



МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№1/2017



**Детский инсульт
и его последствия**

**Здоровьесберегающие
технологии
в детском саду**

**Музыкотерапия
в работе
со слабослышащими
дошкольниками**

**Тревожность у детей
в период адаптации
к школе: профилактика
и помощь**



ГОСТЬ НОМЕРА:

**Елена
Евгеньевна
ШЕВЦОВА**

СОЗДАЕМ МИР ЧИСТОТЫ И ЗДОРОВЬЯ

ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ПЛАКАТЫ

Яркие, красочные, формата А2



Особенность ребенка-дошкольника — преобладание предметного и наглядно-образного мышления. Поэтому наглядные пособия необходимы для полноценного развития ребенка.

Издательство «ТЦ СФЕРА»

Адрес: 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, к. 3.

Тел.: (495) 656-72-05, 656-75-05, 656-70-33

E-mail: sfera@tc-sfera.ru. Сайты: www.tc-sfera.ru, www.sfera-podpiska.ru

Интернет-магазин: www.sfera-book.ru





МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№ 1/2017

**Подписные индексы в каталогах:**

«Роспечать» — 80553, 36804 (в комплекте)

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

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

Содержание

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА*Дружиловская О.В.* Новый год — новые возможности 5**ГОСТЬ НОМЕРА***Шевцова Е.Е.* Детские инсульты — проблема,
требующая внимания 6

Гигиена

ЗДОРОВЬЕ ДОШКОЛЬНИКА*Каткова Н.К.* Здоровьесберегающие технологии
в детском саду 12**ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА***Баль Л.В.* Как формировать здоровые привычки у детей 5—6 лет.... 17**ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ***Богачева А.Е.* Здоровый образ жизни
и его основные составляющие 21

Педиатрия

НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ*Чемоданов В.В.* Детские кишечные колики 26**ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ***Краснова Е.Е.* Коклюш 29**РЕАБИЛИТАЦИЯ***Шевцова Е.Е., Жиляев Д.Б.* Анимационная арт-терапия
в комплексной системе нейрореабилитации детей 35**ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ***Сенюшкин А.Н., Вагина И.В.* Немедикаментозные пути решения
проблемы рецидивирующих респираторных заболеваний
у детей раннего возраста 43

Правила профилактики и лечения педикулеза 49

КОНСУЛЬТАЦИЯ ПЕДИАТРА

Чемоданов В.В. Дисбактериоз кишечника: что это такое? 52

Педагогика**РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА**

Шилина С.В. Аспекты мотивационной готовности дошкольников к обучению в школе 54

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Жерехов А.Б. Тревожность у детей в период адаптации к школе: профилактика и помощь 71

КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА

Дружиловская О.В., Хохлова Н.М. Использование музыкальной терапии в коррекционной работе со слабослышащими дошкольниками 74

Дунаева Н.Ю., Камышникова Е.Е., Ильина Т.О. Здоровьесберегающие технологии в коррекционной логопедической работе 78

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОПИЛКА

Гуськова А.А., Ивановская М.В. Путешествие на остров Дружбы. Занятие для детей 6—7 лет с ОНР 89

Актуально!**НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ**

Приказ Минздрава России от 27.06. 2016 г. № 419н
«Об утверждении порядка допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала» ... 100

САМООБРАЗОВАНИЕ

Серебряная А.В. Идеальная или достаточно хорошая мать? 106

РАБОТА С СЕМЬЕЙ

Белых Л.Ю. Приобщение к здоровому образу жизни подростков в условиях центра содействия семейному воспитанию 109

СОВЕТЫ РОДИТЕЛЯМ

Сальникова И.А. Ваш ребенок идет в детский сад 118

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ? 11, 16, 20, 24, 70, 88, 98

КНИЖНАЯ ПОЛКА 28, 53, 99, 105, 121

ВЕСТИ ИЗ СЕТИ 126

КАК ПОДПИСАТЬСЯ 127

АНОНС 128

Редакционный совет

Безруких Марьяна Михайловна — академик РАО, д-р биол. наук, профессор, лауреат Премии Президента РФ в области образования, директор 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).

Дружиловская Ольга Викторовна, канд. пед. наук, доцент кафедры анатомии, физиологии и клинических основ дефектологии ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», 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».

Дружиловская Ольга Викторовна, канд. пед. наук, доцент кафедры анатомии, физиологии и клинических основ дефектологии ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», 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 с углубленным изучением иностранного языка № 1293», Москва 17
- ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации», Москва 35
- ГБУ ЦССВ «Радуга», Москва ... 109
- ГБУЗ ПК «ГДКП № 1», г. Пермь ... 43
- ДО № 1 ГБОУ «Школа № 1222», Москва 54
- Кафедра анатомии, физиологии и клинических основ дефектологии ФГБОУ ВО МПГУ, г. Москва 74
- Кафедра детских болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново 26, 29, 52
- МБДОУ д/с № 46, г. Самара 89
- МБДОУ д/с «Умка», г. Тамбов 78
- МДОБУ «Русскокукморский детский сад “Яблочко”», д. Русский Кукмор Медведевского р-на, Республика Марий Эл 12
- Факультет дошкольной педагогики и психологии ФГБОУ ВО МПГУ, Москва 21
- ФГБНУ «Госпиталь для инкурабельных больных — Научный лечебно-реабилитационный центр», Москва 6, 35
- Центр психосоматической медицины и психотерапии «Алвиан», Москва 71, 106, 118
-
- Баль Людмила Викторовна 17
- Белых Людмила Юрьевна 109
- Богачева Ангелина Евгеньевна 21
- Вагина Ирина Вагизовна 43
- Гуськова Алевтина Александровна 89
- Дружиловская Ольга Викторовна 74
- Дунаева Наталья Юрьевна 78
- Жерехов Алексей Борисович 71
- Жилияев Даниил Борисович 35
- Ивановская Марина Викторовна 89
- Ильина Татьяна Олеговна 78
- Камышникова Елена Евгеньевна 78
- Катькова Надежда Константиновна 12
- Краснова Елена Евгеньевна 29
- Сальникова Ирина Анатольевна 118
- Сенюшкин Андрей Николаевич 43
- Серебряная Анна Владимировна 106
- Хохлова Нина Михайловна 74
- Чемоданов Вадим Владимирович 26, 52
- Шевцова Елена Евгеньевна 6, 35
- Шилина Светлана Валерьевна 54

Новый год — новые возможности

В наступившем новом году на страницах журнала «Медработник ДООУ» будут представлены интересные, актуальные идеи и материалы. В последние годы активно реализуется инклюзия — актуальное направление, открывающее широкий фронт работ специалистам в области образования, в частности в ДОО. Социализация детей с различным уровнем состояния здоровья требует применения специальных подходов в воспитании и обучении. Специалисты должны владеть многофункциональными знаниями в области педагогики, педиатрии, неврологии, психологии для создания оптимально адаптированных условий развития дошкольников. В нашем журнале определены актуальные для будущего года направления: психиатрия и неврология, нейрореабилитация, арт-терапия, нейропсихология, социальная адаптация и дезадаптация.

Для раскрытия обозначенных направлений необходимо определить подход, который обеспечит наилучшее решение поставленных задач. Деонтологическая готовность всех сотрудников ДОО, их профессиональная компетентность необходимы для успешной коррекционной деятельности. Деонтология с позиций нравственно-этических отношений определяет роль медицинского работника, педагогов и психологов и всех служб ДОО. Основные деонтологические позиции включают отношение к ребенку с ограниченными возможностями здоровья, его родителям, умение обращаться за помощью к коллегам, оценивать конфликтные ситуации, выделять нравственные проблемы.

В этом номере мы освещаем актуальное направление — нейрореабилитацию детей в условиях стационара. Восстановительная терапия обязательно включает и арт-терапевтический подход, что необходимо для поддержания психоэмоционального состояния ребенка, ведущего к его выздоровлению. Арт-терапия в узком смысле слова — терапия, основанная на искусстве. Она построена на использовании искусства как символической деятельности. Арт-терапия включает музыка-, библио-, драмо- (кукольную драматизацию), морита- (метод, позволяющий воспитывать правила хорошего тона), гештальт-, сказко-, песочную, танцевальную терапию, пальчиковые рисунки.

Арт-терапия сегодня расценивается как интегрирующий адаптивный механизм. Ее использование усиливает эффект лекарственной терапии и дает ребенку возможность приспособливаться к социальным условиям.

Наш журнал призван способствовать повышению квалификации медицинских работников и других сотрудников ДОО. В ближайших номерах будут представлены интересные статьи по новым направлениям ведущих специалистов-практиков в различных областях медицины, а также гигиены, педагогики, психологии, дефектологии.

Главный редактор журнала О.В. Дружиловская

Детские инсульты — проблема, требующая внимания

Шевцова Елена Евгеньевна,

*доцент кафедры логопедии, заведующий лабораторией восстановления речи, фонации и глотания
ФГБНУ «Госпиталь для incurable больных —
Научный лечебно-реабилитационный центр», Москва*

Елена Евгеньевна, расскажите немного о себе.

После аспирантуры при психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева и НИИ психиатрии Росздрава по специальности «Медицинская психология» я подготовила диссертацию на тему «Поддерживающая терапия в комплексной системе преодоления заикания». Работала заместителем главного врача в Центре патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения Москвы. Здесь было открыто детское отделение восстановительной терапии и психолого-педагогической коррекции для детей, перенесших инсульт в раннем и дошкольном возрасте. Сейчас заведу современной лабораторией восстановления речи, фонации и глотания ФГБНЛУ ГИБ НРЦ. Являюсь автором ряда пособий «Преодоление рецидивов заикания» (М., 2005), «Психолого-педагогическая диагностика и коррекция за-

икания» (М., 2009), «Технологии формирования интонационной стороны речи» (М., 2009), по которым работают практикующие логопеды и дефектологи.

Проблема детских инсультов беспокоит не только медицинских работников, но и педагогов, психологов, логопедов и дефектологов.

Инсульт в настоящее время — актуальная проблема для всех возрастных групп, в том числе и для дошкольников. Как часто это заболевание встречается у детей?

Существует значительный разброс в определении частоты детских инсультов всех типов: от 2 до 13 случаев на 100 000 детей в год.

По данным Национального центра статистики здоровья США, за 1999 г. распространенность этого заболевания в детской популяции достигла 13,5 на 100 000 чел.; из них геморрагические инсульты регистрируются с частотой 2,9 на 100 000 чел., ишемические — 7,8

на 100 000 чел. в год. Во Франции регистрируется 13 случаев инсульта на 100 000 детей (это связывают с активным применением методов нейровизуализации). По данным Канадского педиатрического регистра инсульта (Canadian Pediatric Ischemic Stroke Registry — CPISR), частота детского ишемического инсульта составляет 2,7 на 100 000 чел. в год, по данным National Hospital Discharge Survey (NHDS), — 7,8 на 100 000 в год. Минимальный показатель приводится по Японии: 0,2 случая на 100 000 чел., но в этом исследовании исключается наиболее частая местная причина церебральных ишемий — мойа-мойа.

Около 40% всех случаев инсульта приходится на возраст до года. В перинатальном периоде заболеваемость составляет 1 случай на 4000 детей, что соответствует таковой у взрослых на 4—5-м десятилетии жизни.

Распространенность церебрального инсульта у детей ЮАО Москвы, численность детского населения в котором составила 216 000 чел., составляет 6,94 на 100 000 детей, заболеваемость — 2,14 на 100 000 в год.

Высказываются и предположения о более высокой частоте ишемий в детском возрасте. Относительно соотношения ишемического и геморрагического инсульта данные также разноречивы.

В одних исследованиях сообщается о примерно одинаковой частоте ишемий и геморрагии, другие исследования свидетельствуют о явном преобладании ишемий.

Возникновение ишемического инсульта в возрасте до 5 лет регистрировалось в 45% случаев. По результатам одного исследования подавляющее большинство случаев инсульта приходилось на возраст до 12 лет, причем отмечалась зависимость от этиологии. Так, кардиогенные инсульты развивались до 5 лет, средний возраст возникновения инсульта составлял 3—4 года, до 5 лет возникали инсульты при наличии множественных факторов риска по ишемии; прочие артериальные инсульты проявлялись в более старшем возрасте. Средний возраст для артериального ишемического инсульта — 6,1 года, для геморрагического — 7,9 года.

