимоотношений, в детском саду не возникает чувство предубеждения по отношению к нетипичному ребенку.

Именно дошкольное образование служит базой для дальнейших ступеней образования. Педагоги хорошо знают, что именно от рождения до 5 лет закладывается основа для дальнейшего развития человека — его умственного, физического и нравственного становления. Если в этом возрасте основные моменты формирования личности будут упущены, компенсировать затем эти пробелы в массовой школе будет очень трудно, а подчас невозможно.

Планируя и реализуя работу по проекту, весь педагогический процесс мы строим с учетом

технологии развивающего обучения, специфики сенситивных периодов развития воспитанников, особенностей становления и формирования познавательных способностей, потенциальных возможностей личности дошкольников. Развивающий характер образования обеспечивается:

- созданием развивающей социально-педагогической среды ДОО, построенной на принципах открытости, доступности и комплексности;
- реализацией индивидуально-дифференцированного подхода в обучении и воспитании детей (подборе методов, приемов и средств коррекционно-педагогического воздействия);
- комплексностью и систематичностью в решении развивающих и коррекционных задач всеми специалистами в процессе педагогической работы с детьми.

Таким образом, работа по профилактике и коррекции нарушений личности дошкольников с ОВЗ способствует:

- повышению доступности качественного образования для детей с ОВЗ;
- созданию безбарьерной образовательной среды в детском саду, обеспечивающей на основе знания индивидуальных

особенностей ребенка, его заболевания, конструктивное взаимодействие с другими субъектами проекта;

- увеличению доли выявленных детей с ОВЗ для своевременного оказания специализированной помощи;
- привлечению родителей для совместной деятельности по профилактике и коррекции нарушений личности детей с ОВЗ.

Работа сложная, но необходимая, весь творческий коллектив нашего детского сада с интересом приступил к ее реализации.

Литература

- Инклюзивная практика в дошкольном образовании: Пособие для педагогов дошкольных учреждений / Под ред. Т.В. Волосовец, Е.Н. Кутеповой. М., 2011.
- Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб., 2001.
- Специальная психология: Учеб. пособие / Под ред. В.И. Лубовского. 2-е изд., испр. М., 2005.
- Ткачева В.В. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы (ранним детским аутизмом) / Психолого-педагогическая диагностика / Под ред. С.Д. Забрамной, И.Ю. Левченко. М., 2003.
- Федеральный Закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ.

Нетрадиционные формы взаимодействия педагогов с родителями детей с туберкулезной интоксикацией

Бубнова М.В.,
инструктор по физической культуре;

Махина Л.Ф.,
*музыкальный руководитель МБДОУ д/с присмотра
и оздоровления № 58 «Незабудка», г. Вологда*

Какая радость видеть своего ребенка здоровым, веселым и крепким. Развитие и здоровье детей начинаются с организации правильного образа жизни в семье и детском саду. Первые педагоги — родители. Они закладывают основы нравственного, физического, интеллектуального развития, а педагоги в ДОО должны сохранить и укрепить здоровье детей, развить их способности.

Детский сад «Незабудка» посещают дети, инфицированные туберкулезом, переболевшие им, а также находящиеся в контакте с больными. В нашей ДОО воспитанники пребывают круглосуточно. Очень важно, чтобы адаптация к детскому саду прошла успешно. Родители в данном случае — полноценные участники вос-

питательно-оздоровительного процесса. «Проживание» родителями всех проблем ребенка, их совместная деятельность — наша главная задача. Активно общаясь, помогая друг другу, овладевая искусством вести диалог, мы находим позитивные способы сотрудничества. Педагоги нашего детского сада стараются создать у детей чувство психологического комфорта, вызвать интерес к занятиям музыкой и физической культурой, сформировать навыки здорового образа жизни, способствуют эмоциональному взаимодействию ребенка и взрослого, включают родителей в воспитательно-образовательный процесс.

Взаимодействие педагогов с родителями предполагает обратную связь: их потребности

в знаниях, опора на положительный опыт семейного воспитания, личная заинтересованность. Это возможно в том случае, если основой станет совместная деятельность детей, родителей и педагогов. Дошкольники учатся с уважением, гордостью и любовью смотреть на своих пап, мам, бабушек, дедушек — таких же сильных, ловких и умелых.

В работе с родителями выделяют традиционные и нетрадиционные формы (Т.В. Кротова).

К традиционным формам относят:

- коллективные (родительские собрания, групповые консультации, конференции);
- индивидуальные (беседы, консультации);
- наглядно-информационные (папки-передвижки, стенды, выставки, фото, странички сайта, видео-, аудиотека).

Однако особенно популярны, как у родителей, так и у педагогов, нетрадиционные формы общения:

- информационно-аналитические (анкетирование, опросы, тесты), позволяющие узнать мнения о своей работе, проанализировать ее;
- организация Дня открытых дверей, Недели театра, Недели здоровья, открытых просмотров разных видов де-

ятельности (утренняя гимнастика, занятия на улице);

- выпуск газет, создание копилки «Игры с родителями», «Игры, которые лечат»;
- выставки детских работ, фотовыставки;
- консультации с элементами практикума (мастер-класс), организация совместных занятий, домашние занятия;
- организация совместных досугов, праздников, экскурсий, турниров, участие родителей и детей в акциях, конкурсах, соревнованиях.

Самая популярная и любимая форма работы с родителями — досуговая — совместные праздники, развлечения, турниры, акции, досуги, соревнования. Здесь наиболее полно раскрываются возможности сотрудничества: устанавливаются теплые, неформальные, доверительные отношения, эмоциональный контакт между педагогами, родителями и детьми, повышается авторитет родителей (дети видят, как красиво родители выполняют движения, быстро бегают, ловко играют, поют; гордятся сильными папами и грациозными мамами, подражают им).

Надолго нам запомнятся встречи и активное участие родителей в разноцветных кафе (оранжевом, белом, голубом, зеленом).

Хорошей традицией стало проведение совместных мероприятий с родителями: «Колобок — румяный бок», «День рождения кошки Мурки», «Как звери к зиме готовились», «Лучше папы друга нет», «Неразлучные друзья — взрослые и дети», «Папа, мама, я — олимпийская семья». Проведение праздников на открытом воздухе: «Здравствуй, лето», «Праздник здоровья» и т.д.

На праздниках мы используем импровизационную форму: дается задание — станцевать, поиграть, изобразить. Включаем в программу выступления родителей с ребенком или без него; готовим с группой родителей или одним из них выступления в театрализованном представлении, сказке, сценке с детьми или без них; самостоятельно подготовленные выступления силами родителей по инициативе музыкального руководителя или инструктора по физической культуре (приветствие на юбилейном или выпускном утреннике, соревнованиях).

Таким образом, применение в нашей работе различных форм взаимодействия с родителями помогает повысить эффективность деятельности по оздоровлению детей и сформировать устойчивые стереотипы здорового образа жизни.

Оранжевое кафе «Волшебные краски осени»

Задачи:

- способствовать возникновению у детей и взрослых положительных эмоций от совместного участия в разных видах деятельности;
- формировать здоровый образ жизни у детей и их родителей;
- раскрывать индивидуальность детей;
- поддерживать инициативу, творчество.

Предварительная работа:

разработка сценария праздника, оформление музыкального зала, разучивание песен, игр, танцев, пословиц, поговорок об осени, изготовление деревьев для игры «Найди свое дерево», штампов из кусочков свеклы и осенних листьев, вырезание листьев клена, осины, дуба, приготовление угощения для чаепития.

Оборудование: клубочек, столы с осенним угощением, туннель, листочки деревьев, корзинки, деревья из картона (дуб, клен, осина), муляжи овощей и фруктов, по 2 кастрюли и ложки, 4 фартука, свекла, зубочистки, листья клена, гуашь, листы бумаги формата А3, штампы в форме осенних листьев, шаль, печенье.

* * *

Дети входят в зал.

Воспитатель. Ребята, бабушка Арина приглашает нас в гости. Живет она на опушке в светлой избушке. Весной бабушка птичек в лесу встречает, весну-красну зазывает. Летом со Старичком-Лесовичком в лесу порядок наводит, тропинки расчищает, за цветочными полянами ухаживает. Осенью птиц на юг провожает, с грибами да ягодами дружит. Смотрит, все ли звери к зиме готовы. А в зимнюю стужу, сидя у печки, сказки рассказывает да оладушки печет. Бабушка Арина прислала нам клубочек, он укажет нам дорогу к ней.

Дети, родители и воспитатель идут за клубочком в музыкальный зал. В зале стоят столы с угощением. За центральным столом сидит Бабушка Арина и вяжет.

Бабушка Арина. Пожалуйте, гости дорогие! Веселья вам да радости! Давно я вас жду-поджидаю, праздник не начинаю. У меня для каждого найдется словечко и местечко. Кому — сказка, кому — правда, кому — песенка.

Дети и гости садятся за столы.

Солнышко землю
не может согреть,
Листья пожелтели —
стали опадать.
Часто дождик льется,
птицы улетают,

Урожай в саду
и в поле собирают.
Отгадайте, дети,
когда это бывает?

Дети отвечают.

На дворе осень. Осень торопит, а зима не ждет. Осень — журиха со злюкой-зимой борется. А вы, ребята, знаете поговорки и пословицы про осень?

Дети рассказывают пословицы и поговорки.

Закончились осенние заботы: урожай собрали, огород перекопали, а теперь поиграть-позабавиться можно. Пройдете через «коридор времени» и сразу станет понятно — осень заканчивается, зима наступает. Скоро все снежным покрывалом укроет. Вот вам подарок — последние осенние листочки.

Звучит музыка, дети проходят через «коридор времени» — туннель, берут листочек из корзинки, которая стоит на другом конце «коридора» и встают к своему дереву — клену, дубу или осине.

Игра «Найди свое дерево»

Бабушка Арина

Мы, листики осенние,
на веточках сидели,
Дунул ветер — полетели.
Мы летели, мы летели
И на землю тихо сели.

Дети выполняют движения согласно тексту, в конце приседают, закрывают глаза. Ведущий переставляет деревья в другие места зала.

Ветер снова набежал
И листочки все поднял.
Повертел их, покрутил
И на землю опустил.

По окончании музыки нужно быстро добежать до своего дерева.

Осенние денечки,
В саду большие лужи.
Последние листочки
Холодный ветер кружит.
Вот листочки желтые,
Вот листочки красные,
Соберем в корзиночки
Мы листочки разные.

Игра «Собери листочки, не замочив ног»

Дети делятся на три команды: «Осина», «Дуб», «Клен».

Ребенок встает лицом ко взрослому на его ступни. Обхватив друг друга руками, они несут листочек в свою корзинку. Обрато — взявшись за руки. Кто быстрее донесет листочек, тот и выиграл.

Бабушка Арина. Молодцы, ребята, а сейчас я приглашаю вас на свой огород. Расскажите, что растет у нас на грядке. Для чего нужны овощи? А где растут фрукты? Что можно приготовить из фруктов?

Дети отвечают.

Эстафета «Праздничное угощение»

Дети делятся на две команды. Первая несет в ложке овощи для щей; вторая — фрукты для компота. Затем дети кидают овощи и фрукты, а взрослые с определенного расстояния ловят их в кастрюлю. Кто быстрее наберет кастрюлю овощей и фруктов, тот и выиграл.

Бабушка Арина. Ребята, хотела я вам подарить осенний ковер, чтобы вы обо мне не забывали да осень вспоминали. Торопилась, расписать его не успела. Вы мне поможете? У меня в лукошке приготовлены краски, но они не простые — волшебные.

Овощи, овощи —
до чего же вкусные.

С грядки я их сорвала,
Вам сюда их принесла.
Рисовать они умеют,
Ярких красок не жалеют.
Отгадайте поскорей,
Что лежит в руке моей?

Показывает свеклу.

А свекла, как художница,
Умеет рисовать.
Расписывать край коврика
Мы будем начинать.

Свекла нарезана маленькими кубиками и нанизана на зубочистки. Дети рисуют свеклой по краю «ковриков» (листов бумаги). Родители им помогают.

До чего ж красивый ковер получается! Не хватает осенних листьев. Давайте возьмем листочки, изобразим осенний листопад в центре ковра.

Дети украшают середину листа ковра штампами в форме осенних листьев, макая их в краску.

Какой яркий и красочный получился ковер!

Дети выкладывают листы бумаги в один общий «осенний ковер».

Не хуже, чем мой платок расписной! А платочек мой не только яркий, но еще и веселый.

Бабушка Арина накидывает платок на плечи.

Нарядись, нарядись да гостям покажись.

Звучит музыка.

Бабушка Арина жестом зовет гостей-родителей. Они хлопают, пляшут, затем отходят спиной назад — прощаются. Затем то же делает Бабушка Арина.

Далее она и музыкальный руководитель берут платок за уголки, образуя ворота.

Бабушка Арина
Проходите, господа,
в золотые ворота,
Кто под ними пройдет,
тот за стол попадет.
А кто опоздает,
тот не попадает.

Игра «Золотые ворота»

Играющие делятся на две команды с равным количеством игроков. Одна команда образует круг, ее участники берутся за руки и поднимают их вверх. Игроки располагаются с интервалом в два шага, чтобы между ними мог пройти человек. Другая команда начинает движение, обходя «змейкой» по очереди каждого игрока первой команды и проходя через ворота, образованные руками игроков первой команды. Игроки держатся за руки, расцеплять которые нельзя! Так, вторая команда оказывается то в круте, то за его пределами.

Первая команда в течение игры произносит слова:

Золотые ворота
Пропускают не всегда.
Первый — разрешается,
Второй раз запрещается,
А на третий раз
Не пропустим вас!

На последнем слове игроки первой команды резко опускают руки. Если кто-то из второй команды оказался внутри, он уходит из цепочки и встает в центр круга. Естественно, игроки второй команды стараются на последнем слове быть вне круга, но это не всегда удается.

Когда во второй команде останется один человек, он становится победителем. Команды меняются ролями.

Бабушка Арина. Одними играми да плясками сыт не будешь.

Угощайтесь, не стесняйтесь,
Чаще в гости появляйтесь!

Родители и дети пьют сок и угощаются фруктами.

Литература

Антонова А. Совместная работа детского сада и семьи по физи-

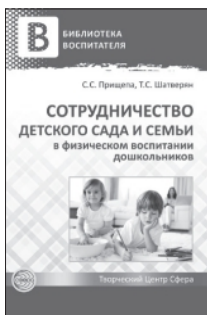
ческому воспитанию // Дошкольное воспитание. 1986. № 4.

Бочарова Н.И. Оздоровительный семейный досуг с детьми дошкольного возраста. М., 2004.

Зверева О.Л., Кротова Т.В. Общение педагога с родителями в ДОУ: Методический аспект. М., 2009.

Зверева О.Л. Современные формы взаимодействия ДОУ и семьи // Воспитатель ДОУ. 2009. № 4.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги по взаимодействию с семьей



СОТРУДНИЧЕСТВО ДЕТСКОГО САДА И СЕМЬИ В ФИЗИЧЕСКОМ ВОСПИТАНИИ ДОШКОЛЬНИКОВ

Под ред. С.С. Прищепа, Т.С. Шатверян

В книге описаны этапы становления сотрудничества детского сада и семьи в физическом воспитании детей дошкольного возраста в России, раскрываются теоретические основы построения системы сотрудничества образовательной организации и семьи в физическом воспитании детей раннего и дошкольного возраста на современном этапе, представлены психолого-педагогические проекты, ориентированные на совместную деятельность «педагоги — дети — родители».



ДИАЛОГ С РОДИТЕЛЯМИ Методический аспект взаимодействия детского сада и семьи

Авторы — Бабынина Т.Ф., Гильманова Л.В., Головенко В.Э.

В пособии рассматриваются вопросы привлечения родительской общественности к эффективному сотрудничеству с педагогами ДОО.

Проект «Диалог с родителями» состоит из трех направлений: аналитического (изучение семей воспитанников, уровня знаний педагогов), информационного (расширение знаний воспитателей о формах сотрудничества), практического (использование клубной деятельности в работе с семьями). Основной формой взаимодействия выбрана клубная деятельность.

E-mail: sfera@tc-sfera.ru

Сайты: www.tc-sfera.ru, www.apcards.ru, www.sfera-podpiska.ru

**Постановление Главного государственного
санитарного врача от 22 октября 2013 г. № 60**

**«Об утверждении санитарно-
эпидемиологических правил СП
3.1.2.3114-13 «Профилактика
туберкулеза»»
(Извлечение)**

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2002, № 1 (ч. I), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; № 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; № 52 (ч. I), ст. 5498; 2007, № 1 (ч. I), ст. 21; № 1 (ч. I), ст. 29; № 27, ст. 3213; № 46, ст. 5554; № 49, ст. 6070; 2008, № 24, ст. 2801; № 29 (ч. I), ст. 3418; № 30 (ч. II), ст. 3616; № 44, ст. 4984; № 52 (ч. I), ст. 6223; 2009, № 1, ст. 17; 2010, № 40, ст. 4969; 2011, № 1, ст. 6; № 30 (ч. I), ст. 4563; № 30 (ч. I), ст. 4590; № 30 (ч. I), ст. 4591; № 30 (ч. I), ст. 4596; № 50, ст. 7359; 2012, № 24, ст. 3069; № 26, ст. 3446; 2013, № 27, ст. 3477; № 30 (ч. I), ст. 4079) и постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295; 2004, № 8, ст. 663; № 47, ст. 4666; 2005, № 39, ст. 3953) постановляю:

1. Утвердить санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза» (приложение).

Актуально!



2. Признать утратившими силу санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика туберкулеза “СП 3.1.1295-03”»*.

Г.Г. Онищенко

Утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.10.2013 № 60

Профилактика туберкулеза

Санитарно-эпидемиологические правила
СП 3.1.2.3114-13

I. Область применения

1.1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила (далее — санитарные правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.2. Санитарные правила устанавливают требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических), дезинфекционных мероприятий, полное и своевременное проведение которых обеспечивает раннее выявление, предупреждение распро-

странения заболеваний туберкулезом среди населения.

1.3. Соблюдение санитарных правил является обязательным для физических и юридических лиц.

1.4. Организационно-методическое руководство по планированию, организации и проведению мероприятий по профилактике туберкулеза осуществляется медицинскими противотуберкулезными организациями.

1.5. Проведение мероприятий по профилактике туберкулеза, утверждение региональных планов и контроль их выполнения на территории осуществляется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан совместно с заинтересованными органами государственной власти, органами управления здравоохранением муниципальных образований, медицинскими организациями.

1.6. Контроль за выполнением настоящих санитарных правил осуществляют органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

II. Общие положения

2.1. Туберкулез является широко распространенным инфекционным заболеванием чело-

* Зарегистрированы в Министерстве юстиции Российской Федерации 8 мая 2003 г., регистрационный № 4523.

века и животных, вызываемым микобактериями туберкулезного комплекса (*Mycobacterium tuberculosis complex* — *MTBC*), преимущественно *Mycobacterium tuberculosis*.

2.2. Возбудители туберкулеза сохраняют свою жизнеспособность в сухом состоянии до 3 лет, при нагревании выдерживают температуру выше 80 °С (микобактерии туберкулеза, находящиеся в мокроте, выживают при кипячении в пределах 5 минут, устойчивы к органическим и неорганическим кислотам, щелочам, многим окислителям, проявляют устойчивость к воздействию спиртов, ацетона, четвертичных аммониевых соединений (ЧАС), нечувствительны к рассеянному солнечному свету).

2.3. Источником инфекции являются больные активной формой туберкулеза люди и животные (крупный рогатый скот, козы, собаки). Эпидемиологически наиболее опасными являются больные туберкулезом легких с наличием бактериовыделения и / или с деструктивными процессами в легких.

Резервуар туберкулезной инфекции — больные туберкулезом и инфицированные микобактерией туберкулеза люди, животные и птицы.

2.4. Основным механизмом передачи возбудителя инфекции

является воздушно-капельный (аэрозольный). Возможны также воздушно-пылевой, контактный, алиментарный, вертикальный механизмы передачи.

Основным фактором передачи возбудителя туберкулезной инфекции является воздушная среда. Факторами передачи инфекции могут также являться инфицированные материалы от больных, контаминированные возбудителем объекты внешней среды.

2.5. Отсутствие вакцинации против туберкулеза повышает риск развития заболевания при первичном инфицировании.

2.6. Места пребывания больного туберкулезом вместе с окружающими его людьми и предметами внешней среды в тех пределах пространства, в которых возможно возникновение новых заражений и заболеваний (очаги туберкулеза), различны по эпидемиологической опасности и в зависимости от степени риска возникновения новых случаев в очаге разделяются на 5 групп:

I группа — очаги с высоким риском заражения туберкулезом, отягощенные неблагоприятными факторами — социально отягощенные очаги.