В большинстве исследований отмечено преобладание ишемического инсульта у мальчиков — 1,5:1.

В каком детском возрасте чаще всего случаются инсульты? Существуют ли периоды, в течение которых необходимо уделять особое внимание подверженности сосудистым заболеваниям? Каковы причины столь раннего возникновения инсультов?

Среди детских инсультов выделяют неонатальный (перинатальный) инсульт. Он определяется как цереброваскулярное расстройство, возникающее между 28-й неделей гестации и 28-й неделей постнатальной жизни. Частота его возникновения остается неуточненной, например, по данным CPISR, 25% детей с инсультом были новорожденными. Еще в одном исследовании у детей с неонатальными судорогами (возраст — старше 31-й недели гестации) инфаркт мозга регистрировался у 12%, частота инфаркта составляла 24,7 случаев на 100 000 в год. Эти цифры сопоставимы с приводимыми в другом исследовании: 28,6 на 100 000 в год.

NHDS определена частота инсульта у детей младше 30 дней жизни — 26,4 на 100 000, при этом геморрагии составили 6,7 на 100 000, ишемии — 17,7 на 100 000 чел. в год.

Положение усугубляется тем, что параллельно с падением рождаемости увеличивается число недоношенных детей и с низкой массой тела. А если учесть наличие у большинства из них пре- и перинатальной патологии, то становится понятным, что роль врожденных микро- и макроаномалий (в том числе сосудов головного мозга) в генезе таких заболеваний, как эпилепсия, слабоумие, церебральный паралич,

задержка речевого развития, ретинопатия, снижение слуха, а следовательно, и различных сосудистых катастроф, значительно возросла.

Каковы факторы риска возникновения инсультов в детском возрасте?

Приводятся следующие факторы риска развития ишемического инсульта: кардиальная патология (врожденная и приобретенная), инфекции (общие, головы и шеи, интракраниальные), гемоглобинопатии, церебральные васкулярные аномалии, васкулиты (инфекционные и неинфекционные), расслоения сосудов (травматические и спонтанные), протромботические состояния (врожденные и приобретенные), метаболические расстройства, употребление медикаментов и химических препаратов, внешнее сдавление сосуда, вазоспазм при субарахноидальном кровоизлиянии, мигрень, обезвоживание, лейкопения и миелопролиферативные заболевания, болезни почек и печени, диссеминированное внутрисосудистое свертывание, злокачественные неоплазмы в период беременности.

По данным NHDS, при неонатальном / перинатальном инфаркте, за 1980—1998 гг., наиболее частыми причинами являются инфекции, заболевания сердца и крови.

Как выстраивается реабилитационная работа после перенесенного инсульта?

Предполагаются обязательные реабилитационные мероприятия, такие как медикаментозная терапия, физиотерапия, лечебная физкультура, массаж и пр., восстановительная терапия нарушенных функций когнитивной (гнозис, внимание, праксис, память) и речевой сферы. Работа осуществляется в специализированных кабинетах лечебной физкультуры, массажа и логопедии под руководством лечащего врача, психолога, дефектолога, логопеда и специалиста по нейромоторному тренингу, взаимодействующих под надзором лечащего врача.

Междисциплинарное комплексное лечение и реабилитация предполагают использование высокотехнологичных методов диагностики и программирования процессов восстановления, нейросенсорных и нейромоторных программ, преодоление нарушений схемы тела и пространственной ориентации, антигравитационных костюмов, подошвенных стимуляторов и пр.

Проблема детских инсультов, которые из раритетных в последние годы переходят в разряд частых заболеваний, актуальна для практической неврологии. По своим последствиям она приобретает и все большую социаль-

ную значимость. Все это определяет необходимость разработки программ, направленных на профилактику, раннюю диагностику и лечение инсультов у детей.

Особую роль следует отвести разработке стратегии и тактики нейрореабилитационного процесса, комплексного лечебного и коррекционно-восстановительного воздействия.

В детском стационарном отделении, открытом в Центре реанима- и реабилитологии в 2010 г., прошли курсовую нейрореабилитацию 8 детей с последствиями перенесенных инсультов. Из них 5 пациентов с ишемическим инсультом, 2 — ишемически-геморрагическим, 1 — геморрагическим.

У всех детей с последствиями перенесенных инсультов речевые нарушения были выражены в средней и тяжелой степени и только у одного ребенка — в легкой степени.

Большинство детей, поступивших на курс нейрореабилитации, имели среднюю степень двигательных нарушений в виде правосторонних гемипарезов, атаксии. Когнитивные нарушения, оказывающие негативное влияние на качество жизни, социальную адаптацию и эффективность реабилитационных мероприятий, диагностировались более чем в половине случаев.

Эмоциональные и поведенческие расстройства отмечались практически у всех детей.

Учитывая вышеизложенные нарушения, возникающие у детей после перенесенного в детском возрасте инсульта, нейро-реабилитация должна быть комплексной и длительной.

Каковы возможные последствия инсульта в детском возрасте?

У детей, перенесших инсульт, отмечается нарушение высших психических когнитивных функций (внимания, восприятия, памяти, речи и др.), девиантные формы поведения, затруднен процесс восприятия знаний, обучения в школе. Более специфические проявления — дисфагия, дисгевзия, апраксия.

Дисгевзия — специфическое нарушение, связанное со сложностью определения вкусовых ощущений.

Апраксия — нарушение кинестетической афферентации произвольных оральных движений.

Дисфагия — нарушение координированных последовательных движений мышц в акте глотания, при котором пероральный прием пищи или жидкости становится небезопасным и значительно ухудшает качество жизни пациента. Развитие дисфагии приводит к высокому риску медицинских осложнений:

- аспирационной пневмонии (в более чем 45% случаев именно пневмония служит причиной смерти пациентов с инсультом);
- обструкции дыхательных путей;
- гиповолемии (дегидратации);
- недостаточности питания (синдром мальнутриции).

В настоящее время в Федеральном научно-практическом центре реанима- и реабилитологии функционирует лаборатория восстановления речи, фонации и глотания. В ней проводится научно-методическая работа по изучению нарушения фаз процесса глотания и фонации, разрабатываются методы восстановительного лечения и реабилитации больных с последствиями очаговых поражений головного мозга. Руководит лабораторией канд. мед. наук И.А. Авдюнина — ведущий специалист данного направления в России.

Как же предупредить возникновение инсульта в детском возрасте? Существует ли система обследования детей?

Всем родителям мы настоятельно рекомендуем консультироваться у врача-невролога и проводить инструментальную диагностику (ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, дуплексное сканирование) в разные возрастные периоды: до года, в 3, 6, 8 и 11 лет. Ежегодно нуж-

но осуществлять биохимическое исследование крови с анализом основных критических показателей по определенным параметрам риска (протромбиновая формула, триглицериды, глюкоза и т.д.).

Самое важное — соблюдать гигиену питания, режим сна, двигательную активность, ограничивать нервно-психические и физические нагрузки.

Беседовала О.В. Дружиловская

РЕЗЕРВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЕТСКОГО МОЗГА

Успешность лечения детей с психоневрологическими нарушениями определяется компенсаторными резервами мозга и его высокой пластичностью и базируется на ряде свойств организма ребенка и его нервной системы, в числе которых:

- регенеративные способности нейрона, его отростков и нейрональных сетей, входящих в состав функциональных систем;
- гибель части нейронов и их дефицит в нейрональной сети, что может полностью компенсироваться запуском аксо-дендритного ветвления восстанавливающихся нервных клеток;
- компенсация поврежденных нейронов и нейрональных сетей в мозге за счет подключения соседних нейрональных групп к выполнению утраченной или недоразвитой функции;
- «захват» здоровыми нейронами, их аксонами и дендритами освобожденных погибшими нервными клетками синаптических площадок;
- особенности клеток коры больших полушарий на ранней стадии развития: они еще поливалентны, не специализированы и не абсолютно связаны с конкретной функцией;
- относительно высокая готовность функциональных систем мозга к перестройкам в первые месяцы и годы жизни;
- избыточность вовлечения нейронов мозга ребенка в работу и их дендритного ветвления и связей в нейрональных сетях;
- пластичность мозговых структур и функциональных систем.

В детской неврологии применяются препараты, улучшающие кровообращение в мозге и доставку к активным мозговым центрам кислорода и питательных веществ, а также усиливающие обмен веществ в мозге. Врач-невролог, назначая лечение, учитывает возможности мозга пациента, способности к компенсации.

Ошибка реабилитационных подходов к больному с нарушением развития функций мозга — принятие условий общения, навязанных им самим и теми функциональными ограничениями, которые связаны с его болезнью. Таким образом, окружающие принимают болезненные проявления ребенка, сужают круг его общения, создавая условия, закрепляющие нарушения функциональных систем мозга.

*Источник: Скворцов И.А. Детство нервной системы
// pedlib.ru/Books/3/0390/3_0390-1.shtml*

Здоровьесберегающие технологии в детском саду

Катькова Н.К.,

воспитатель МДОБУ «Русскокукморский детский сад “Яблочко”», д. Русский Кукмор Медведевского р-на, Республика Марий Эл

Сегодня большое внимание уделяется здоровьесберегающим технологиям, направленным на решение самой главной задачи дошкольного образования — сохранение, поддержание и обогащение здоровья детей. Кроме того, важны обеспечение максимально высокого уровня реального здоровья дошкольников, воспитание валеологической культуры, формирование осознанного отношения ребенка к здоровью и жизни как собственной, так и других людей.

Сегодня ведущие психологи, педагоги и медицинские работники создали множество здоровьесберегающих методик, которые можно классифицировать на несколько групп. Это медико-профилактические и физкультурно-оздоровительные технологии, технологии здоровьесбережения педагогов дошкольного образования, технологии, направленные на обеспечение социально-психологического благополучия воспитанников, валеологического просвещения детей и родителей.

Все эти технологии направлены в первую очередь на воспитание физически и психологически здоровых детей.

Современные здоровьесберегающие технологии, используемые в системе дошкольного образования, отражают две линии оздоровительно-развивающей работы:

- приобщение детей к физической культуре;
- использование развивающих форм оздоровительной работы.

Выделяются три *группы здоровьесберегающих технологий*:

1) технологии сохранения и стимулирования здоровья: ритмопластика, динамические паузы, подвижные и спор-



тивные игры, релаксация, технологии эстетической направленности, пальчиковая, дыхательная, бодрящая гимнастика, корригирующая, ортопедическая гимнастика, гимнастика для глаз;

2) технологии обучения здоровому образу жизни: физкультурные, проблемно-игровые (игротренинги и игротерапия) занятия, коммуникативные игры, беседы из серии «Здоровье», самомассаж, точечный самомассаж.

3) коррекционные технологии: арт-терапия, технологии музыкального воздействия, сказкотерапия, технологии воздействия цветом, технологии коррекции поведения, психогимнастика, фонетическая и логопедическая ритмика.

Очень важно, чтобы каждая из вышеперечисленных технологий имела оздоровительную направленность, а используемая в комплексе здоровьесберегающая деятельность в итоге сформировала у ребенка стойкую мотивацию на здоровый образ жизни, полноценное и неосложненное развитие.

Для чего необходимо применять здоровьесберегающие технологии в современной образовательной среде?

Дошкольный возраст считается наиболее важным периодом в процессе формирования личности человека. В это время интенсивно развиваются различ-

ные способности, формируются нравственные качества, черты характера. Именно в данном возрастном периоде закладывается и укрепляется фундамент здоровья и развития физических качеств, необходимых для эффективного участия ребенка в различных формах двигательной активности, что, в свою очередь, создает условия для активного и направленного развития психических функций и интеллектуальных способностей. Вот почему применение в работе ДОО здоровьесберегающих технологий может повысить результативность воспитательно-образовательного процесса, сформировать у педагогов и родителей ценностные ориентации, направленные на сохранение и укрепление здоровья детей.

Неоспоримо, что основная задача детского сада — подготовить ребенка к самостоятельной жизни, дав ему для этого необходимые умения, навыки, воспитав определенные привычки. Но может ли каждый профессионально подготовленный педагог, просто взрослый ответственный человек спокойно относиться к неблагоприятному состоянию здоровья своих воспитанников, его прогрессирующему ухудшению?