К этой группе относятся очаги, сформированные больными туберкулезом органов дыхания, выделяющими микобактерии туберкулеза, при сочетании в

очаге всех или части следующих неблагоприятных факторов:

- проживание в очаге детей и подростков, лиц с иммунодефицитными заболеваниями;
- тяжелые бытовые условия, отсутствие возможности выделения отдельного помещения для проживания больного;
- нарушения противоэпидемического режима, нарушение больным правил личной гигиены.

Для обеспечения эффективности противоэпидемических и профилактических мероприятий определяются границы таких очагов. В территорию очага включается квартира, в которой проживает больной туберкулезом органов дыхания с обильным выделением возбудителя туберкулеза, лестничная клетка, подъезд дома и группа близлежащих домов, объединенных общим двором.

II группа — очаги туберкулеза с высоким риском заражения в очаге, социально благополучные.

К этой группе относятся очаги, в которых проживают больные туберкулезом органов дыхания, выделяющие микобактерии туберкулеза, но проживающие в отдельных квартирах без детей и подростков, где больной соблюдает санитарно-гигиенический режим, выполняются мероприятия по текущей дезинфекции.

III группа — очаги туберкулеза с риском заражения в очаге:

- очаги, где проживают больные активным туберкулезом органов дыхания без установленного при принятии на учет выделения микобактерий, но проживающие с детьми и подростками;
- очаги, сформированные больными с внелегочными локализациями туберкулеза с выделением микобактерий туберкулеза и без выделения микобактерий с наличием язв и свищей.

IV группа — очаги с потенциальным риском заражения туберкулезом:

- очаги, в которых у больных активным туберкулезом органов дыхания установлено прекращение выделения микобактерий туберкулеза в результате лечения (условные бактериовыделители), проживающие без детей и подростков и не имеющие отягчающих факторов;
- очаги, где больной, выделяющий микобактерии, выбыл;
- очаги, где больной, выделяющий микобактерии, умер.

V группа — очаги туберкулеза зоонозного происхождения.

2.7. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу осложняется при нарастании в этиологической структуре доли

лекарственно-устойчивых форм *M. tuberculosis* распространением ВИЧ-инфекции.

III. Выявление больных туберкулезом

3.1. Выявление больных туберкулезом осуществляется врачами всех специальностей, средними медицинскими работниками медицинских и оздоровительных организаций.

3.2. При подозрении на туберкулез в медицинских организациях проводится обследование заболевшего в установленном объеме в целях уточнения диагноза.

3.3. При обнаружении во время обследования пациента признаков, указывающих на возможное заболевание туберкулезом, в целях постановки окончательного диагноза он направляется в специализированную медицинскую организацию по профилю «фтизиатрия» по месту жительства.

Медицинский работник, оформляющий направление, информирует пациента о необходимости явиться на обследование в противотуберкулезную медицинскую организацию в течение 10 рабочих дней с момента получения направления и делает отметку в медицинской документации пациента о его информировании.

3.4. Контроль проведения своевременного и полного обследования пациента осуществ-

ляется специалистом и врачом-фтизиатром специализированной медицинской организации.

3.5. Лица без определенного места жительства при подозрении на заболевание туберкулезом госпитализируются в противотуберкулезную медицинскую организацию для обследования и лечения.

3.6. По завершении обследования пациента противотуберкулезная медицинская организация в течение 3 рабочих дней информирует медицинскую организацию, направившую больного на обследование, о результатах обследования и окончательном диагнозе.

В случае подтверждения диагноза «туберкулез» противотуберкулезная медицинская организация, установившая диагноз, информирует органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3.7. Медицинские противотуберкулезные организации ежегодно предоставляют списки лиц, больных туберкулезом, в медицинские организации, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь по месту жительства.

3.8. Руководителями медицинских организаций ежемесячно организуется анализ работы функциональных подразделений лечебно-профилактической

организации в части выявления туберкулеза в различных возрастных и социально-профессиональных группах, а также проводимой профилактической работы в данных подразделениях.

IV. Организация раннего выявления туберкулеза у взрослого населения

4.1. В целях раннего выявления туберкулеза у взрослого населения прохождению профилактических медицинских осмотров подлежат граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства.

Организация профилактических осмотров на туберкулез и контроль за их проведением осуществляются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан*.

4.2. Профилактические медицинские осмотры проводятся в массовом, групповом (по эпидемическим показаниям) и индивидуальном порядке в медицинских организациях по месту жительства, работы, службы, учебы или содержания в следственных изоляторах и исправительных учреждениях.

* *Примечание:* Постановлением Правительства РФ от 25.12.2001 № 892 утверждены порядок и сроки проведения профилактических медицинских осмотров населения в целях выявления туберкулеза.

4.3. При проведении профилактических медицинских осмотров используются методы, методики и технологии проведения медицинского обследования.

4.4. Медицинскими организациями, обслуживающими взрослое население, обеспечивается проведение профилактических медицинских осмотров населения, прикрепленного к медицинской организации, с целью раннего выявления туберкулеза не реже 1 раза в 2 года. В субъектах Российской Федерации, муниципальных образованиях с показателем заболеваемости населения туберкулезом 60 и более случаев на 100 тысяч населения в год — не реже 1 раза в год.

4.5. Планирование профилактических осмотров взрослого населения на туберкулез проводится медицинской организацией после уточнения численности населения, прикрепленного к медицинской организации (работающего и неработающего), его возрастного и профессионального состава, анализа данных индивидуальных учетных форм и медицинских документов, содержащих сведения о проведенном обследовании, картотеке.

4.6. Уточнение численности прикрепленного работающего населения проводится медицинской организацией ежегодно.

4.7. Руководители предприятий, организаций по запросу обслуживающей медицинской организации представляют информацию, необходимую для организации и проведения профилактических обследований сотрудников в целях раннего выявления туберкулеза.

4.8. Медицинской организацией, осуществляющей профилактические обследования в целях раннего выявления туберкулеза, составляется годовой план проведения профилактических обследований в целях раннего выявления туберкулеза, который согласовывается с территориальными органами федерального органа исполнительной власти, уполномоченного осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.9. Противотуберкулезные медицинские организации формируют сводные годовые планы по прикрепленным территориям и сводный план по субъекту Российской Федерации в разрезе муниципальных образований. Указанные планы согласовываются с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.10. Сводный план по субъекту Российской Федерации утверждается органом исполнительной власти субъекта Россий-

ской Федерации в области охраны здоровья граждан.

4.11. Контроль за своевременным прохождением сотрудниками организации профилактических осмотров на туберкулез осуществляется руководством организации.

4.12. По эпидемиологическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулезом) профилактические медицинские осмотры проходят 2 раза в год:

- военнослужащие, проходящие военную службу по призыву;
- лица, находящиеся в контакте с источниками туберкулезной инфекции, в том числе лица, осуществляющие сопровождение больных туберкулезом иностранных граждан;
- лица, снятые с диспансерного учета в медицинских противотуберкулезных организациях в связи с выздоровлением, в течение первых 3 лет после снятия с учета;
- лица, перенесшие туберкулез и имеющие остаточные изменения в легких, в течение первых 3 лет с момента выявления заболевания;
- ВИЧ-инфицированные;
- пациенты, состоящие на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях;

- лица, состоящие в группе профилактического наркологического учета в связи с употреблением психоактивных веществ и препаратов;
- подследственные, содержащиеся в следственных изоляторах, и осужденные, содержащиеся в исправительных учреждениях;
- лица, освобожденные из следственных изоляторов и исправительных учреждений, в течение первых 2 лет после освобождения;
- лица, по роду своей профессиональной деятельности имеющие контакт с контингентом подследственных и осужденных;
- лица без определенного места жительства.

4.13. По эпидемическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулезом) профилактические медицинские осмотры проходят 1 раз в год:

- больные хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы;
- больные сахарным диабетом;
- больные онкогематологическими заболеваниями;
- лица, получающие кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию,

- блокаторы ФНО-α, генно-инженерные биологические препараты;
- иностранные граждане и лица без гражданства, в том числе осуществляющие трудовую деятельность на территории Российской Федерации, беженцы, вынужденные переселенцы;
- лица, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания и учреждениях социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий;
- работники учреждений социального обслуживания для детей и подростков;
- работники санаторно-курортных, образовательных, оздоровительных и спортивных учреждений для детей и подростков;
- сотрудники медицинских организаций;
- работники организаций социального обслуживания для престарелых и инвалидов;
- работники организаций по переработке и реализации пищевых продуктов, в том числе молока и молочных продуктов, организаций бытового обслуживания населения, работники водопроводных сооружений;
- нетранспортабельные больные (обследование прово-

дится методом микроскопии мокроты).

4.14. Во внеочередном порядке профилактический медицинский осмотр на туберкулез проходят:

- лица, обратившиеся в медицинские организации за медицинской помощью с подозрением на заболевание туберкулезом;
- лица, обратившиеся за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения, поступающие на стационарное лечение, и лица, допущенные в детские медицинские организации в целях осуществления ухода за детьми, находящимися на стационарном лечении, если с даты последнего профилактического обследования на туберкулез прошло более года (при экстренном поступлении пациентов на стационарное лечение, профилактическое обследование на туберкулез, по возможности, проводится в условиях стационара);
- лица из окружения детей, имеющих изменения чувствительности к туберкулину («виражных» детей), если с момента последнего флюорографического обследования прошло более 6 месяцев;
- лица, приезжающие из других территорий Российской

Федерации для поступления на работу, на постоянное или временное проживание, если с момента последнего флюорографического обследования прошло более года;

- лица, проживающие совместно с беременными женщинами и новорожденными, если с момента предыдущего флюорографического обследования прошло 1 год и более к моменту родов;
- граждане, призываемые на военную службу или поступающие на военную службу по контракту, если с момента последнего обследования прошло более 6 месяцев;
- лица, у которых диагноз «ВИЧ-инфекция» установлен впервые, если с момента последнего обследования прошло более 6 месяцев, а также инфицированные ВИЧ в стадии вторичных проявлений (4А — 4В) или инфицированные ВИЧ с низким уровнем CD4 лимфоцитов (менее 350 кл/мкл);
- абитуриенты при поступлении на обучение, в случае если с даты последнего профилактического обследования в целях раннего выявления туберкулеза прошел 1 год и более;
- лица без определенного места жительства — при любом обращении в учреждения со-

- циальной защиты или здравоохранения, если отсутствуют сведения о прохождении профилактического обследования на туберкулез или с момента последнего обследования прошло более 6 месяцев;
- лица, употребляющие психоактивные вещества и препараты, не входящие в группу профилактического наркологического учета, — при выявлении сотрудниками органов внутренних дел, при отсутствии сведений о профилактических осмотрах на туберкулез за последний год;
 - иностранные граждане и лица без гражданства при обращении за получением разрешения на временное проживание на территории Российской Федерации, вида на жительство, гражданства или разрешения на работу в Российской Федерации.

4.15. Руководителями медицинских организаций обеспечивается планирование, организация и проведение профилактических медицинских осмотров на туберкулез по данным индивидуального учета населения, а также представление соответствующих отчетов в противотуберкулезные организации.

4.16. Ежегодный охват населения в возрасте от 15 лет и старше профилактическими

рентгенофлюорографическими исследованиями должен составлять не менее 65% от численности населения, прикрепленного к медицинской организации, осуществляющей профилактические обследования в целях раннего выявления туберкулеза.

4.17. Контроль за индивидуальным учетом профилактических медицинских осмотров населения в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и выполнением плана профилактических медицинских осмотров населения на туберкулез осуществляется медицинской противотуберкулезной организацией.

4.18. Ответственность за организацию прохождения профилактических медицинских осмотров на туберкулез возлагается на руководство организации по месту работы, учебы лиц, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру на туберкулез.

4.19. Диагноз «туберкулез» подтверждается комиссией врачей противотуберкулезной медицинской организации, которая принимает решение о необходимости диспансерного наблюдения, в том числе госпитализации, наблюдения и лечения в условиях дневного стационара, за больным туберкулезом. О принятом

решении больной информируется письменно в трехдневный срок со дня постановки на диспансерный учет.

V. Организация раннего выявления туберкулеза у детей

5.1. В целях раннего выявления туберкулеза у детей туберкулинодиагностика проводится вакцинированным против туберкулеза детям с 12-месячного возраста и до достижения возраста 18 лет. Внутрикожную аллергическую пробу с туберкулином (далее — проба Манту) ставят 1 раз в год, независимо от результата предыдущих проб.

Ежегодный охват пробой Манту детей до 14 лет включительно должен составлять не менее 95%. В обязательном порядке обследуются дети из социально неблагополучных семей и проживающие на территории Российской Федерации дети иностранных граждан, прибывшие из неблагополучных по туберкулезу стран.

5.2. Проба Манту проводится 2 раза в год:

— детям, не вакцинированным против туберкулеза по медицинским противопоказаниям, а также не привитым против туберкулеза по причине отказа родителей от иммунизации ребенка, до получения ребен-

ком прививки против туберкулеза;

— детям, больным хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, сахарным диабетом;

— детям, получающим кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию;

— ВИЧ-инфицированным детям.

5.3. Постановка пробы Манту осуществляется средними медицинскими работниками детских, подростковых, амбулаторно-поликлинических и оздоровительных организаций, прошедших обучение в противотуберкулезных медицинских организациях и имеющих справку-допуск.

Средние медицинские работники детских, подростковых, амбулаторно-поликлинических и оздоровительных организаций проходят обучение в противотуберкулезных медицинских организациях не реже 1 раза в 2 года.

5.4. Не допускается проведение пробы Манту на дому, а также в детских и подростковых организациях в период карантина по инфекционным заболеваниям. Постановка проб Манту проводится до профилактических прививок.

5.5. Интервал между профилактической прививкой, биологической диагностической пробой и пробой Манту должен

быть не менее одного месяца. В день постановки туберкулиновых проб проводится медицинский осмотр детей.

5.6. В течение 6 дней с момента постановки пробы Манту направляются на консультацию в противотуберкулезный диспансер по месту жительства следующие категории детей:

- с впервые выявленной положительной реакцией (папула 5 мм и более), не связанной с предыдущей иммунизацией против туберкулеза;
- с длительно сохраняющейся (4 года) реакцией (с инфильтратом 12 мм и более);
- с нарастанием чувствительности к туберкулину у туберкулоположительных детей — увеличение инфильтрата на 6 мм и более;
- увеличение менее чем на 6 мм, но с образованием инфильтрата размером 12 мм и более;
- с гиперреакцией на туберкулин — инфильтрат 17 мм и более;
- при везикуло-некротической реакции и лимфангите.

5.7. Дети, направленные на консультацию в противотуберкулезный диспансер, родители или законные представители которых не представили в течение 1 месяца с момента постановки пробы Манту заключение фтизиатра об отсутствии заболевания

туберкулезом, не допускаются в детские организации.

Дети, туберкулинодиагностика которым не проводилась, допускаются в детскую организацию при наличии заключения врача-фтизиатра об отсутствии заболевания.

5.8. Планирование, организация, своевременный и полный учет проведенных проб Манту (проводимых с целью раннего выявления туберкулеза и иммунизации против туберкулеза) по данным индивидуального учета детского населения, а также взаимодействие с медицинскими противотуберкулезными организациями по вопросу своевременной явки и обследования детей, направленных на дообследование к фтизиатру по результатам туберкулинодиагностики, обеспечиваются руководителями медицинских организаций.

VI. Организация раннего выявления туберкулеза у подростков

6.1. В целях раннего выявления туберкулеза у подростков проводятся:

- плановая ежегодная туберкулинодиагностика;
- периодические (флюорографические) осмотры.

6.2. Пробу Манту проводят 1 раз в год всем лицам в возрасте от 15 до 18 лет, независимо от ре-

зультата предыдущих проб. Ежегодный охват туберкулиновыми пробами должен составлять не менее 95% лиц, относящихся к данной возрастной группе.

6.3. Руководителями медицинских организаций, осуществляющих профилактические медицинские осмотры населения в целях раннего выявления туберкулеза, обеспечивается ежеквартальный анализ работы специалистов по активному выявлению и профилактике туберкулеза среди подросткового населения и корректировка планов проведения обследований.

6.4. В день постановки туберкулиновых проб проводится медицинский осмотр подростков.

6.5. Подросткам, посещающим образовательные организации, в том числе школы, школы-интернаты, колледжи, гимназии, лицеи, средние специальные и высшие учебные заведения, а также работникам организаций, имеющих медицинский кабинет, туберкулинодиагностика проводится медицинскими работниками данной организации, имеющими справку-допуск, а при их отсутствии — медицинскими работниками, имеющими справку-допуск, медицинской организации, на территории обслуживания которой располагается организация.

6.6. Подросткам, не работающим и не посещающим учебные заведения, проба Манту ставится в амбулаторно-поликлинической медицинской организации по месту жительства.

6.7. В течение 6 дней с момента постановки пробы Манту направляются на консультацию к фтизиатру в специализированную противотуберкулезную медицинскую организацию по месту жительства следующие категории подростков:

- с впервые обнаруженной положительной реакцией на туберкулин (инфильтрат 5 мм и более), не связанной с предшествующей иммунизацией против туберкулеза;
- с гиперреакцией на туберкулин (инфильтрат 17 мм и более или меньших размеров, но везикуло-некротического характера и наличием лимфангита);
- с нарастанием чувствительности к туберкулину — увеличение инфильтрата на 6 мм и более;
- с постепенным нарастанием чувствительности к туберкулину по годам до 12 мм и более.

6.8. Подростки, направленные на консультацию в противотуберкулезный диспансер, не представившие руководителю организации в течение 1 меся-

ца с момента постановки пробы Манту заключение фтизиатра об отсутствии заболевания туберкулезом, не допускаются к работе (учебе).

6.9. Профилактический медицинский (флюорографический) осмотр подростков осуществляется в амбулаторно-поликлинической медицинской организации по месту нахождения образовательной организации или в амбулаторно-поликлинической медицинской организации по месту жительства.

6.10. Профилактический медицинский (флюорографический) осмотр проводится лицам в возрасте 15 и 17 лет. При отсутствии данных о проведении профилактических осмотров флюорографический осмотр проводится во внеочередном порядке.

Профилактический медицинский (флюорографический) осмотр подростков проводится 1 раз в год:

- при регистрации заболеваемости туберкулезом на территории муниципального образования, субъекта Российской Федерации 60 случаев на 100 тысяч населения в год;
- проживающим в социально неблагополучных семьях и семьях иностранных граждан, прибывших из неблагополучных по туберкулезу стран.

6.11. Подросткам, больным хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, онкогематологическими заболеваниями, с ювенильным ревматоидным артритом, сахарным диабетом, получающим кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию, проводится 2 раза в год профилактический медицинский осмотр с целью выявления туберкулеза (чередую туберкулинодиагностику и флюорографическое обследование).

6.12. Подросткам, состоящим на диспансерном учете в наркологических, психиатрических учреждениях, а также ВИЧ-инфицированным, флюорографическое обследование проводится 2 раза в год.

6.13. В течение 3 дней с момента выявления патологии подросток направляется в противотуберкулезный диспансер по месту жительства для завершения обследования.

6.14. Подростки с симптомами, указывающими на возможное заболевание туберкулезом (легочные заболевания затяжного течения, экссудативный плеврит, подострый и хронический лимфаденит, узловатая эритема, хронические заболевания мочевыводящих путей), консультируются у фтизиатра.

VII. Регистрация, учет и государственное статистическое наблюдение случаев туберкулеза

7.1. Государственное статистическое наблюдение за распространением туберкулеза проводится органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и органами исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан в установленном порядке.

7.2. Учету и регистрации при ведении государственного статистического наблюдения подлежат:

7.2.1. Граждане Российской Федерации:

- лица, больные активной формой туберкулеза;
- лица, нуждающиеся в уточнении активности туберкулезного процесса или в дифференциальной диагностике туберкулеза;
- лица с неактивной формой туберкулеза в течение первых 3 лет после излечения;
- лица, находящиеся в контакте с больными туберкулезом людьми;
- зооветеринарные работники; работники хозяйств, неблагополучных по заболеваемости туберкулезом животных; другие категории населения, имеющие контакт с больны-

ми туберкулезом животными;

- дети и подростки, впервые инфицированные микобактериями туберкулеза, с гиперергическими и нарастающими реакциями на туберкулин;
- дети, у которых возникли осложнения на введение противотуберкулезной вакцины;
- лица, больные активной формой туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией;
- лица с неактивной формой туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией в течение первых 3 лет после излечения туберкулеза.

7.2.2. Иностранные граждане и лица без гражданства при выявлении у них активной формы туберкулеза впервые.

7.3. Медицинские работники медицинских, оздоровительных, детских и других организаций, выявившие (заподозрившие) у лиц заболевание туберкулезом, в течение 2 часов сообщают по телефону, а затем в течение 12 часов в письменной форме направляют экстренное извещение о каждом больном (в том числе без определенного места жительства, а также лиц, временно пребывающих на данной территории) в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по

месту выявления, фактического проживания и работы (учебы) больного.