Таким образом, здоровьесберегающие технологии в до-

школьном образовании — это технологии, направленные на сохранение, поддержание и обогащение здоровья субъектов педагогического процесса в детском саду: детей, педагогов и родителей.

Задачи здоровьесберегающих технологий:

- сохранение и укрепление здоровья детей на основе комплексного и системного использования доступных для детского сада средств физического воспитания, оптимизации двигательной деятельности на свежем воздухе;
- обеспечение активной позиции детей в процессе получения знаний о здоровом образе жизни;
- конструктивное партнерство семьи, педагогического коллектива и самих детей в укреплении их здоровья, развитии творческого потенциала.

Виды здоровьесберегающих технологий

Здоровьесберегающие технологии делятся на разные виды по доминированию целей и решаемых задач, а также ведущих средств здоровьесбережения и здоровьесобогащения субъектов педагогического процесса в детском саду.

Медико-профилактическая технология

Медико-профилактическая деятельность обеспечивает сохранение и приумножение здоровья детей под руководством медицинского персонала ДОО в соответствии с требованиями и нормами с использованием медицинских средств.

Задачи:

- организация мониторинга здоровья детей и разработка рекомендаций по оптимизации детского здоровья;
- организация питания детей и контроль за ним, физического развития, закаливания;
- организация профилактических мероприятий, способствующих резистентности детского организма (например: иммунизация, полоскание горла противовоспалительными травами, щадящий режим в период адаптации и т.д.);
- организация контроля и помощи в обеспечении требований санитарно-эпидемиологических нормативов — СанПиНов;
- организация здоровьесберегающей среды в ДОО.

Физкультурно-оздоровительная технология

Физкультурно-оздоровительная деятельность направлена на физическое развитие и укрепление здоровья ребенка.

Задачи:

- развитие физических качеств;
- контроль за двигательной активностью и становлением физической культуры дошкольников;
- формирование правильной осанки, профилактика нарушений опорно-двигательного аппарата, привычки повседневной физической активности;
- оздоровление средствами закаливания.

Технологии обеспечения социально-психологического благополучия ребенка

Задача: обеспечение эмоционального комфорта и позитивного психологического самочувствия ребенка в процессе общения со сверстниками и взрослыми в детском саду, семье, социально-эмоционального благополучия дошкольников, поскольку эмоциональный настрой, психическое благополучие, бодрое настроение детей важны для их здоровья.

В своей деятельности «служба сопровождения» руководствуется Положением о медико-психолого-педагогической службе и ставит своей целью создание в ДОО целостной системы, обеспечивающей оптимальные условия для развития детей с учетом возрастных и индивидуальных особенностей, состояния

соматического и психического здоровья. В данной системе взаимодействуют диагностическое, консультативное, коррекционно-развивающее, лечебно-профилактическое и социальное направления.

Технологии здоровьесбережения и здоровьесобогащения педагогов

На улучшение здоровья детей, их благоприятное физическое развитие влияет весь уклад жизни в детском саду, заботливое и внимательное отношение к ним взрослых, высокое чувство ответственности всего коллектива за каждого воспитанника.

Педагог, воспитывающий культуру здоровья, прежде всего сам должен быть здоров, иметь валеологические знания, должен уметь объективно оценивать свои достоинства и недостатки, связанные с профессиональной деятельностью, составлять план необходимой самокоррекции и приступать к его реализации.

Технологии валеологического просвещения родителей

Главными воспитателями ребенка являются родители. От того, как правильно организован его режим дня, какое внимание уделяют родители здоровью воспитанника, зависит его

настроение, состояние физического комфорта. Здоровый образ жизни, к которому дошкольника приучают в ДОО, может не находить каждодневную поддержку дома, и тогда полученная информация будет лишней и тягостной для ребенка.

Информационно-просветительская деятельность выражается в формировании у родителей ЗОЖ как ценности, а также в ознакомлении родителей с различными формами работы по физическому воспитанию в ДОО, информировании о состоянии здоровья и физическом развитии, об уровне двигательной подготовленности ребенка; привлечении их к участию в различных совместных физкультурных досугах и праздниках.

Главный признак здоровьесберегающих технологий — использование психолого-педагогических приемов, методов, под-

ходов к решению возникающих проблем.

Образовательная деятельность предполагает проведение занятий и бесед с дошкольниками о необходимости соблюдения режима дня, важности гигиенической и двигательной культуры здоровья и средствах ее укрепления, функционировании организма и правилах заботы о нем. Дети приобретают навыки культуры и здорового образа жизни, знания правил безопасного поведения и разумных действий в непредвиденных ситуациях.

Подготовка к ЗОЖ ребенка на основе здоровьесберегающих технологий должна стать приоритетным направлением в деятельности каждой ДОО. Таким образом, одним из аспектов укрепления здоровья участников педагогического процесса детского сада выступает создание здоровьесберегающей среды.

НЕЙРОСЕНСОРНАЯ СЛУХОВАЯ СТИМУЛЯЦИЯ МЕТОД ТОМАТИС (ТОMATIS)

Более 80% стимуляции, необходимой для правильного функционирования головного мозга, исходит из уха. Слух не только позволяет нам воспринимать речь и звуки окружающего мира, но и помогает поддерживать равновесие, баланс организма, определяет его ритм и координацию.

Работая над передачей и анализом звука, метод Томатис стимулирует мозг. Во время сеансов музыка передается с внезапными изменениями контрастов, установленных в зависимости от тембра и интенсивности. Они вызывают эффект «удивления мозга». Звуки высоких частот активизируют большинство сенсорных звуковых клеток.

Как формировать здоровые привычки у детей 5–6 лет

Баль Л.В.,

канд. мед. наук, педагог-организатор ГБОУ «Школа с углубленным изучением иностранного языка № 1293», Москва

Шесть лет — один из критических периодов в развитии ребенка. На какие главные моменты воспитания нужно обратить внимание в этом возрасте?

Пока родители служат для ребенка самым главным авторитетом, образцом во всем. Он любит их, открыто демонстрируя свое обожание, верит им на слово, подражает их поведению, употребляет их слова, хотя не все понимает.

Родителям нужно помнить об этом и контролировать себя, следить за собой. Много, что им не нравится в поведении ребенка, он заимствовал у них. Это еще не поздно исправить, проанализировав свое собственное поведение и привычки. Но не следует спешить. Пройдет совсем немного времени, и все изменится. Недаром 6-летний возраст считают одним из критических периодов в развитии ребенка.

Ребенок становится более независимым от родителей, для него важно мнение его товарищей. Однако, он по-прежнему любит маму и папу, но не хочет этого по-

казывать. Его начнут раздражать ласки и поцелуи, во всяком случае, на людях. У ребенка появятся чувство собственного достоинства и потребность в уважении к себе.

Раньше ребенок подражал взрослым, а теперь у него могут появиться плохие привычки и манеры, как будто он забыл все, чему его учили. «Я сам» — так в двух словах можно выразить особенности его поведения. На самом деле он прекрасно усвоил, что такое хорошее поведение, иначе не стал бы против него восставать. Когда ребенок почувствует свою независимость, прежнее поведение вернется.

Не все дети становятся непослушными в этом возрасте, особенно, если родители — общительные люди, и у ребенка хорошие, добрые, доверительные отношения с ними. Но изменения в поведении в 6 лет бывают у всех.

Как быть? Важно не говорить с ребенком в форме приказания (это вызывает еще большее упрямство), только спокойно и доброжелательно. По возможности

нужно разрешать разговаривать, одеваться, играть так, как это делают другие дети, конечно, четко обозначив рамки дозволенного.

Очень важно, чтобы у ребенка были друзья. Если он приводит их домой, нужно быть дружелюбными и гостеприимными.

Предпринимаете ли вы что-нибудь для профилактики нарушений зрения у ребенка?

Сейчас близорукость (миопия) выявляется у каждого четвертого ребенка, достигшего 6 лет.

Научно доказано, что шестилетний ребенок за несколько часов, проведенных у телевизора, компьютера, за книгой или альбомом, нагружает мышцы глаз в такой же степени, как он нагрузил бы другие мышцы, занимаясь столько же времени штангой.

Неподвижное сидение перед экраном вызывает множество вредных реакций в организме. Сокращается время игр, занятий спортом, пребывания на свежем воздухе.

Между тем только игры (но не компьютерные) развивают воображение, творческие способности и навыки. Пассивное сидение у экрана замедляет развитие интеллекта у ребенка.

Чем младше дети, тем сильнее развивается у них утомление, появляются капризы, плаксивость, боли в животе. У легковозбудимых дошкольников информационная

нагрузка может привести к усилению невротических реакций, вплоть до судорожных припадков.

Но не менее опасна нагрузка на зрение.

У 5—6-летнего ребенка продолжается процесс формирования зрительной функции. В то же время зрительные нагрузки достигают 5—6 ч в день. Как ему помочь?

Попробуйте освоить с ребенком несколько простых упражнений.

1. Крепко зажмурить глаза, считая до 5, затем открыть их. Повторить 6 раз.

2. Быстро моргать в течение 15 с. Повторить 3—4 раза.

3. Закрыть глаза и мягко, не надавливая, помассировать веки круговыми движениями пальца в течение 1 мин.

Эти упражнения нужно делать несколько раз в день: перед зрительной работой и после нее. Старайтесь создать приятную атмосферу, выполняя их. Постарайтесь, чтобы для ребенка они стали привычными.

О закаливании

Снижение иммунитета у детей — тревожная тенденция. Один из наиболее эффективных способов его коррекции — закаливание. Однако это занятие требует временных затрат, сил и терпения. Поэтому можно использовать более простой его вариант из вос-

точной медицины. Он называется «прогулка по бегущему ручью».

Налейте в ванну (примерно на $\frac{1}{3}$) воды (начать нужно с температуры 35 °С и постепенно ее снижать ее до 24—26 °С — на 1 °С в неделю), и, не закрывая крана, попросите ребенка пошагать по этой воде, вынося ногу при каждом шаге, как бы преодолевая течение воды. Пусть он представляет, что идет по реке. Это очень приятно и полезно: организм закаливается, нормализуются многие его функции, поскольку на стопах множество нервных рецепторов. Эта процедура полезна и взрослым.

Об одежде

Иногда кажется, что родители специально стремятся к тому, чтобы их дети болели: до такой степени неправильно их одевают.

При появлении первых признаков осени дети укутаны так, будто на улице 20-градусный мороз: ни одной щелочки, куда бы мог проникнуть воздух. Так и хочется сказать маме: попробуйте-ка все это надеть на себя. Будет ли вам хорошо? Попробуйте в 3—4-слойной одежде поднять руки. А если вам захочется побегать и попрыгать?

Когда у ребенка повышается температура, ему дают жаропонижающие средства, потому что перегревание (выше 38 °С) опасно для организма. А здесь родители

искусственно повышают температуру его тела, а потом удивляются, почему он часто болеет.

На самом деле проверить, правильно ли одет ребенок, довольно просто. Пощупайте кожу на его груди. Если она влажная, значит, он одет неправильно.

О зубах

Умеет ли ваш ребенок чистить зубы? Исследования показывают: если у него выработана привычка регулярно и правильно чистить зубы, болезни зубов развиваются значительно реже или не возникают вовсе. По этой причине в некоторых странах Западной Европы многие детские стоматологи остались без работы. Что должен уметь делать ребенок?

- Энергично жевать. Для этого после обеда съедать морковку или яблоко.
- Правильно, в течение 2 мин, чистить зубы после завтрака и ужина. Покажите ему, как это нужно делать. Поставьте песочные часы в ванной, чтобы он привык к этому времени.
- После каждой еды и особенно после сладкого нужно хорошо прополаскивать рот водой.
- Не следует есть много сладостей и мучных изделий, употреблять их лучше после приема пищи.
- Не нужно есть слишком горячую пищу, а слишком холод-

ную (мороженое) следует есть медленно.

Правильной чистке зубов вашего ребенка могут обучить в стоматологическом кабинете.

Приучите его к тому, что 2 раза в год он будет посещать стоматолога, даже если у него ничего не болит. Так вы приучите его не бояться этого врача.

СМЕННЫЙ ПРИКУС

В возрасте 5—6 лет начинает формироваться сменный прикус. Это естественный физиологический процесс, когда молочные зубы уступают место постоянным. Однако подчас молочные зубы выходят из строя раньше времени. Причины этого — нарушения гигиены, наследственный фактор, снижение иммунитета и др. В состоянии сменного прикуса ребенок может находиться в среднем от 5 до 6 лет. Формирование прикуса и здоровья зубов во многом зависит от хода этого процесса. Задача данного периода — сохранить молочные зубы до их функциональной смены. В ее решении поможет соблюдение следующих правил.

- *Профилактическое посещение стоматолога 1—2 раза в год.* Большое внимание уделяется первому визиту и контакту ребенка с доктором. Хорошее самочувствие и позитивное настроение ребенка — залог успешного знакомства.
- *Выполнение рекомендации стоматолога по соблюдению гигиены полости рта.* Чистка зубов проводится 2 раза в день: утром после завтрака, вечером после ужина. Выбор щетки и пасты не имеет большого значения, поскольку в 5—6 лет процесс гигиены полости рта должен уже войти в привычку. При выборе зубной пасты воспользуемся девизом: «Натуральность, эффективность и безопасность». Чистить зубы нужно не менее 3 мин. Таймером могут послужить песочные часы, использование которых привлечет ребенка к выполнению процедуры. Чистку зубов верхней челюсти осуществляют выметающими движениями сверху вниз от десневого края к режущему краю зуба; зубов нижней челюсти — снизу вверх по тому же принципу. По жевательной поверхности боковых зубов нужно использовать круговые движения.
- *Включение в пищевой рацион ребенка продуктов питания, требующих активного жевания (фруктов и сырых овощей).* Эти продукты способствуют естественному очищению зубов и максимальной нагрузке на растущий зубочелюстной аппарат.
- *Профилактика и своевременное лечение инфекционных заболеваний.*
- *Соблюдение режима питания и питьевого режима.*
- *Соблюдение режима дня.*

И. Воропаева, врач-гигиенист

Здоровый образ жизни и его основные составляющие

Богачева А.Е.,

*студентка факультета дошкольной педагогики и психологии
ФГБОУ ВО МГПУ, Москва*

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) — способ сохранения и укрепления здоровья. Воспитать ребенка здоровым — одна из важнейших задач, стоящих перед родителями. Для этого необходимо с самого детства приучать малыша вести ЗОЖ, основными компонентами которого служат: правильное питание, рациональный режим дня, физкультурные занятия и физические нагрузки, благоприятная психологическая обстановка в семье, использование эффективной системы закаливания. Рассмотрим подробнее некоторые из них.

Режим дня

Определенный распорядок, режим дня чрезвычайно важен для каждого человека. Если продолжительность ночного сна недостаточна, нет правильного чередования видов деятельности, если отводится мало времени для прогулок, нервная система истощается. В результате может

снизиться работоспособность ребенка. Вот почему члены семьи должны обращать внимание на его режим. Хороший отдых и правильный распорядок дня избавляет от вялости, головных болей, постоянного чувства усталости.

Правильный режим дня предполагает:

- достаточный по продолжительности ночной сон с установленным временем подъема и отбоя;
- регулярный прием пищи;
- отведенное время для прогулок на свежем воздухе, творческой деятельности, свободных занятий;
- время для физических упражнений и нагрузок.

Безусловно, трудно приучить ребенка придерживаться каждого пункта режима дня, но если проявить настойчивость, показать своим примером, как нужно соблюдать распорядок, ему будет легче это делать. А дальше начинает играть свою роль привычка,

и он осознает важность распорядка дня.

Ребенок должен быть уверен, что у него всегда найдется время для любимых занятий, чтения книги, игр на свежем воздухе. Очень неразумным действием со стороны родителей служит запрещение детям прогулок в наказание за проступки. Ведь лишний час, проведенный на улице, пойдет им только на пользу.

В режиме дня должно быть место и для посильной ребенку работы: уборки комнаты, постели и своего рабочего места.

После напряженной работы днем необходим отдых для всего организма, обеспечить который может только сон. Очень хорошо перед сном прогуляться 20—30 мин на свежем воздухе, проветрить комнату и провести водные процедуры. Спокойному и глубокому сну препятствует поздний прием пищи, поэтому ужинать нужно за 1,5—2 ч до сна. Кровать не должна быть узкой, а постель — жесткой или слишком мягкой.

Правильное питание

Правильное питание — залог здоровья. Кажется, это известно всем, но не каждый родитель имеет хотя бы минимальные представления о рационе и рас-

порядке питания ребенка. Если «недокормленных» детей не так много, то дошкольников, которых перекармливают, можно встретить почти в каждой группе детского сада. Хорошо известно, что воспитанники с избыточной массой тела подвержены частым заболеваниям и аллергическим реакциям.

Полнота появляется у детей из-за недостаточной двигательной активности, ведь расходуется энергии намного меньше, чем получается вместе с пищей. В этом случае необходимы физические упражнения и прогулки. Однако, как оказалось, сделать это довольно непросто, родителям необходимо приложить много усилий и стараний, важен и личный пример взрослых.

Несомненно, влияет и рацион питания. Родители сами выбирают, чем кормить своего ребенка. Из рациона желательно исключить соусы, острые приправы, ни в коем случае нельзя позволять ребенку злоупотреблять сладким и газированными напитками, особенно в промежутке между приемами пищи. Также очень важно соблюдать питьевой режим: в среднем ребенок должен выпивать 1—1,5 л воды, что является суточной нормой для дошкольников и школьников.

В летний период большинство блюд следует готовить из свежих овощей, зелени и ягод, но нужно помнить, что в рационе должно быть сбалансированное количество белков, жиров и углеводов, а также минеральных веществ. Если в целом оценить питание большинства детей, можно сказать, что оно нуждается в улучшении. Целесообразно придерживаться четырехразового приема пищи, но, как показывает статистика, нехватка времени приводит к нерациональному режиму питания.

Основные принципы правильного питания детей:

- все продукты должны быть свежими и доброкачественными, приготовленными по технологии, сохраняющей их биологическую ценность;
- питание ребенка должно быть разнообразным;
- в рационе должно быть много овощей и фруктов.

Спортивная подготовка и физические нагрузки

Каждый человек, занимаясь каким-либо спортом профессионально или для поддержания тонуса и бодрости, выполняя ежедневные пробежки по парку, когда-нибудь задавался вопросами: «Как я пришел к этому?», «С чего все началось?», «Зачем

я трачу на свое здоровье время, ведь я и так здоров?»

Первыми нашими наставниками, безусловно, являются родители. Прогуливаясь с нами в парке или во дворе, они всегда хотели сделать наше детство интересней. Но каким образом? Ответ простой: для ребенка нет ничего важнее игры.

Ежедневно игровыми потехами мамы, папы, бабушки и дедушки превращали нашу жизнь в сказку. Будучи детьми, мы воспринимали это как должное, не осознавая, что уже начинаем приобщаться к здоровому образу жизни, учимся не просто двигаться, а думать и двигаться одновременно. Наши мышцы начинают развиваться, формируется тактическое мышление, мы становимся быстрее, ловчее и выносливее.

Чуть позже к нашим родителям присоединились воспитатели, учителя, которые приучали нас к порядку. Ведь правильный режим дня, здоровое питание, игровая деятельность, прогулки на свежем воздухе, тихий час — фундамент здоровья. Ребенок становится более дисциплинированным и учится распределять дела.

Став школьниками, мы начинаем осваивать командные игры. Будь это футбол, волейбол, баскетбол, лапта — мы начинаем

взаимодействовать в команде, которая служит единым механизмом. Если один игрок плохо играет, он тянет всю команду ко дну. Так начинают формироваться воля к победе и командный дух.

Конечно, на этом нельзя останавливаться. Задачи воспитателей и учителей — сохранить и приумножить желание ребенка заниматься спортом, показать многообразие спортивных игр, завлечь его, «заводить», как механические часы, чтобы он не останавливался на достигнутом.

Ни для кого не секрет, что теория без практики не существует, и наоборот. И важно не

только рассказать о ЗОЖ, но и показать. Как говорится, лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать. На помощь приходят современные технологии. С помощью проектора и грамотно подобранного материала (научные фильмы, семинары, тренировки) можно стимулировать интерес детей к здоровому образу жизни.

Наши родители и педагоги сделали многое для сохранения и укрепления нашего здоровья, и мы, будучи уже в роли педагога, а не ребенка, можем более грамотно осуществлять свою профессиональную деятельность. Наша задача — сделать занятия интересными, «сделать игру»!

КОНТРОЛЬ ЗА ФИЗИЧЕСКИМ ВОСПИТАНИЕМ ДЕТЕЙ: ПРОБА СТЕП-ТЕСТ

Движения — естественная биологическая потребность. Их недостаток приводит к тому, что на последующих возрастных этапах ребенок не может овладеть жизненно необходимыми двигательными навыками в полном объеме. Мышечная активность человека связана с состоянием всех физиологических систем. В ней отражаются типологические особенности нервной системы, индивидуальность, специфика пола, возраст, состояние здоровья.

Контролируя физическое воспитание детей старше 3 лет, целесообразно оценивать физическую работоспособность (в км/мин) по функциональной пробе степ-тест — подъему на ступеньку со сменяемой высотой платформы в зависимости от длины ноги ребенка.

Подъем на ступеньку с частотой 30 восхождений в минуту в течение 2 мин проводится на 4 счета. На счет «один» ребенок ставит на нее ногу полной ступней, на счет «два» поднимает вторую ногу и приставляет к первой (стоит двумя ногами на ступеньке),

на счет «три» опускает одну ногу на пол и на счет «четыре» представляет к ней другую ногу (стоит обеими ногами на полу). Можно помогать ребенку, слегка придерживая его за руку и обеспечивая ритм движений нужной частоты.

Результаты вычисляются по формулам:

Физическая работоспособность = мощность нагрузки × (170 – ЧСС покоя) / (ЧСС нагрузки – ЧСС покоя).

Мощность нагрузки = масса тела ребенка (кг) × число подъемов (мин) × высоту ступеньки (м).

Например, если ребенок массой тела 20 кг 30 раз в мин поднялся на ступеньку высотой 0,2 м, при этом частота сердечных сокращений (ЧСС) покоя составила 90, после нагрузки — 130 ударов в мин, то физическая работоспособность = $20 \times 30 \times 0,2 \times (170-90)/(130-90) = 240$ кгм/мин.

Такая проба может быть использована как для качественной оценки реакции системы кровообращения на стандартную физическую нагрузку, так и для оценки количественной величины произведенной работы и реакции системы кровообращения не только по данным времени восстановления, но и непосредственно в процессе выполнения мышечных нагрузок.

У большинства детей дошкольного возраста в ответ на пробу проявляется благоприятная реакция, характеризующаяся:

- учащением пульса на 40—60% по отношению к исходному;
- повышением систолического артериального давления на 15—30 мм рт. ст., снижением или повышением диастолического артериального давления на 5—15 мм рт. ст.;
- возрастанием пульсового давления на 20—40 мм рт. ст.;
- колебаниями ударного и минутного объемов сердца на 1-й и 3-й мин восстановительного периода;
- восстановлением показателей ЧСС на 3-й мин, артериального давления к 5-й мин;
- отсутствием жалоб на плохое самочувствие, усталость и др.

Источники: Юрко Г.П., Спирина В.П., Сорочек Р.Г., Уварова З.С. Физическое воспитание детей раннего и дошкольного возраста. 2-е изд. М., 1978; patrick-book.ru; Методы исследования и фармакологической коррекции физической работоспособности человека / Под ред. И.Б. Ушакова. М., 2007.

Детские кишечные колики

Чемоданов В.В.,

д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой детских болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново

Сегодня мы хотим познакомить вас с кишечной коликой, которая возникает более чем у половины детей первого года жизни и служит одной из наиболее частых причин тревоги их родителей. Плач малыша, испытывающего колику, — нередкий повод для обращения к врачу, поскольку родители зачастую не понимают, с чем он связан. Однако если ребенок плачет, не затихая ночь за ночью, измотанные родители могут сорваться от усталости и начать трясти его. В ряде случаев это может привести к разрыву сосудов мозга, риску возникновения синдрома «встряхнутого ребенка», служащего одной из форм жестокого обращения с детьми в семье.