7.4. При выявлении осложнения (подозрения на осложнение) после введения противотуберкулезной вакцины, медицинской организацией направляется экстренное извещение в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, а также карта регистрации больного с осложнениями после иммунизации туберкулезной вакциной — в Центр по мониторингу за осложнениями на введение противотуберкулезной вакцины Министерства здравоохранения Российской Федерации.

7.5. Учету и регистрации подлежат все случаи смерти больных от туберкулеза, а также случаи смерти больных туберкулезом от ВИЧ-инфекции.

7.6. В городах, где созданы отделы учета и регистрации инфекционных больных, информация о впервые выявленных больных активным туберкулезом передается по телефону, электронной почте, с использованием информационно-коммуникационной сети Интернет в течение 12 часов в указанные отделы.

7.7. На каждый очаг туберкулеза специалистами медицинских противотуберкулезных организаций и органами, осу-

ществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, заполняется карта эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза в двух экземплярах. Один экземпляр находится в территориальной противотуберкулезной медицинской организации, второй — в территориальном органе (или организации), осуществляющем федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, для оформления результатов динамического наблюдения за очагом.

7.8. Контроль за достоверностью диагноза туберкулеза у впервые выявленного больного и принятие на основании заключения врачебной комиссии окончательного решения о необходимости учета и регистрации нового случая заболевания туберкулезом в данной местности осуществляется противотуберкулезным диспансером органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан.

7.9. Сверка данных о случаях заболевания туберкулезом, туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, и смерти от туберкулеза проводится территориальными органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпи-

демиологический надзор, и территориальными медицинскими специализированными противотуберкулезными организациями ежемесячно.

VIII. Мероприятия в очагах туберкулеза

8.1. Целью проведения противоэпидемических мероприятий в эпидемическом очаге туберкулеза является предупреждение новых случаев инфицирования микобактериями туберкулеза и заболеваний в окружении больного.

8.2. Эпидемиологическое обследование очага туберкулеза с установленным у больного выделением микобактерий туберкулеза и / или фазы распада туберкулезного процесса проводится совместно специалистами органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и / или специалистами учреждений, обеспечивающих их деятельность, и специалистами медицинских специализированных противотуберкулезных организаций в течение 3 дней с момента получения экстренного извещения.

8.3. Для выявления возможных источников распространения туберкулезной инфекции устанавливаются лица, контактировавшие с заболевшим в се-

мье, квартире, доме, уточняется место фактического проживания и возможность проживания заболевшего по другим адресам, сведения о месте работы (обучения) больного туберкулезом, в том числе по совместительству, профессия больного.

8.4. С целью разработки комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при обследовании очага оценивается степень его эпидемиологической опасности (риск заражения для находящихся в нем людей), условия быта, уровень санитарно-гигиенических навыков членов семьи и других лиц, контактировавших с больным туберкулезом, наличие в очаге детей, подростков, беременных женщин, лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией, больных ВИЧ-инфекцией.

Принадлежность очага туберкулеза к той или иной группе риска заражения определяется участковым фтизиатром при обязательном участии специалиста-эпидемиолога.

Перевод очага из одной эпидемиологической группы в другую в случае изменения в очаге условий, повышающих или понижающих риск заражения или заболевания, осуществляется участковым фтизиатром при обязательном участии специалиста-эпидемиолога.

По результатам обследования заполняется карта эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза.

8.5. Медицинские организации, граждане, занимающиеся частной медицинской деятельностью, органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляют обмен информацией о выявленных больных туберкулезом и лицах, находящихся в контакте с больным.

8.6. В очагах туберкулеза с целью его ранней локализации и предупреждения распространения заболевания специалистами медицинских специализированных противотуберкулезных организаций (отделений, кабинетов) проводятся санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

- первичное обследование очага и лиц, контактировавших с больным в течение 14 дней с момента выявления больного;
- разработка планов оздоровительных мероприятий, динамическое наблюдение за очагом;
- изоляция и лечение больного туберкулезом;
- изоляция из очага детей (в том числе изоляция новорожденных от бактериовыделителей на период формирования по-

ствакционного иммунитета не менее чем на 2 месяца), подростков, беременных женщин (в случае если больной туберкулезом не госпитализирован), с указанием в карте эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза;

- проведение контролируемой химиотерапии или превентивного лечения контактным лицам, динамическое обследование контактных лиц (проведение флюорографического обследования, туберкулинодиагностики, бактериологического обследования, общих клинических анализов);
- организация заключительной дезинфекции, текущей дезинфекции и обучение больного и контактных лиц ее методам;
- контроль текущей дезинфекции в очаге (1 раз в квартал);
- первичное обследование лиц, контактировавших с больным, в течение 14 дней с момента выявления больного, динамическое наблюдение за контактными лицами в установленном порядке;
- обучение больных и контактных лиц гигиеническим навыкам;
- определение условий, при которых очаг туберкулеза может быть снят с эпидемиологического учета;

— заполнение и динамическое ведение карты, отражающей характеристику очага туберкулеза и весь комплекс проводимых в очаге мероприятий с указанием сроков их проведения.

Руководителями противотуберкулезных медицинских организаций организуется в ежемесячном режиме контроль правильности, полноты и своевременности ведения карт, отражающих характеристику очагов туберкулеза, и выполнения комплекса проводимых в очаге туберкулеза санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

Кратность обследования очагов туберкулеза специалистами медицинских противотуберкулезных организаций (отделений, кабинетов) совместно со специалистами-эпидемиологами при динамическом наблюдении составляет:

- для очагов 1 группы — 4 раза в год;
- для очагов 2 группы — 2 раза в год;
- для очагов 3 группы — 1 раз в год.

В населенных пунктах, отдаленных от противотуберкулезной медицинской организации, санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия выполняются специалистами участковой амбулаторно-поликлинической сети при методической

помощи фтизиатра диспансера и специалиста органа, уполномоченного осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

8.7. В очагах туберкулеза с целью ранней локализации очага и предупреждения распространения заболевания специалистами органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

- определение границ эпидемического очага при первичном его обследовании, оценку регулярности и результатов профилактических флюорографических осмотров контактных лиц;
- разработка совместно с фтизиатром плана оздоровления очага;
- ведение необходимой учетной и отчетной документации;
- оказание помощи фтизиатру в организации противоэпидемических и дезинфекционных мероприятий в очаге;
- динамический контроль за своевременностью, качеством и полнотой проведения в очаге комплекса противоэпидемических мероприятий, предусмотренных планом оздоровления очага, включая

дезинфекционные, при необходимости — внесение дополнений и изменений в план оздоровления очага, в том числе при изменении группы диспансерного учета больного и группы эпидемиологической опасности очага;

- эпидемиологический анализ ситуации по туберкулезной инфекции на территории по месту возникновения очага, оценку эффективности работы в очагах туберкулезной инфекции, разработку предложений по совершенствованию работы с целью предупреждения распространения туберкулеза на территории по месту возникновения очага.

8.8. При регистрации заболевания туберкулезом у сельского жителя обследование очага и организация профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляются во взаимодействии с заинтересованными органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

8.9. Лица, больные активной формой туберкулеза, в целях предупреждения распространения туберкулезной инфекции, должны соблюдать правила личной гигиены и выполнять рекомендации врача-фтизиатра.

8.10. Новорожденный, родившийся от матери, больной активной формой туберкулеза

с бактериовыделением, с согласия матери изолируется от нее на срок не менее 2 месяцев после вакцинации ребенка против туберкулеза.

8.11. Лица с ВИЧ-инфекцией изолируются от больных активным туберкулезом.

8.12. Перевозка граждан с активной формой туберкулеза осуществляется в условиях, исключающих инфицирование других лиц. Рекомендации по организации безопасных условий проезда выдаются сопровождающему лицу или больному туберкулезом врачом-фтизиатром.

8.13. Медицинской службой учреждений исполнения наказаний представляется информация в органы исполнительной власти соответствующих субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан о больных туберкулезом лиц, освободившихся из учреждений исполнения наказаний, при убытии их на постоянное место жительства с целью своевременной постановки на учет, лечения и профилактики заболеваний туберкулезом среди контактных лиц.

IX. Дезинфекционные мероприятия в очагах туберкулеза

9.1. В очагах туберкулеза проводится текущая и заключительная дезинфекция.

9.2. Текущая дезинфекция в очаге туберкулеза осуществляется с момента выявления лица, проживающего в очаге. Организация текущей дезинфекции и обучение навыкам ее проведения в очаге осуществляются сотрудниками противотуберкулезной медицинской организации и организации дезинфекционного профиля.

Дезинфекции подвергается белье больного (нательное, постельное, полотенца, носовые платки, вкладыши емкостей для сбора мокроты), столовая посуда и приборы, емкости для сбора мокроты, санитарно-техническое оборудование, воздух и поверхности в помещениях, мебель, предметы ухода за больным. Для дезинфекции используются дезинфицирующие средства и кожные антисептики, эффективные в отношении микобактерий туберкулеза.

9.3. Заключительная дезинфекция в очагах туберкулеза осуществляется специализированными организациями не позднее 24 часов с момента получения заявки во всех случаях выбытия больного из домашнего очага (в больницу, санаторий, при изменении места жительства, выбытии больного из очага на длительный срок, смерти больного).

Внеочередная заключительная дезинфекция в очагах тубер-

кулеза проводится перед возвращением родильниц из роддома, перед сносом домов, где проживали больные туберкулезом, в случае смерти больного от туберкулеза на дому (в том числе и когда умерший не состоял на учете в противотуберкулезной медицинской организации).

Проведение заключительной дезинфекции в очагах туберкулеза силами специализированных организаций осуществляется не реже 1 раза в год:

- в местах проживания больных заразными формами туберкулеза;
- в случае проживания в очаге детей и подростков;
- в коммунальных квартирах, общежитиях, казармах, тюрьмах;
- при наличии в очаге лиц, страдающих наркоманией, алкоголизмом, психическими заболеваниями, ВИЧ-инфицированных.

9.4. Проведение заключительной дезинфекции организациями, осуществляющими деятельность по профилю «дезинфектология» осуществляется:

- в детских дошкольных и общих образовательных организациях, детских и подростковых организациях, в организованных воинских коллективах, медицинских организациях нетуберкулез-

- ного профиля, стационарных учреждениях социального обеспечения — в случае выявления больного активной формой туберкулеза;
- по месту работы больного с установленным выделением микобактерий туберкулеза и в стадии распада без выделения микобактерий туберкулеза.

9.5. Заключительная дезинфекция в очагах туберкулеза проводится организациями, имеющими лицензию на дезинфекционную деятельность.