Что же это такое кишечная колика? Это неприятное, вызывающее дискомфорт и боль, чувство распирания или сдавления в брюшной полости. Американские педиатры сформулировали так называемое «правило трех»: плач ребенка длится более 3 ч в день, более 3 дней в неделю, более 3 недель. В период между приступами колик малыш спокоен, нормально прибавляет в массу, у него хорошие аппетит и общее состояние.

Механизмы развития колик могут быть самыми различными. Они связаны с незрелостью кишечника маленького ребенка, повышенным его газообразованием на фоне кормления или в процессе переваривания пищи, которое сопровождается сокращением (спазмом) участков кишки. Они могут быть вызваны непереносимостью белков коровьего молока, а также неправильным рационом матери при грудном вскармливании (употребление острых или пряных продуктов, продуктов, вызывающих повышенное га-



зообразование, а также цельного коровьего молока). Колики чаще возникают у детей, родившихся преждевременно, с низкой массой тела. Риск их возникновения возрастает в случае курения матери в период беременности, а также после родов.

В выявлении детских кишечных колик помогает «дневник плача», в котором мать фиксирует длительность и интенсивность плача, а также сопутствующее состояние ребенка, в том числе прием пищи, срыгивания или рвоту, наличие и консистенцию стула, натуживание, увеличение массы тела, его температуру, нарушения дыхания.

Следует иметь в виду, что ребенок начинает плакать сразу после рождения, реагируя на внешние раздражители, боль, голод и т.п. Количество времени плача доходит до максимума приблизительно к 1,5 мес. и затем уменьшается, становясь более или менее устойчивым в 4 мес. Сопоставляя частоту крика ребенка, причины, вызвавшей плач, с результатами обследования, врач с помощью мамы может выявить такое функциональное состояние, как детская кишечная колика.

При этом важно обратить внимание на наличие симптомов тревоги, не характерных для кишечных колик, к которым отно-

сят лихорадку, похудение, рвоту с примесью крови, дегтеобразный стул, анемию, лейкоцитоз в крови и увеличение СОЭ. При наличии одного из перечисленных симптомов на фоне колик необходимо обратиться к врачу для проведения тщательного обследования ребенка.

При лечении кишечных колик следует успокоить маму и ближайших родственников, поскольку в некоторых случаях их возникновение может быть реакцией организма ребенка на неблагоприятную психоэмоциональную обстановку в семье. Многие врачи склонны в первую очередь искать сложное патологическое состояние и сразу предлагать лечение различными медикаментозными средствами, а также изменение в питании, вплоть до отказа от грудного вскармливания. Вместе с тем подобная тактика сама может спровоцировать ухудшение течения колик. Испуганные родители еще более утверждают в своем мнении о «болезни» ребенка и начинают походы к всевозможным консультантам. Как же следует поступать?

Во-первых, необходимо нормализовать рацион питания матери, исключив из него цельное коровье молоко. При этом кисломолочные продукты обязательно должны входить в рацион кормящей жен-

щины. Ограничиваются (но не исключаются полностью) продукты, вызывающие избыточное газообразование. Кормление производится по требованию малыша, интервалы между ними несколько сокращаются, а объем разового кормления — уменьшается.

После кормления необходимо в течение 10—15 мин подержать ребенка в наклонном положении (под углом 45°, но не вертикально) для отхождения заглоченного воздуха. Между кормлениями и во время приступа колик малыша укладывают на живот. Возможно прикладывание теплых пеленок к животу, но не грелок.

При неэффективности данных мероприятий издавна использовались лекарственные препараты

ветрогонного действия: плоды фенхеля, кориандра, цветки ромашки. Однако эти растительные препараты могут вызывать аллергические реакции. Поэтому мы рекомендуем препараты симетикона, например Эспумизан, который выпускается в виде капель и эмульсии с мерной ложкой. Если колики усиливаются при кормлении, Эспумизан можно давать прямо из ложечки, добавлять в бутылочку с детским питанием / питьем или давать вне кормления.

Следование данным рекомендациям поможет справиться с кишечными коликами. Однако следует помнить, что самым главным советчиком должен быть ваш доктор.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книгу



МОЙ ЛЮБИМЫЙ МАЛЫШ

Позитивная книга о роли взрослых в успехах ребенка

Автор — Счастливая М.

Книга о том, как сделать общение в радость, предупредить капризы, позаботиться о здоровье и развитии ребенка с первых дней жизни. Книга поможет родителям и воспитателям, уставшим от будничных хлопот, зарядиться радостью и оптимизмом, осознать счастье взаимной любви к детям. Надеемся, что авторские советы помогут вам вырастить ребенка уверенным в себе, успешным, счастливым!

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

Тел.: (495) 656-72-05, 656-73-00,

E-mail: sfera@tc-sfera.ru

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

Интернет-магазин: www.sfera-book.ru

Коклюш

Краснова Е.Е.,

д-р мед. наук, профессор кафедры детских болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново

У детей часто встречается такое инфекционное заболевание, как коклюш.

Коклюш (*Pertussis*) — острое бактериальное заболевание, проявляющееся приступами спазматического кашля, поражением дыхательной, нервной и сосудистой систем при отсутствии первичного токсикоза и температурной реакции.

Заболеемость коклюшем остается высокой во всем мире (от 10 до 150 на 100 тыс. детского населения). Это объясняется недостаточным охватом детей вакцинацией из-за необоснованных отводов от прививок, наличием недиагностированных случаев коклюша у взрослых и детей старшего возраста, недолговременностью постпрививочного иммунитета. Кроме того, установлено, что штаммы возбудителя коклюша (*Bordetella pertussis*) подвержены генетической изменчивости. Поэтому необходимы постоянный мониторинг циркулирующих штаммов и периодическое обновление производственных штаммов воз-

будителя для повышения эффективности вакцинопрофилактики.

Среди ученых и врачей сейчас активно обсуждается недостаточная эффективность бесклеточных (ацеллюлярных) вакцин, которые широко используются во всем мире, а в последние годы и в России. В ряде исследований показано, что риск заболеть коклюшем при вакцинации бесклеточной вакциной (Инфанрикс, Пентаксим, Тетраксим) выше, чем при вакцинации цельноклеточной (в составе АКДС) вакциной (хотя бы одной дозой). Согласно опубликованным данным, после вакцинации цельноклеточной вакциной продолжительность иммунитета составляет 5—12 лет, а при вакцинации бесклеточной вакциной — 4—7 лет.

Чаще всего коклюшем болеют дети 1—5 лет в осенне-зимний период. Наибольшую опасность инфекция представляет для малышей первых месяцев жизни, у которых заболевание протекает тяжело, нередко требует интенсивной терапии и может закончиться летальным исходом.

Болеют коклюшем и взрослые. Именно они и дети старшего возраста представляют серьезную опасность как источник инфекции для младенцев.

Путь передачи инфекции — воздушно-капельный. Источник — больной человек. Поскольку бактерия *Bordatella pertussis* неустойчива во внешней среде, заразиться можно от больного человека только при непосредственном, близком общении. Наибольшая заразность отмечается в дебюте болезни (катаральный период и начало спазматического кашля), она может продолжаться до 4—5 недель. Особую опасность представляют больные со стертыми, атипичными формами коклюша. Бактерионосительство при этом заболевании не имеет существенного значения, поскольку оно недолговременно (не превышает двух недель).

Патогенез. Патогенез коклюша изучен не до конца. Сегодня известно, что возбудитель адсорбируется на слизистых оболочках дыхательных путей, преимущественно вызывая воспалительный процесс в бронхах и бронхиолах. Бактерии продуцируют большой спектр токсинов, действующих на дыхательную и сердечно-сосудистую системы, вызывая спазм бронхов и сосудов. Под воздействием импульсов, поступающих с рецепторного аппарата дыха-

тельных путей, в продолговатом мозге формируется кашлевая доминанта, приводящая к приступам спастического кашля. При этом различные неспецифические факторы, такие как осмотр зева, прием пищи, болевые раздражители и другие, могут спровоцировать приступ судорожного кашля, вплоть до апноэ.

Клинические проявления.

Инкубационный период коклюша длится 2—21 день (чаще до 14 дней). Общая продолжительность заболевания составляет 6—8 недель.

У непривитых детей коклюш характеризуется цикличностью с постепенным нарастанием симптомов. Выделяют три периода заболевания: катаральный, спазматического кашля, обратного развития. Катаральный период продолжается 1—2 недели. В это время наблюдаются кашель, насморк, гиперемия слизистых оболочек ротоглотки на фоне нормальной или субфебрильной температуры. Выраженность катаральных проявлений в течение последующей недели уменьшается, но кашель усиливается, становится упорным, навязчивым, постепенно приобретая приступообразный характер. Поэтому данный период нередко называют периодом нарастающего кашля.

С момента появления приступообразного кашля можно

говорить о наступлении следующего периода заболевания — спазматического кашля, который длится 2—4 недели и более. Приступ кашля состоит из серии 4—10 коротких кашлевых толчков, которые следуют друг за другом на выдохе, затем отмечается интенсивный продолжительный шумный или свистящий вдох, который получил название «реприза». Свистящий вдох обусловлен спазмом голосовой щели. После репризы приступ кашля может повторяться, поэтому может быть несколько реприз. Во время приступа цвет лица становится красным, а затем может быть синюшным, глаза «наливаются кровью», появляется слезотечение, язык высовывается изо рта, его кончик загибается наружу, уздечка может повреждаться вследствие травматизации о зубы, впоследствии образуется язвочка. Заканчивается приступ рвотой или отхождением вязкой мокроты. Сочетание кашля и рвоты — очень характерный для коклюша признак, по которому врач и должен заподозрить заболевание коклюшем даже при отсутствии реприз.

В результате частых приступов лицо ребенка становится одутловатым, веки отекают. Старшие дети чувствуют приближение приступа, у них возникает аура: чувство страха,

беспокойство, першение в горле. Вне приступа кашля состояние ребенка удовлетворительное, поведение может быть ненарушенным. У ряда детей сохраняются вялость, раздражительность, нарушения сна. Кашель провоцируется приемом пищи, чиханием, физической и эмоциональной нагрузкой. Его приступы могут наблюдаться как днем, так и ночью. Тяжесть коклюша определяется частотой приступов кашля и их выраженностью, т.е. количеством реприз в течение одного приступа.

В период спазматического кашля у детей раннего возраста могут наблюдаться осложнения (ателектазы, пневмония). Может развиваться гипоксическая энцефалопатия, проявляющаяся судорогами, потерей сознания, возникающими вслед за остановкой дыхания. После перенесенного коклюша может сформироваться хроническое бронхолегочное заболевание.

Период обратного развития характеризуется уменьшением и облегчением приступов кашля, мокрота становится жидкой, отходит легко. Постепенно кашель теряет приступообразный характер и исчезает. Однако присоединение ОРВИ может вновь привести к его возобновлению.

У вакцинированных детей и у взрослых наблюдается атипич-

ное течение коклюша, которое характеризуется длительным кашлем при отсутствии спазматических приступов.

Диагностика. Диагностика заболевания основывается на характерной клинической картине в сочетании с типичными изменениями в лейкоцитарной формуле: выраженный лейкоцитоз (20—50 г/л), лимфоцитоз при нормальной или замедленной СОЭ. Однако заподозрить коклюш можно и в случаях появления в детском коллективе длительно кашляющих детей.

При подозрении на коклюш проводится бактериологическое исследование мокроты или слизи из носоглотки (два дня подряд или через день). Материал получают методом «кашлевых пластинок» или с помощью тампона из носоглотки. В связи с нестойкостью возбудителя его нужно сеять на питательную среду непосредственно у постели больного.

При невозможности провести бактериологическое обследование или при отрицательных результатах используются серологические методы — обнаружение противокклюшных антител методом иммуноферментного анализа с интервалом 10—14 дней.

Лечение. Лечение легких и среднетяжелых форм коклюша проводится в домашних условиях. Необходимо пребывание на

свежем воздухе: сон при открытой форточке, прогулки (при температуре окружающего воздуха не ниже -10 — -12 °С). Чтобы не заразить других детей, гулять надо в отдалении от них. Напомним, что заражение происходит только при близком контакте. В комнате, где находится больной, нужно проводить частое проветривание и увлажнение воздуха. Очень важно уменьшить воздействие различных внешних раздражителей (света, шума) и создать положительные эмоции, так как плач также может спровоцировать кашель. Желательно правильно организовать досуг ребенка, увлечь его чтением книг, настольными играми, просмотром любимых мультфильмов, поскольку, отвлекаясь, он реже кашляет.

Питание должно быть полноценным, но щадящим. Важно, чтобы пища не раздражала слизистую оболочку ротоглотки. Исключаются острые, соленые блюда, орехи, сухари, шоколад, мед. Кормить ребенка следует после приступа кашля и малыми порциями.

Антибактериальная терапия эффективна только при раннем назначении (конец катарального периода, начало спазматического кашля), т.е. в первые 7—10 дней заболевания. Наиболее эффективны в отношении возбудителя макролиды: азитрамицин (сума-

мед, азитрокс и др.), эритромицин, рокситромицин (рулид и др.), кларитромицин (кларид и др.), используются также защищенные пенициллины (амоксиклав, аугментин и др.). Одновременно с антибиотиками можно вводить донорский противоклюшный иммуноглобулин.

Патогенетическая и симптоматическая терапия направлена на уменьшение выраженности кашля и отека слизистых оболочек, разжижение мокроты и облегчение ее отхождения, уменьшение бронхоспазма. При легком течении заболевания, когда ребенок лечится дома, назначаются успокаивающие препараты (настойка валерианы, пустырника, пиона). Для уменьшения выраженности и частоты кашля используют противокашлевые средства центрального действия: бутамират (синекод, омнитус, коделак-нео и др.). Для разжижения мокроты и облегчения ее отхождения используются амброксол (амбробене, бронхорус, лазолван и др.), бромгексин и др. По показаниям применяются бронхоспазмолитические средства, например, ингаляции комбинированного препарата (бета-адреномиметика и холинолитика) беродуала через небулайзер.

При аллергии показано назначение десенсибилизирующих средств.

Противоэпидемические мероприятия. Мероприятия, направленные на ликвидацию источника инфекции, заключаются в ранней изоляции первого заболевшего ребенка. Он должен 25 дней от начала заболевания находиться дома или в инфекционном стационаре или на 21-й день от начала спазматического кашля. Госпитализации подлежат дети до 1 года с тяжелым течением заболевания, наличием осложнений. Врач, выявивший больного, подает экстренное извещение.

Если ребенок в катаральном периоде или со стертой формой коклюша посещает ДОО, это может привести к вспышке инфекции. Она развивается медленно. Как правило, после первого заболевшего новые случаи регистрируются у 1—3 детей каждые 2—10 дней.

В группе ДОО, в которой был выявлен больной коклюшем, осуществляется текущая дезинфекция в течение 14 дней с момента изоляции больного, а также соответствующие санитарно-гигиенические мероприятия. Помещения, где находился больной, должны хорошо проветриваться, влажную уборку нужно проводить не реже 2 раз в день. Текущая дезинфекция осуществляется дома до момента госпитализации ребенка и в течение всего времени лечения

на дому. Заключительная дезинфекция не проводится.

Режимно-ограничительные мероприятия для контактных лиц в группе ДОО проводятся в течение 14 дней после изоляции последнего больного. Прекращается допуск в группу новых и временно отсутствовавших детей, не привитых и ранее не болевших. Не допускается общение с воспитанниками других групп. За детьми устанавливается медицинское наблюдение: дважды в день — утром и вечером — их осматривает медицинский персонал, проводится термометрия. Результаты осмотра вносятся в журнал наблюдения за общавшимися с больным. Детям до 1 года, не болевшим коклюшем и не привитым, вводят иммуноглобулин дважды по 3,0 мл через день.

В группе ДОО проводится двукратное бактериологическое обследование (подряд или через день) контактных детей и взрослых, работающих с ними.

В ДОО допускаются дети, переболевшие коклюшем, не ранее 25-го дня с начала заболевания.

Вакцинопрофилактика коклюша. Согласно национальному календарю прививок, созданному на основании приложения 1 к приказу Минздрава России от 21.03.2014 №125н, первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка здоровым детям

проводится в 3 мес., вторая — в 4,5 мес., третья — в 6 мес., ревакцинация — в 18 мес. (вместе с прививкой против полиомиелита, столбняка и дифтерии). Вакцинируются воспитанники вакциной АКДС, в которой коклюшный компонент представлен инактивированными коклюшными микробами. После введения вакцины в течение 48 ч могут развиваться осложнения — судороги, долгий пронзительный крик, остановка взора. Однако возникают эти осложнения намного реже, чем осложнения коклюша. В последние годы, как уже было сказано, проводят вакцинацию и менее реактогенной бесклеточной вакциной, созданной на основе очищенного коклюшного токсина.

Продолжается совершенствование современных схем и правил вакцинации против коклюша с целью формирования у ребенка полноценного противокклюшного иммунитета. Для этого в схеме вакцинации предполагается использование комплексных препаратов, содержащих как цельноклеточные, так и бесклеточные вакцины. Обсуждается вопрос о введении дополнительной ревакцинирующей дозы в 6 лет с целью защиты школьников от заболевания коклюшем и защиты детей первого года жизни, для которых источником заражения нередко выступают дошкольники.

Анимационная арт-терапия в комплексной системе нейрореабилитации детей

Шевцова Е.Е.,

*доцент кафедры логопедии, заведующий лабораторией
восстановления речи, фонации и глотания
ФГБНУ «Госпиталь для incurable больных —
Научный лечебно-реабилитационный центр»;*

Жиляев Д.Б.,

*педагог-аниматор ГБУЗ «Центр патологии речи
и нейрореабилитации», Москва*

Детское подразделение Центра патологии речи и нейрореабилитации предназначено для осуществления междисциплинарной комплексной консультативно-диагностической, лечебно-профилактической и нейрореабилитационной помощи детям и подросткам с тяжелыми нарушениями высших психических функций, в том числе речи, возникающими как осложнение перинатальных очаговых поражений ЦНС, черепно-мозговой травмы, инсульта, нейроинфекции (задержка речевого развития, алалия, афазия, дизартрия, заикание, дисграфия, дислексия и др.). В 2009 г. открыто стационарное отделение для детей с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы.

Стационарное отделение для детей Центра патологии речи и

нейрореабилитации — первое в России отделение для оказания помощи детям и подросткам Москвы с тяжелыми речевыми нарушениями при локальных поражениях ЦНС вследствие инсульта (инфаркта мозга), черепно-мозговой травмы, нейроинфекции или перенесенной эпилепсии. Подразделение предназначено для детей дошкольного и школьного возраста. На лечении вместе с ними находятся и родители.

В комплексной нейрореабилитационной работе с детьми используются медикаментозная терапия, коррекционное обучение в групповой и индивидуальной форме, логоритмика, основанные на нейропсихологической топической диагностике зоны поражения ЦНС, курсы групповой психологической поддержки

и / или индивидуальной коррекции психологического состояния ребенка, комплекс релаксационных методик, включая сенсорное воздействие, музыка- и ароматерапию, водные процедуры (лечебные ванны и кинезитерапия в бассейне). Особое внимание уделяется курсам массажа и комплексу лечебной физкультуры по восстановлению нарушений движения. Используются новейшие разработки с применением специальных костюмов, методики биологической обратной связи, отрабатываются навыки социальной адаптации. Высококвалифицированные специалисты — психологи и логопеды — проводят групповые и индивидуальные занятия в игровой форме. Наряду с традиционными методами сотрудники отделения разрабатывают и внедряют в практику анимационную арт-терапию (мульти-терапию).

Недостаточное развитие речевых средств и познавательной активности у детей с последствиями раннего органического поражения ЦНС снижает уровень их общения, способствует замкнутости, безынициативности, нерешительности, порождает специфические черты коммуникативного поведения — сужается круг общения, затрудняются контакт с собеседником, процесс познания.

Анализ научной литературы свидетельствует о том, что недо-

статочно разработаны оценочные критерии речевой и познавательной активности детей, нечетко определены условия ее формирования и стимулирования, зависимость уровня от форм взаимодействия ребенка и взрослого в различных видах деятельности.

Использование информационно-коммуникационных технологий в коррекционно-педагогическом процессе — одна из самых новых и актуальных проблем отечественной специальной педагогики. Мы предполагаем, что использование технологий компьютерной анимации при обучении и воспитании детей с нарушениями развития может быть эффективным средством активизации мышления и речи, творческой активности, одним из методов коррекции речевых и неречевых нарушений у детей с последствиями органического поражения ЦНС.

Наиболее широкую известность арт-терапия получила в середине XX в. Термин «арт-терапия» (от англ. *art* — искусство и *therapy* — терапия) буквально означает лечение искусством, шире — терапию творчеством. Впервые он был употреблен в 1938 г. Адрианом Хиллом. Затем этот термин стал применяться ко всем видам терапевтических занятий искусством: музыка-, драма-, танцевдвигательной терапии и т.п.

Мульт-терапия — эффективный инновационный метод арт-терапии. Создание мультфильмов вместе с детьми служит универсальным инструментом, позволяющим раскрыть творческие и совершенствовать познавательные способности ребенка. Анимация (мультипликация) — коллективное творчество, позволяющее восстанавливать когнитивные функции, развивать креативные способности детей, улучшать их психоэмоциональное состояние, что позитивным образом сказывается на реабилитации и социализации.

Раздел анимационной арт-терапии не имеет пока аналогов. В его основу положена авторская концепция коллектива сотрудников детского стационарного отделения Центра патологии речи и нейрореабилитации.

В детском возрасте ведущий вид деятельности — игра. Это обосновано в трудах выдающихся психологов Л.С. Выготского, Д.Б. Эльконина, Ж.-Ж. Пиаже и др. Анимация же, как никакой другой вид искусства, близка к игре. Любовь детей к анимации безгранична. Это объясняется предметностью, образностью, символичностью вида киноискусства, где имеют место связь образа, слова и символа, ролевая насыщенность, занимательность.

Создание анимационного фильма — длительный, технически трудоемкий процесс, поскольку мультфильм надо придумать, создать и записать сюжет, реализовать задуманное. На занятиях дети проходят практически все творческие этапы создания анимационного фильма: рисование, анимирование изображений, озвучивание и режиссуру. В игровой форме одновременно осваиваются многие виды искусства: изобразительное, музыкальное, актерское. Специалисты отделения, руководители студии осуществляют монтаж — наиболее сложный технологический этап создания фильма.

Мультипликация как вид современного искусства в детстве очень востребован. Любой вид искусства — сфера формирования культуры личности и область освоения культурного наследия во всех формах его проявления: национального, регионального, общечеловеческого, исторического. Детство — период активного формирования личности человека. Важно, чтобы развитие ребенка было всесторонним и полимодальным, т.е. реализующим интеллектуальную и эмоциональную, физическую и духовную, ассоциативно-образную и художественную, нравственную и патриотическую формы становления личности.

Привлечение детей к созданию мультфильма позволяет решать широкий спектр задач.

Коррекционно-развивающая работа направлена на формирование психологического базиса развития речи и мышления, обогащение представлений детей об окружающем мире в процессе работы над художественными образами. Задачи, решаемые в процессе деятельности, носят комплексный характер. Они могут быть объединены в несколько блоков в соответствии с проблемами психомоторного, когнитивного и речевого развития детей:

- стимуляция познавательной, двигательной и речевой активности в процессе работы с художественными образами;
- обогащение эмоциональной сферы и снятие психоэмоционального напряжения;
- развитие сенсорно-перцептивной деятельности;
- развитие и обогащение образной сферы, восприятия, ассоциативного мышления;
- уточнение и обогащение представлений об окружающем мире, о причинно-следственных связях различных явлений и событий;
- повышение уровня речевой активности ребенка, обогащение словарного запаса, совершенствование грамматического строя речи;

- формирование умения слушать музыку, соотносить музыкальный материал с художественными образами;
- обучение использованию различных изобразительных средств, формирование практических умений;
- развитие способностей к восприятию формы и содержания в художественных композициях, развитие общей и мелкой моторики, элементарных графомоторных навыков, внимания и произвольной регуляции движений и действий, развитие слухо-зрительно-моторной координации;
- формирование пространственной ориентировки;
- активизации речевых возможностей ребенка в процессе озвучивания мультфильма.