9.6. При проведении заключительной дезинфекции в очаге туберкулеза обязательным является проведение камерной дезинфекции вещей и постельных принадлежностей. Перед проведением заключительной дезинфекции, если в очаге есть насекомые, проводятся дезинсекционные мероприятия.

9.7. Органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводится лабораторный контроль качества дезинфекционных мероприятий в очагах туберкулезной инфекции.

9.8. Транспортное средство после перевозки пассажира, больного заразной формой туберкулеза, подлежит санитарной обработке с применением дезинфицирующих средств, обладаю-

щих туберкулоцидной активностью.

<...>

XI. Организация и проведение иммунизации населения против туберкулеза

11.1. Плановая массовая иммунизация против туберкулеза детского населения проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок или по индивидуальному плану после отмены противопоказаний или прибытия из стран, где не проводятся прививки против туберкулеза.

11.2. Профилактические прививки детям проводятся с согласия родителей или иных законных представителей несовершеннолетних граждан.

11.3. Отказ от проведения прививки должен быть оформлен записью в медицинской документации и подписан одним из родителей или иным законным представителем несовершеннолетнего гражданина, а также медицинским работником. При отказе родителей от подписи в медицинской документации указанная документация подписывается двумя медицинскими работниками организации.

11.4. Руководителями медицинских организаций, обслуживающих детское население, обеспечиваются планирование,

организация и проведение, полнота охвата и достоверность учета профилактических прививок, а также своевременное представление отчетов о проведенных прививках в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан и органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Методическое руководство работой медицинских организаций, обслуживающих детское население, осуществляют специалисты противотуберкулезной службы.

11.5. В медицинской организации проводится учет детей, не привитых против туберкулеза в роддоме, с последующей иммунизацией их в условиях детских поликлиник.

Медицинской организацией осуществляется наблюдение за детьми, не привитыми против туберкулеза, до их иммунизации против туберкулеза.

Руководитель медицинской организации обеспечивает проведение ежемесячного анализа иммунопрофилактики, обоснованности вновь оформленных и действующих медицинских противопоказаний к иммунизации против туберкулеза, осложнений на прививки против туберкулеза среди детского населения по территории обслуживания.

11.6. Сводный план профилактических прививок против туберкулеза и потребность медицинских организаций в медицинских иммунобиологических препаратах согласовываются с органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

11.7. План профилактических прививок составляется ответственными за проведение прививочной работы медицинскими работниками родильных домов (отделений), медицинских организаций по месту жительства детей, детских дошкольных и образовательных организаций.

11.8. В план профилактических прививок включаются дети:

- не привитые против туберкулеза;
- подлежащие очередной возрастной ревакцинации.

11.9. Руководитель медицинской организации, обслуживающей детское население, обеспечивает проведение учета детского населения, организацию и ведение прививочной картотеки, формирование плана профилактических прививок.

11.10. Учет детского населения проводится 2 раза в год (апрель, октябрь). Учет осуществляется в отношении детей от 0 до 14 лет включительно, проживающих на территории, обслуживаемой

медицинской организацией. На основании проведенной переписи оформляется журнал учета детского населения по педиатрическим участкам (перепись по домам), перепись по годам рождения. Учет детского населения между переписями корректируется путем внесения сведений о новорожденных, вновь прибывших детях и снятия с учета выбывших детей. Временный отъезд не является основанием для снятия детей с учета.

11.11. Учет детей, посещающих детские дошкольные организации, дома ребенка, детские дома, школы, школы-интернаты и другие образовательные организации, проводится 1 раз в год. Сведения о детях, посещающих вышеуказанные организации, передаются в поликлиники по месту расположения организации.

11.12. По завершении переписи списки детей сверяются с картами профилактических прививок и индивидуальными картами развития ребенка, табелями ежедневной посещаемости детей дошкольной организации, списками школьников по классам. На неучтенных детей заполняются соответствующие документы: карта профилактических прививок, индивидуальная карта развития ребенка. Составляется сводная перепись по годам рож-

дения по дошкольно-школьному отделению поликлиники.

11.13. Учет детского населения проводится в городской и сельской местности.

11.14. В случае отсутствия прививок врачом-педиатром выясняются причины, по которым ребенок не был привит, и принимаются необходимые меры по его иммунизации.

11.15. Иммунизация против туберкулеза и интерпретация постпрививочного знака проводится медицинским персоналом, прошедшим соответствующую подготовку и получившим справку-допуск. Наблюдение за вакцинированными и ревакцинированными детьми и подростками проводится через 1, 3, 6, 9 месяцев после вакцинации или ревакцинации с регистрацией размера и характера местной реакции (папула, пустула с образованием корочки, с отделяемым или без него, рубчик, пигментация).

Сведения об иммунизации и данные наблюдений заносятся в медицинскую документацию.

11.16. Для проведения иммунизации против туберкулеза выделяется день недели, когда другие виды иммунизации, а также проба Манту не проводится.

11.17. Иммунизация против туберкулеза детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, проводится в родильном

доме в том случае, если была проведена трехэтапная химио-профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (тремя антиретровирусными препаратами в течение не менее 8 недель перед родами, во время родов и в периоде новорожденности). Для иммунизации применяется вакцина БЦЖ-М.

Вопрос о вакцинации детей, не привитых в родильном доме, решается только после проведения диагностики ВИЧ-инфекции путем определения нуклеиновых кислот ВИЧ (ДНК/РНК) молекулярными методами в возрасте до 18 месяцев или выявления антител к ВИЧ в возрасте старше 18 месяцев.

При получении двух отрицательных результатов обследования ребенка на нуклеиновые кислоты ВИЧ (первое исследование в возрасте не менее 1 месяца, второе — в возрасте не менее 4—6 месяцев) вакцинация против туберкулеза проводится на общих основаниях.

Иммунизация против туберкулеза не проводится у детей при обнаружении нуклеиновых кислот ВИЧ и у детей с подтвержденной ВИЧ-инфекцией.

11.18. Ревакцинация против туберкулеза проводится детям с отрицательной реакцией на пробу Манту в соответствии с национальным календарем профилак-

тических прививок (статья 9 Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 38, ст. 4736; 2000, № 33, ст. 3348; 2003, № 2, ст. 167; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 1 (ч. I), ст. 25; 2006, № 27, ст. 2879; 2007, № 43, ст. 5084, № 49, ст. 6070; 2008, № 30 (ч. II), ст. 3616, № 52 (ч. I), ст. 6236; 2009, № 1, ст. 21, № 30, ст. 3739; 2010, № 50, ст. 6599; 2011, № 30 (ч. I), ст. 4590; 2012, № 53 (ч. I), ст. 7589; 2013, № 19, ст. 2331, № 27, ст. 3477, № 48, ст. 6165, № 51, ст. 6688)). Перед проведением прививки врачом (фельдшером) проводится медицинский осмотр.

11.19. Иммунизация против туберкулеза в прививочном кабинете медицинской организации проводится в специально выделенное время, когда другие виды иммунизации и туберкулинодиагностика не осуществляются.

11.20. Детям, посещающим детские дошкольные организации, школы, школы-интернаты, колледжи, лицеи, находящимся в детских домах, домах ребенка, прививки проводятся в специально оборудованных прививочных кабинетах. Иммунизация против туберкулеза проводится в выделенные дни, когда другие

виды иммунизации и туберкулинодиагностика не осуществляются.

11.21. Медицинские работники, осуществляющие иммунизацию и туберкулинодиагностику, больные острыми респираторными заболеваниями, ангинами, имеющие травмы на руках, гнойные поражения кожи и слизистых оболочек, независимо от их локализации, от проведения прививок против туберкулеза отстраняются.

11.22. Хранение, транспортирование и использование вакцин против туберкулеза и туберкулина осуществляются в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации к условиям транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов и рекомендациями производителя.

11.23. Профилактические прививки против туберкулеза проводятся медицинскими иммунобиологическими препаратами, зарегистрированными на территории Российской Федерации.

11.24. Иммунизация против туберкулеза, постановка пробы Манту проводятся одноразовыми туберкулиновыми шприцами.

ХII. Учет профилактических прививок

12.1. Сведения о выполненной прививке, туберкулиновой

пробе (дата введения, название препарата, номер серии, доза, контрольный номер, срок годности, характер реакции на введение) вносятся в установленные учетные формы медицинской документации по месту проведения прививки или туберкулиновой пробы, а также по месту медицинского наблюдения иммунизированного лица.

12.2. К учетным формам медицинской документации для регистрации прививки против туберкулеза и пробы Манту относятся:

- карта профилактических прививок, история развития ребенка;
- медицинская карта ребенка — для школьников;
- вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного — для подростков;
- сертификат профилактических прививок (для детей и подростков).

12.3. В медицинской организации учетные формы профилактических прививок заводятся на всех детей в возрасте до 14 лет включительно, проживающих в районе обслуживания, а также на всех детей, посещающих детские дошкольные организации и школы, располагающиеся в районе обслуживания поликлиники.

12.4. Сведения обо всех проведенных прививках детям до 14 лет включительно, независимо от места их проведения, вносятся в соответствующие учетные формы.

12.5. Сведения обо всех проведенных пробах Манту, независимо от места их проведения, вносят в соответствующие учетные формы.

12.6. Медицинскими организациями и органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор осуществляется учет местных, общих реакций и поствакцинальных осложнений на прививки против туберкулеза. По факту регистрации поствакцинального осложнения в медицинской организации, осуществляющей иммунизацию, проводится эпидемиологическое расследование при участии специалистов противотуберкулезной организации и специалистов органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

12.7. Сведения о прививках представляются в соответствии с государственными формами статистического наблюдения.

ХIII. Профилактика туберкулеза у ВИЧ-инфицированных

13.1. Специализированными медицинскими организациями по

профилактике и борьбе со СПИ-Дом обеспечивается проведение химиопрофилактики туберкулеза у взрослых ВИЧ-инфицированных лиц в установленном порядке.

13.2. Химиопрофилактика туберкулеза проводится всем ВИЧ-инфицированным лицам вне зависимости от степени иммуносупрессии и результата диаскинтеста / реакции Манту при уверенном исключении активного туберкулеза.

XIV. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора в области предупреждения распространения туберкулеза

14.1. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора в области предупреждения распространения туберкулеза представляют собой динамическое наблюдение за эпидемическим процессом, включающее слежение за заболеваемостью населения, биологическими свойствами возбудителей, выделяемых от людей, животных, с объектов окружающей среды, рисками распространения туберкулезной инфекции, оценку эффективности проводимых мероприятий, прогнозирование.