Темы занятий и подбор материалов для анимации осуществляется с учетом особенностей и возможностей детей с тяжелыми нарушениями речи.

Для создания мультфильма на основе детских работ могут использоваться различные материалы: цветная бумага, пластилин, фломастеры, крупы, природный и бросовый материал, разноцветные ленточки и лоскутки, материалы для конструирования.

Для разработки содержания занятий необходим диагностический этап, на котором выясня-

ются речевые и когнитивные возможности ребенка, определяют задачи подготовки к занятию.

Структура занятия

Этап 1 — прослушивание сказки с музыкальным сопровождением. В процессе слушания используются элементы ритмопластики, образно-сюжетного танца с импровизацией, гимнастики для пальцев и кистей рук. Обязательно включаются элементы вокальных упражнений и звукоподражания, «озвучивание движений».

Этап 2 — практическая деятельность с различными материалами, направленная на создание художественных образов. В ходе ее используются речевое сопровождение, комментирование действий. Подводятся итоги, делается словесный отчет. Предполагается музыкальное сопровождение.

Этап 3 — компьютерная анимация и повторное прослушивание сказки с музыкальным сопровождением и двигательным аккомпанементом. С учетом возможностей детей используются беседа, пересказ, комментирование.

Этап 4 — заключительный: просмотр смонтированного мультфильма, подведение итогов; релаксация и слушание музыки.

Тематика занятий определяется уровнем развития речи и мышления детей, их коммуника-

тивными возможностями, состоянием моторного праксиса.

Цель анимационной арт-терапии: стимуляция компенсаторного потенциала мозга и психоэмоциональной сферы ребенка с последствиями органического поражения головного мозга средствами обучения анимации.

Методика обучения анимации предусматривает поэтапное ознакомление детей с техниками, отобранными из числа существующих в анимации специально для данного проекта:

- рисованная анимация (фазы движения повторяют фазы движения неодушевленных и одушевленных персонажей);
- предметная или кукольная анимация (оживление объемных предметов);
- рисунок на сыпучей поверхности (используются песок, кофе, подкрашенное зерно, графит и т.д.). Такое разнообразие материала позволяет актуализировать тактильные ощущения ребенка и повышает мотивацию к деятельности;
- лепка персонажей из пластилина;
- вырезание бумажных марионеток (техника перекладки);
- пикселизация (съемка предметов в движении кино- или фотокамерой).

В рамках всех техник каждая фаза изображаемого действия

исполняется (рисуеться, вылепливается, вырезается и т.д.) по отдельности. В современной лимитированной анимации допускается гораздо меньшее число кадров, поэтому движение не выглядит столь подробным. Оно в значительной мере условно и легче для исполнения, однако и понятно зрителю. Это важно для целей анимационной арт-терапии и, главное, для обучения детей, которым большое число кадров выполнить трудно.

В процессе обучения техникам проводятся специальные занятия, на которых внимание детей привлекается к схеме тела, а также мимическим и жестовым движениям. Аниматор проигрывает с воспитанниками роли персонажей, которые они затем пытаются исполнять сами. Дети рассматривают движения перед зеркалом.

Далее проводятся занятия по обучению элементарным техникам создания кукол и рисунков для анимации.

Основные результаты использования анимационной арт-терапии

- Анимационная арт-терапия способствует формированию и восстановлению функций внимания, памяти, воспитанию необходимых навыков поведения.

Язык анимации универсален, значительный объем анимацион-

ных фильмов понятен детям и без слов. Это позволяет развивать их в случае часто встречающихся нарушений речи. Вербализация учебного материала стимулирует речь на произвольном уровне.

- Обучение анимации как виду киноискусства позволяет выстраивать коммуникативные отношения, появляется дополнительный путь устранения у детей социальной дезадаптации.

- Анимационная арт-терапия обеспечивает эмоциональное «вхождение» ребенка в сюжет, что важно для коррекции личности.

- Освоение приемов анимации расширяет у детей объем разнообразных умений и навыков, повышает уровень осведомленности и, как следствие, самооценку.

- Увлечение анимационной деятельностью решает проблему занятости детей с ограниченными психическими, речевыми и двигательными возможностями.

- Эмоциональное отношение к анимационным операциям и активность автоматически уменьшают степень гипердинамии в поведении детей.

Занятия по арт-терапии

Форма занятий — фронтальная. Группа — 4—5 детей.

Этап 1 — подготовительный

Знакомство с детьми

Желательно, чтобы обучающий вошел в группу в образе широко известного сказочного персонажа или животного (Буратино, Кот в сапогах, Красная Шапочка, собачка, медведь, заяц и т.п.).

Сенсорная стимуляция

Тактильная

Специалист (психолог, логопед) использует различные способы тактильного воздействия на кожу сначала куклы, а потом ребенка:

- гладит игрушку и изображает реакцию удовольствия;
- затем шлепает игрушку и изображает реакцию огорчения;
- прикладывает к руке игрушки что-то горячее и привлекает внимание детей к реакции отдергивания руки; «обдувает ветром», «посыпает снегом» и показывает, как стало холодно и т.п. Затем то же самое прodelывается с детьми со стимуляцией их к жестово-мимическому подражанию в реакциях.

Вкусовая

Используются контрастные и яркие вкусовые стимулы: лимон, шоколад, перец. Демонстрируются реакции на вкусовые ощущения, которым дети, попробовав кусочки тех или иных пищевых стимулов, подражают.

Обонятельная

Используются контрастные и яркие обонятельные стимулы: духи, апельсин, мандарин, уксус. Демонстрируются реакции на вкусовые ощущения, которым дети, попробовав кусочки тех или иных пищевых стимулов, подражают.

Слуховая

Детям предлагают образцы природных и предметных шумов, по которым они должны найти источник звучания. Для этого заготавливаются игрушки (животные) и предметы, способные звучать (гудок, свисток, звонок), музыкальные инструменты (барабан, бубен, ксилофон, дудка).

Зрительная

Используются яркие картинки, желательно с фосфоресцирующим покрытием. Некоторые из них высвечиваются фонариком. Специалист называет предметы, изображенные на картинках, а затем просит детей показать, где что нарисовано и, если доступно, назвать.

Растормаживание и коррекция движений

Детям демонстрируют движения кукол (ходьба, бег, прыжки и пр.) и просят их самих выполнить эти действия, подражать движениям под музыку (медленную, быструю, маршевую, вальсовую).

Этап 2 — изготовление анимационных предметов и кукол

Задачи:

- формировать и осуществлять коррекцию функций гнозиса и праксиса;
- накапливать словарь, связанный с изготовлением изделия;
- вовлекать детей в совместные действия.

Используются следующие *приемы*:

- ознакомление детей с материалом, из которого будут изготавливаться предметы и куклы (пластилин, картон, кусочки тканей, бусы, краски и пр.);
- демонстрация способов изготовления куклы со словесным обозначением каждой детали и части тела;
- функциональной роли предмета или характерных движений куклы; каждое движение словесно обозначается, подбирается соответствующее музыкальное сопровождение;
- закрепление за движениями каждого предмета или персонажа определенного звукового сигнала;
- стимуляция детей к показу функциональной роли предмета или движения кукол, по возможности — словесное сопровождение действий;

- выполнение движений по подражанию вслед за специалистом. Каждое движение обозначается словесно («Поднимаем руку, опускаем, хлопаем в ладоши, прыгаем, кружимся и т.п.);
- демонстрация способа раскрашивания некоторых изделий:
 - подбор красок и обозначение их цвета словесно,
 - пробное нанесение краски на чистые листы бумаги,
 - нанесение краски на изделие;
 - нанесение на каркас изделия мелких деталей (бусинок, палочек и пр.). Работа начинается с манипуляций сыпучими веществами — песком, зерном, мелкими орешками и пр.

Этап 3 — развитие сюжета, съемка

На данном этапе выстраивается сюжет и осуществляется съемка мультфильма.

Этап 4 — просмотр мультфильма

Это заключительный этап. Дети оценивают результат своего творчества.

Диагностический и коррекционно-развивающий подходы апробируются на базе суточного стационарного отделения для детей с последствиями перенесенного инсульта и черепно-мозговой травмы Центра патологии речи и нейрореабилитации.

Немедикаментозные пути решения проблемы рецидивирующих респираторных заболеваний у детей раннего возраста

Сенюшкин А.Н.,
главный врач;

Вагина И.В.,
заведующий ГБУЗ ПК «ГДКП № 1», г. Пермь

Проблема острых респираторных инфекций (ОРИ) у детей раннего возраста продолжает оставаться актуальной для практикующих врачей на протяжении длительного периода времени, не имея тенденции к уменьшению значимости. По данным разных авторов, на долю острых респираторных инфекций приходится от 55 до 85—90% всех инфекционных заболеваний.

В 1986 г. В.Ю. Альбицкий и А.А. Баранов опубликовали критерии включения в группу часто болеющих детей. Согласно им дети первого года жизни, имеющие 4 эпизода ОРИ в год и более, должны быть отнесены к группе часто болеющих, а дети до 3 лет могут быть причислены к этой группе при кратности заболеваний ОРИ 6 раз в год и более. Частота ОРИ у детей первых трех лет жизни во всех странах,

по данным Всемирной организации здравоохранения, составляет 5—8 заболеваний в год.

Выделяют *несколько условных групп часто болеющих детей*:

— дети с аллергическим синдромом и семейной отягощенностью по аллергии и заболеваниям органов пищеварения. Их можно отнести к экссудативно-катаральному типу конституции. Повторные заболевания у них обычно связаны с переводом на искусственное вскармливание, неадекватной схемой введения прикормов, а также началом посещения детских дошкольных учреждений;

— дети с перинатальной неврологической патологией. Дисбаланс центральных регуляторных механизмов создает функциональные нарушения различных систем и формирует разнообразные диатезы, на фоне которых развивают-

ся как вирусные и бактериальные инфекции, так и глистно-протозойные инвазии. У матерей этих детей часто наблюдаются обострения хронических заболеваний, ОРЗ, воспалительные заболевания гениталий, стрессы и депрессивный синдром. Беременность сопровождается угрозой невынашивания, определяется большое количество травмирующих родовых факторов (кесарево сечение, применение эпидуральной анестезии без показаний, дискоординация родовой деятельности и пр.);

— дети с первичными вегетативными нарушениями, проявляющимися в раннем возрасте как вегетовисцеральный синдром. Все матери детей этой группы страдают вегетативной дистонией. Острые респираторные заболевания проявляются периодами длительного субфебрилитета или длительного кашля. Часто встречаются заболевания органов пищеварения;

— дети с лимфатико-гипопластическим типом конституции. Во время заболевания проявляется яркая и разнообразная клиническая картина, характерна гипертермия, сменяющаяся субфебрилитетом. Аллергозы у этих детей часто проявляются дермато-респираторным синдромом;

— дети с преимущественно обменно-конституциональными нарушениями. Тип конституции

можно отнести больше к нервно-артритическому. Выражен синдром обменных нарушений, который проявляется в суставных болях, расстройствах мочеиспускания (не связанных с переохлаждением или инфекцией), избыточным выведением солей с мочой. ОРИ носят затяжной характер.

Организовывать работу по профилактике рецидивирующих респираторных инфекций следует с учетом конституции ребенка, особенностей формирования иммунного ответа в данной возрастной категории. Созревание специфической иммунной защиты, Т- и В-лимфоцитов происходит у ребенка длительно, вплоть до периода полового созревания. Иммунологическая защита, полученная от матери (Ig преимущественно класса G), элиминируется полностью к 6—9 мес. жизни ребенка, синтез же собственных иммуноглобулинов G достигнет уровня взрослого только к 6—8 годам, иммуноглобулинов А — к 10—12 годам. Риск развития ОРИ у детей повышают такие факторы, как неблагоприятное течение беременности, недоношенность, внутриутробное инфицирование, искусственное вскармливание и др. [5] Резервуаром инфекции может служить также носительство условно-патогенной бактериальной флоры.