14.2. В целях обеспечения предупреждения распростра-

нения туберкулеза органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляются:

- подготовка совместно с фтизиатрической службой региональных программ по борьбе с туберкулезом;
- государственный учет и отчетность о прививках и контингентах, привитых против туберкулеза;
- методическая и консультативная помощь организациям здравоохранения в планировании прививок и туберкулиновых проб, определении потребности в противотуберкулезной вакцине и туберкулина;
- надзор за транспортированием, хранением и учетом вакцины против туберкулеза и туберкулина;
- контроль за своевременностью проведения периодических профилактических медицинских осмотров граждан, своевременной госпитализацией бациллярных больных, проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах туберкулеза, соблюдением санитарно-противоэпидемического режима в медицинских противотуберкулезных организациях;
- контроль выполнения требований санитарного законо-

дательства по обеспечению биологической безопасности работы в лабораториях, работающих с возбудителями туберкулеза;

- предъявление исков в суд и арбитражный суд в случае нарушения санитарного законодательства (статья 51 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»);
- контроль за соблюдением правил допуска лиц к обслуживанию животных в неблагополучных по туберкулезу хозяйствах, проведением профилактического лечения животноводов и охраной труда работников животноводства, выполнением обязательных профилактических мероприятий в хозяйствах и на фермах;
- рассмотрение материалов и принятие решений о нежелательности пребывания на территории Российской Федерации иностранных граждан, больных туберкулезом (статья 25.10 Федерального закона от 15.08.1996 № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 34, ст. 4029; 2003, № 2, ст. 159; 2006, № 31 (ч. I),

ст. 3420; 2008, № 19, ст. 2094; 2013, № 30 (ч. I), ст. 4057).

XV. Гигиеническое воспитание населения

15.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики туберкулеза.

15.2. Гигиеническое воспитание населения включает в себя предоставление населению информации о туберкулезе, основных симптомах заболевания, факторах риска и мерах профилактики.

15.3. Гигиеническое воспитание населения осуществляется в процессе воспитания и обучения в образовательных организациях, с использованием средств массовой информации, информацион-

но-телекоммуникационной сети Интернет, распространения информационных материалов среди различных групп населения, в ходе лекций и бесед в организациях и в индивидуальном порядке.

15.4. Гигиеническое воспитание должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортированием и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунально-бытовым обслуживанием населения, осуществляется при профессиональной гигиенической подготовке, а также при проведении профилактических медицинских осмотров.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

Приказом от 21 марта 2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» Министерства здравоохранения Российской Федерации внесены изменения, касающиеся упразднения второй ревакцинации БЦЖ в 14-летнем возрасте.

По состоянию на 1 января 2015 г. в Российской Федерации прививки против туберкулеза получили 2 105 832 чел. (2013 г. — 2 089 055 чел., 2012 г. — 2 123 038 чел.). Привиты 1 765 423 новорожденных (2013 г. — 1 725 710, 2012 г. — 1 735 761 чел.), в том числе своевременно прививки в декретированном возрасте получили 1 710 077 новорожденных, что составляет 96,8% (в 2013 г. — 1 603 469 и 92,9%; в 2012 г. — 1 679 070 и 96,7% соответственно).

Охват новорожденных своевременной вакцинацией БЦЖ в 2003—2014 г. в целом по стране превышал требуемый минимальный уровень 95%. Однако наметилась тенденция снижения этого показателя с 96,8% в 2003 г. до 95,1 в 2011 г. и 95,6 в 2014 г., что связано с отказами родителей от вакцинации новорожденных в родильных домах.

*Из Государственного доклада
«О состоянии санитарно-эпидемиологического
благополучия населения в Российской Федерации в 2014 году»*

В Башкирии стартовал проект по обучению родителей детей-инвалидов профессии реабилитолога

Зинатуллина Ю.Г.,

*член Региональной общественной организации
Совет матерей «Материнское сердце» Республики
Башкортостан, г. Уфа*

В Башкирском государственном педагогическом университете им. М. Акмуллы (БГПУ) стартовал уникальный социальный проект, не имеющий аналогов ни в одном из регионов России, — курсы по обучению родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Проект инициирован председателем Региональной общественной организации Совет матерей «Материнское сердце» Республики Башкортостан Гульшат Ахатовной Ибрагимовой и руководителем Центра инклюзивного образования БГПУ Гузель Газимовной Саитгалиевой.

Цель нового педагогического курса — подготовка родителя-специалиста, способного осуществлять комплексное сопровождение ребенка с инвалидностью на всех его возрастных этапах. В программе обучения предусмотрены медицинский,

психолого-педагогический и социальные модули, включающие теоретические и практико-ориентированные занятия. Для проведения занятий приглашены высококвалифицированные специалисты, педагоги и практикующие медики. Обучающиеся смогут получить консультации по вопросам диагностики состояния, развития, воспитания и обучения детей с инвалидностью, по правовым вопросам и многим другим аспектам. Полученные знания помогут родителям реализовать право их детей на качественную и независимую жизнь.

«Новый курс стартовал в октябре, обучение будет проходить целый год, в программе переподготовки предусмотрены три сессии сроком на один месяц. По окончании родители получают диплом специалиста по комплексной реабилитации в социальной



Учащиеся курсов по обучению родителей,
воспитывающих детей с ОВЗ

сфере и смогут трудоустроиться в реабилитационные центры или в те учреждения, где осуществляется реабилитация их ребенка, — рассказала Гузель Саитгалиева. — Прежде специалистов данной профессии наш вуз не выпускал. Кроме того, не было профессиональных стандартов по этой специальности. Так, в 2013/14 уч. г. в БГПУ в рамках другой подобной программы прошли обучение девять матерей детей с ОВЗ, они получили комплексные знания по сопровождению ребенка-инвалида. Но официально данной специальности тогда еще не было».

Пройти переподготовку по новой специальности изъявили желание 20 родителей (законных

представителей) детей с ОВЗ, среди них — 19 матерей и один отец. Некоторые из них имеют не одно высшее образование, возраст студентов-родителей от 30 до 50 лет.

Учебный план Программы разработан в соответствии с требованиями профессионального стандарта «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере» и рассчитан на один год обучения. Программа реализуется в режиме проведения трех очных сессий с учебными занятиями и завершается выполнением выпускной квалификационной работы. Профессиональная переподготовка по данной программе будет способствовать формированию

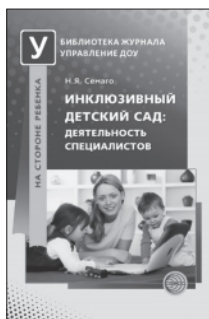
родителя как специалиста, готового содействовать созданию в реабилитационных учреждениях и образовательных организациях комплексной социальной, психолого-педагогической помощи и поддержки детям с инвалидностью и с ОВЗ в решении задач развития, обучения, воспитания, реабилитации и социализации, прежде всего своего ребенка, а также возможности трудоустроиться по полученной профессии.

В новом педагогическом проекте задействован профессорско-преподавательский состав университета, а также авторитетные специалисты в области

медицинской, психолого-педагогической реабилитации, логопедии, дефектологии Уфы и Башкортостана.

Социальный проект по обучению родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, получил финансовую поддержку администрации г. Уфы в размере 250 тыс. рублей. Родители оплачивают за курс лишь 10 тыс. Как рассказали в Центре инклюзивного образования БГПУ, с будущего года в рамках нового этапа реализации федеральной целевой программы «Доступная среда» переподготовка по новой специальности станет систематической.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книгу по воспитанию детей с ОВЗ



ИНКЛЮЗИВНЫЙ ДЕТСКИЙ САД: деятельность специалистов

Под науч. ред. М.М. Семаго.

В методическом руководстве представлена технология организации деятельности психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПк) ДОУ по определению образовательного маршрута и условий его реализации для детей с различными вариантами тотального недоразвития. В рамках деятельности ПМПк описаны основные задачи, цели и этапы его работы, всех специалистов по организации и сопровождению инклюзивной практики в ДОУ, а также варианты тотального недоразвития в рамках авторской модели отклоняющегося развития.

Предназначено для специалистов, включенных в процесс сопровождения ребенка с ОВЗ, администрации ДОУ. Может быть использовано для повышения профессиональной компетенции педагогических коллективов ДОУ, специалистов ППМС-Центров, студентов педагогических и психологических вузов.

Наш адрес: 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3
Тел.: (495) 656-75-05, 656-73-00

E-mail: sfera@tc-sfera.ru

Сайты: www.tc-sfera.ru, www.apcards.ru, www.sfera-podpiska.ru

О медицине в стихах

Я в ответе!

*Посвящаю детскому врачу
и писателю Татьяне Шипошиной*

На улице сегодня моросит,
Сидеть бы в теплой кухне
с кружкой чая.

А я иду туда, где ларингит,
И дождика совсем не замечаю.
Не замечаю необъятных луж,
За домом дом я обхожу участок.
В пятнадцатом —

у девочки коклюш,
А в пятом — грудничок
болеет часто.

И в сумерках иду, и поутру,
В жару, и в дождь,
и если сильный ветер.

Трехлетний кроха мечется
в жару,

И за него сегодня я в ответе.

Туда, где боль, отчаянье

и грусть,

Ведет моя привычная дорога.

Лифт на ремонте —

значит, поднимусь,

Промокший зонт оставляю

у порога.

Иду, когда темно, когда гроза,

Всегда иду уверенно, упрямо.

Ждут в каждом доме

детские глаза,

И ждут с надеждой бабушки

и мамы.

Как Сон боролся с Вирусом

За окошком минус двадцать,
По тропинкам бродит Грипп.
Надо с Вирусом сражаться,
Я чихаю и охрип.

Дед сказал: «Под микроскопом
Эти Вирусы видны.

И они готовы скопом
К объявлению войны.

Вирус может острым жалом
Уколоть иммунитет,
Ходит с маленьким кинжалом,
Носит микропистолет».

На борьбу с противным Гриппом
Вызвал дедушка лимон,
Мед, малину, чай из липы,
А еще хороший Сон!

Сон принес в мешке добринку,
Кнопку радости нажал —
Вирус выронил дубинку,
Пистолеты и кинжал.

Утром праздную победу!
Вредный Вирус побежден!
Говорю: «Спасибо, дед!
И спасибо, крепкий Сон!»

*Наталья Иванова,
Москва*

Доктор Ой

В домике со ставнями
Жил старик чудной.
Был немного странный он —
Добрый доктор Ой.

Щупленький да старенький
И совсем седой.
Словно гномик маленький,
С белой бородой.

Пил он чай из блюдечка,
Прикрывая глаз,
И у речки с удочкой
Сиживал не раз.

Грелся на завалинке
Под большой сосной,
Надев валенки,
Летом и зимой.

Во дворе у доктора
Славный ослик жил.
Он, как помощь скорая,
Доктора возил.

Вдруг раздастся в домике:
«Ой, малыш больной!»
И спешит на ослике
Добрый доктор Ой.

Ведь детишек маленьких
Очень он любил.
Ароматным пряником
Малышей кормил.

В глазки им заглядывал,
Щечки тербел,
Что-то там прикладывал,
Чем-то там поил.

Что-то приговаривал,
Словно сам с собой,
И животик согревал
Мягкою рукой.

Начинал у горлышка
Чем-то ворожить:
«Нужно детке солнышко
К спинке приложить!».

А потом укачивал,
Песню напевал,
Да и сам тихонечко
Рядом засыпал.

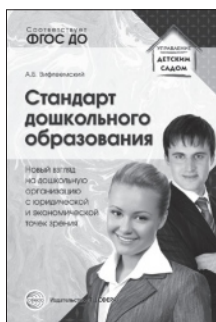
*Леонид Брайловский,
Ришон Ле-Цион, Израиль*

Кто такие Витамины?

Кто такие Витамины?
Для чего проникли в лук,
В молоко и мандарины,
В черный хлеб, морковь, урюк?
Рассмотрю-ка их в крошке,
Через дедовы очки —
Кто они? Соринки? Мошки?
Человечки? Паучки?
Может, в перце и петрушке
Незаметные на взгляд,
Очень маленькие пушки
По бактериям палят?!
Если так, то Витамины
Мне нужны наверняка —
Съем на полдник мандарины
Или выпью молока!

*Наталья Карпова,
Дмитров*

**Издательство «ТЦ Сфера»
представляет книжные новинки**



СТАНДАРТ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ: новый взгляд на дошкольную организацию с юридической и экономической точек зрения

Автор — Вифлеемский А.Б.

В книге анализируется дошкольное образование как новый уровень общего образования.

Выявляются противоречия и недостатки ФГОС дошкольного образования, возможные последствия его введения для дошкольных образовательных организаций, педагогических работников и граждан.

Рассматриваются нюансы финансового обеспечения реализации стандартов, разработки и утверждения образовательных программ, установления родительской платы и предоставления мест в детских садах с учетом требований ФГОС ДО.



ЗАБАВНЫЕ РАССКАЗЫ ДЛЯ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ

Автор — Кретьова М.А.

В книге представлены рассказы разной тематики для детей 5—7 лет. Они сопровождаются заданиями, направленными на исправление речевых нарушений, закрепление полученных умений и навыков, развитие интеллектуальных способностей, расширение кругозора, нравственное воспитание дошкольников.



ПЕРВАЯ НАУЧНАЯ ЛАБОРАТОРИЯ Опыты, эксперименты, фокусы и беседы с дошкольниками

Автор — Шапиро А.И.

Книга «Первая научная лаборатория» — сборник опытов, фокусов и экспериментов, наиболее доступных для дошкольников, попытка дать в руки ребенку первый путеводитель в мир самостоятельных исследований.

Книга предназначена воспитателям, гувернерам и родителям детей дошкольного возраста. Может быть использована на индивидуальных и групповых занятиях.

Наш адрес: 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3
Тел.: (495) 656-75-05, 656-73-00

E-mail: sfera@tc-sfera.ru

Сайты: www.tc-sfera.ru, www.apcards.ru, www.sfera-podpiska.ru

**Издательство «ТЦ Сфера»
представляет книжные новинки**

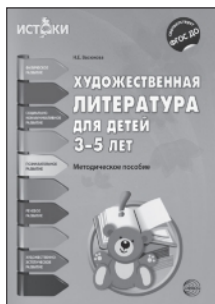


ДИАГНОСТИКА РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Развивающие игры и занятия

Авторы — Печора К.Л., Пантюхина Г.В.

В пособии представлены методы диагностики психического развития детей второго-третьего года жизни. Также предложены методические разработки проведения игр и занятий по сенсорике, развитию речи, психических функций — внимания, памяти, конструированию. В приложении представлен контроль за нервно-психическим развитием детей раннего возраста.



ХУДОЖЕСТВЕННАЯ ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ДЕТЕЙ 3—5 ЛЕТ:

Метод. пособие

Автор — Васюкова Н.Е.

Данное пособие — составная часть методического комплекта образовательной программы дошкольного образования «Истоки». В нем представлены планирование и содержание образовательной работы с детьми 3—5 лет по направлению «Чтение художественной литературы» образовательной области «Художественно-эстетическое развитие», органично интегрируемые в комплексное тематическое планирование целостного образовательного процесса с детьми 3—4 и 4—5 лет в ДОО.



НАЧИНАЕМ ЧИТАТЬ

Развивающие задания и игра для детей 5—6 лет

Автор — Танцюра С.Ю.

Пособие для занятий с детьми 5—6 лет поможет научить ребенка соединять буквы в слоги, читать по слогам несложные слова и предложения, развить речь и мышление.

Наш адрес: 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3
Тел.: (495) 656-75-05, 656-73-00

E-mail: sfera@tc-sfera.ru

Сайты: www.tc-sfera.ru, www.apcards.ru, www.sfera-podpiska.ru

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Движение вперед, достижение новых вершин — кредо издательства «Творческий Центр СФЕРА». Прошел только год после запуска сайта подписных изданий **www.sfera-podpiska.ru**, а мы подготовили для вас несколько приятных сюрпризов.

Во-первых, мы обновили дизайн и возможности сайта. Надеемся, что вам понравится.

Во-вторых, расширились **возможности подписки** на наши журналы и приложения к ним. Теперь можно подписаться и оплатить подписку, **не выходя из дома!** На сайте **www.sfera-podpiska.ru** открыта возможность подписаться на первое полугодие 2016 г.:
Напрямую через редакцию.

На электронные версии журналов и приложений к ним.

Подписавшись на *электронную версию* наших периодических изданий, вы получите:

- доступ к журналу в день доставки тиража, не зависящий от причуд почтовой доставки,
- неограниченное количество просмотров журнала,
- возможность использовать материалы для своих работ, выполненных на ПК,
- **БЕСПЛАТНЫЙ ДОСТУП** к архиву журналов, на которые вы подписались!

Что нужно сделать, чтобы подписаться на электронный журнал? Для этого зайдите на сайт **www.sfera-podpiska.ru**, в раздел Подписка. И выполните необходимые действия по инструкции. Надеемся, что все получится.

Спасибо, что вы с нами!

С наилучшими пожеланиями,
канд. пед. наук, член-корр. МАНПО
генеральный директор и главный редактор

Цветкова Т.В.



Издательство «ТЦ Сфера»
Периодические издания
для дошкольного образования

Наименование издания (периодичность в полугодии)	Индексы в каталогах		
	Роспечать	Пресса России	Почта России
Комплект для руководителей ДОУ (полный): журнал «Управление ДОУ» с приложением (5); журнал «Методист ДОУ» (1), журнал «Инструктор по физкультуре» (4), журнал «Медработник ДОУ» (4); рабочие журналы (1): — воспитателя группы детей раннего возраста; — воспитателя детского сада; — заведующего детским садом; — инструктора по физкультуре; — музыкального руководителя; — педагога-психолога; — старшего воспитателя; — учителя-логопеда.	36804	39757	10399
Комплект для руководителей ДОУ (малый): «Управление ДОУ» с приложением (5) и «Методист ДОУ» (1)	82687		
Комплект для воспитателей: «Воспитатель ДОУ» с библиотекой (6)	80899	39755	10395
Комплект для логопедов: «Логопед» с библиотекой и учебно-игровым комплектом (5)	18036	39756	10396
Журнал «Управление ДОУ» (5)	80818		
Журнал «Медработник ДОУ» (4)	80553	42120	
Журнал «Инструктор по физкультуре» (4)	48607	42122	
Журнал «Воспитатель ДОУ» (6)	58035		
Журнал «Логопед» (5)	82686		

Чтобы подписаться на все издания для специалистов дошкольного воспитания Вашего учреждения, вам потребуется **три индекса: 36804, 80899, 18036 — по каталогу «Роспечать»**

Если вы не успели подписаться на наши издания,
то можно заказать их в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru.
Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, (499) 181-34-52.

На сайте журналов: www.sfera-podpiska.ru открыта подписка
редакционная и на электронные версии журнала

В следующем номере!

- Туберкулез и дети
- Токсокароз
- Психофизиологические аспекты развития детей 5—7 лет
- Физические упражнения в положении лежа и сидя

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера журнала «Медработник ДОУ», книги и наглядную продукцию оздоровительной тематики в интернет-магазине www.tc-sfera.ru.

В Москве можно заказать **курьерскую доставку** изданий по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, e-mail: sfera@tc-sfera.ru. (В заявке укажите свой точный адрес, телефон, наименование и требуемое количество.)



«Медработник ДОУ»
2016, № 2 (62)

Научно-практический журнал
ISSN 2220-1475

2008 .

8

77-28788

13 2007 .

« » — 80553,

36804 (),

« » — 42120,

39757 (),

« » — 10399 ().

: 129226,

, 18, . 3.

./ : (495) 656-70-33, 656-73-00.

E-mail: dou@tc-sfera.ru

www.tc-sfera.ru; www.sfera-podpiska.ru

.(495) 656-75-05, 656-72-05

18.02.16.

60×90¹/₁₆ . . 8,0.

2000 .

©

« » , 2016
 © . . , 2016



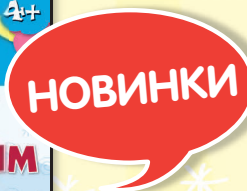
4 607091 440263 00060

Издательство «ТЦ Сфера»

представляет комплект пособий по физическому развитию детей
серии **«Академия солнечных зайчиков»**

Уникальная система разностороннего развития
ребенка 3–7 лет подготовлена в соответствии
с ФГОС ДО

- Игровые задания дети выполняют легко и с удовольствием
- У детей формируются позитивное отношение к процессу познания, уверенность в своих силах, развивается произвольное внимание
- Игра позволит продлить удовольствие от занятий и закрепить полученные знания
- Рекомендуются для занятий с детьми в детском саду и дома
- В каждой тетради 16 цветных страниц с заданиями и игра-вкладка на картоне формата А3



Издательство «ТЦ СФЕРА»

Адрес: 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, к. 3.

Тел.: (495) 656-72-05, 656-75-05 (реализация),
656-73-00, 656-70-33 (издательство)

E-mail: sfera@tc-sfera.ru. Сайты: www.tc-sfera.ru (книги),
www.apcards.ru (открытки), www.sfera-podpiska.ru (журналы)