Решением проблемы часто болеющих детей занимается множество специалистов. Практикующему педиатру важно понять истоки частых простудных заболеваний, выявить и укрепить слабое звено, влияющее на иммунную защиту. Необходимо помнить, что респираторные инфекции нередко сами по себе являются физиологическим иммуностимулятором регулирующих систем растущего организма. Однако если кратность заболеваний превышает указанные количества, ОРИ протекают тяжело, длительно, это должно стимулировать поиск путей решения проблемы. Врачу и родителям в этом случае нужно действовать согласованно.

Решая проблему рецидивирующих вирусных инфекций, следует информировать родителей о необходимости формирования адекватной среды пребывания ребенка. Температура помещения, где он спит и бодрствует, должна быть не выше 24 °С, влажность воздуха — не ниже 40%, а пребывание на свежем воздухе занимать не менее 2 ч в день при отсутствии острых проявлений респираторных заболеваний. Необходимо напоминать родителям о многократном повышении риска инфицирования ребенка во время пребывания его в местах скопления большо-

го количества людей (магазины, цирк, кинозал). Проветривание помещений должно быть регулярным и эффективным, ибо сухой и неперемещающийся воздух идеален для размножения вирусов. Для уменьшения риска инфицирования вирусами нужно формировать у ребенка привычки мыть руки сразу, войдя в дом, полоскать слизистые ротовой полости, зева, смывать вирусы со слизистых оболочек носа. Рекомендуется изолировать емкости с бытовой химией, избегать использования резко пахнущих спреев и длительного нахождения ребенка в свежотремонтированных помещениях, а также решительно пресекать любой контакт с табачным дымом.

Большой раздел работы — формирование правильного пищевого поведения ребенка с раннего возраста, организация качественного и функционального питания. Грудное вскармливание — лучший вид питания ребенка первого года жизни за счет оптимального и сбалансированного уровня пищевых веществ, наличия широкого спектра биологически активных компонентов и факторов защиты. Грудное молоко (ГМ) содержит 0,4—1,0 г/л секреторного IgA, защитные свойства которого направлены против кишечных и респираторных патогенных

микроорганизмов в непосредственном окружении матери и ребенка. Помимо этого, в состав ГМ входят многочисленные компоненты, которые непосредственно или опосредованно способствуют защите детского организма от инфекции, а лактоферрин и лизоцим относятся к белкам, обладающим прямой антибактериальной активностью. В случаях когда естественное вскармливание невозможно, подбор адаптированной молочной смеси (АМС) определяет гармоничное развитие ребенка, правильное созревание иммунной системы. За формирование клеточного иммунитета отвечают такие составляющие АМС, как белки, длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты семейства омега-3 и омега-6, нуклеотиды, биологически активные вещества, микроэлементы и витамины.

С введением прикорма начинается формирование пищевого поведения, которое и будет основой для становления адекватного нутритивного статуса ребенка. В течение последних лет теория и практика назначения прикорма претерпели ряд изменений. Основные положения представлены в Национальной программе оптимизации вскармливания детей от 1 до 3 лет в Российской Федерации. Принципиально но-

вым подходом служит индивидуализация прикорма по срокам введения, последовательности и ассортименту продуктов с учетом состояния здоровья ребенка. Инновационные технологии, используемые в настоящее время в производстве продуктов детского питания, позволяют придавать им функциональные свойства, обогащая их про- и пребиотиками. Родители должны знать об особенностях вскармливания своего ребенка. Некоторым детям показана гипоаллергенная диета, предполагающая исключение из их рациона возможных аллергенов: цитрусовых, шоколада, орехов, морепродуктов, соков. Надо стараться использовать для детского питания продукты промышленного производства, не допускать кормление с «общего стола», не включать в рацион фастфуд, не использовать полуфабрикаты, содержащие множество добавок (салицилаты, консерванты E220—227, E249—252, E210—219, антиоксиданты, красители E102, E122—E124, E127, E151, глутаматы). С учетом индивидуальной непереносимости пища должна содержать достаточное количество белка (отварное мясо, творог, сыр), свежих фруктов, ягод и овощей, необходимо добавлять растительное и сливочное масло. Следует акцентировать внимание родите-

лей на сохранении принципов правильного питания на втором и третьем годах жизни. Использование специальных молочных смесей позволяет обеспечивать организм ребенка необходимыми микронутриентами в правильном соотношении и сочетании.

Важно нацелить родителей на создание оптимального питьевого режима. Иммуноглобулины, лизоцим активно работают только на увлажненных слизистых. В осенне-зимний период, когда количество рецидивирующих вирусных инфекций резко возрастает, достаточное употребление воды имеет большое значение.

Учитывая необходимость неагрессивной и многонаправленной коррекции иммунного статуса у часто болеющих детей, важно помнить, что самый крупный иммунный орган человека — кишечник. В слизистой оболочке пищеварительного тракта содержится около 80% всех иммунокомпетентных клеток организма, которые сосредоточены в лимфатических фолликулах, миндалинах и пейеровых бляшках. Большое количество лимфоцитов находится также в собственной пластинке слизистой и среди клеток эпителия тонкой и толстой кишки.

Естественная защитная система желудочно-кишечного тракта

представлена, кроме иммунной системы кишечника, его слизистого барьера и эпителия, также кишечной микрофлорой, которая обуславливает ее мощную поддержку. Попытки воздействовать на кишечный микробиом и через него на здоровье человека имеют долгую историю, связанную с именем великого русского ученого, лауреата Нобелевской премии И.И. Мечникова.

Существует два различных (но не взаимоисключающих, а дополняющих друг друга) подхода в плане воздействия на состав и баланс кишечной микрофлоры. Первый заключается в использовании живых молочно-кислых бактерий и бифидобактерий (пробиотиков), второй — в применении олигосахаридов, не расщепляющихся ферментами тонкой кишки и активно используемых микрофлорой толстой кишки для жизнедеятельности (пребиотиков).

Действие пробиотиков не сводится к простому заселению кишечника, как это зачастую представляется, их влияние более сложно и многопланово. Оно осуществляется на трех уровнях: конкуренция с патогенной и условно-патогенной микробиотой, усиление защитного кишечного барьера, иммуномодулирующий эффект. Обеспечивая ребенка продуктами, биологически ак-

тивными добавками, содержащими про- и пребиотики, мы можем влиять на иммунный ответ, предотвращать рецидивирование респираторных инфекций.

Создание необходимых параметров микроклимата — одна из составляющих закаливания, важно также и их рефлекторное воздействие на организм ребенка. В основе закаливания лежит тренировка вазомоторных механизмов адекватной реакции на холодовые воздействия. Адаптационные механизмы ребенка хорошо поддаются тренировке. Закаливающие процедуры, при всей простоте используемых средств и методов, весьма действенны. Закаливание не требует очень низких температур, важны контрастность и систематичность их проведения, для чего требуется соблюдение ряда правил:

- систематическое использование во все времена года, без перерывов;
- постепенное увеличение дозы раздражающего действия;
- учет возрастных и индивидуальных особенностей организма ребенка;
- все закаливающие процедуры должны проводиться на фоне положительных эмоций.

Нарушение этих правил приводит к отсутствию положительного эффекта от закаливающих процедур, а иногда и к гиперак-

тивности нейроэндокринной системы и последующему ее истощению. Сочетание местных закаливающих процедур стоп и носоглотки через 3—4 мес. восстанавливает цитологические показатели носового секрета. Закаливающие процедуры хорошо сочетать с гимнастикой и массажем грудной клетки. Эффективность закаливания можно оценивать не ранее чем через 6—12 мес. от начала регулярных процедур

Задачи врача — информировать родителей о необходимости закаливающих процедур, ориентировать их на приверженность немедикаментозной составляющей в формировании иммунного ответа организма ребенка.

Таким образом, адекватное применение различных способов укрепления слабых звеньев жизнедеятельности ребенка с учетом типа его конституции позволяет исключить рецидивирование респираторных инфекций, обоснованные финансовые затраты, полипрагмазию и способствовать индивидуальному развитию ребенка.

Литература

1. *Боровик Т.Э.* и др. Современные продукты прикорма в профилактике аллергических заболеваний: результаты проспективного исследования // Вопросы современной педиатрии. 2014. Вып. 13 (6).

2. Васечкина Л.И., Азарова Е.К., Акинфиев А.В. Алгоритмы комплексной терапии часто болеющих детей // Лечащий врач. 2015. № 1.
3. Вельтищев Ю.Е., Длин В.В. Развитие иммунной системы у детей. М., 2005.
4. Конь И.Я. и др. Каши с инулином в питании детей раннего возраста // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2012. № 3.
5. Корниенко Е.А. Актуальные вопросы коррекции кишечной микрофлоры у детей: Учеб.-метод. пособие. М., 2006.
6. Романцов М.Г., Ершов Ф.И. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия. М., 2006.
7. Самсыгина Г.А. Рецидивирующая респираторная инфекция у детей // Педиатрия. 2011. № 4.
8. Смирнова Е.Г. Иммуноterapia часто болеющих детей // Практика педиатра. 2013. Сентябрь.

Правила профилактики и лечения педикулеза

По данным Всемирной организации здравоохранения, постоянному риску заражения педикулезом подвержены несколько миллиардов людей во всем мире. Это самое распространенное паразитарное заболевание.

Динамика заболеваемости педикулезом в Российской Федерации за последнее десятилетие не имеет тенденции к снижению. Ежегодно в нашей стране регистрируется до 300 тыс. случаев педикулеза.

В 2015 г. в РФ зарегистрировано порядка 243 тыс. случаев педикулеза, что на 15% ниже, чем в 2014 г. В 2015 г. случаи

этого заболевания отмечены среди детей всех возрастных групп. Максимальная заболеваемость педикулезом среди детей приходится на возраст от 3 до 6 лет. В 6 субъектах РФ показатели заболеваемости педикулезом (на 100 тыс. населения) превышают среднероссийский показатель: в Камчатском крае, Ненецком автономном округе, Республике Тыва, Архангельской области, Москве и Санкт-Петербурге. В Москве на протяжении последних шести лет педикулез занимает второе место по уровню заболеваемости после ОРВИ (среди инфекционных и паразитарных заболеваний).

Серьезную проблему в распространении педикулеза, по-прежнему, представляют лица без определенного места жительства, среди которых отмечается высокий уровень пораженности педикулезом — более 25%. Пораженность головным педикулезом среди учащихся общеобразовательных организаций в среднем по стране составила 0,03%, среди отдыхающих в оздоровительных учреждениях — 0,02%, среди проживающих в домах-интернатах для престарелых и инвалидов — 0,01% и детских домах — 0,03%.

Педикулез (вшивость) — заразное заболевание, вызываемое паразитированием на теле человека вшей. Вопреки распространенному мнению, что педикулез — участь лиц без определенного места жительства, это заболевание с одинаковой степенью вероятности может встретиться у каждого.

В отличие от целого ряда заболеваний, которые человечество практически победило, педикулез прошел сквозь века. Еще до нашей эры Геродот писал о том, что египетские жрецы так тщательно выбривали головы для того, чтобы обезопасить себя от неприятных насекомых — вшей.

Педикулез, как правило, следствием нарушения гигиенических

норм, но исследования показали, что вошь любит чистые волосы и не боится воды, прекрасно плавает и бегаёт (но не прыгает).

К сожалению, педикулез можно заполучить практически в любом месте, где возможен тесный контакт одного человека с другим: в магазине, поезде или другом общественном транспорте и даже в бассейне. Более того, вошь может в течение 2—3 дней ждать нового хозяина на подушке.

На человеке могут паразитировать головная, платяная и лобковая вошь. Возможно поражение смешанным педикулезом (например, одновременное присутствие головных и платяных вшей). Вши питаются кровью хозяина, а яйца (гниды) приклеивают к волосам. Платяная вошь откладывает яйца в складках одежды, реже приклеивает их к волосам на теле человека. Платяная и головная вши являются переносчиками сыпного тифа и некоторых видов лихорадок.

Головная вошь живет и размножается в волосистой части головы, предпочтительно на висках, затылке и темени. Питается каждые 2—3 ч, плохо переносит голод. Вши яйцекладущие. Развитие яиц (гнид) происходит в течение 5—9 дней, личинок — 15—17 дней. Продолжитель-

ность жизни взрослых особей — 27—30 дней. Самка откладывает ежедневно 3—7 яиц, за всю жизнь — от 38 до 120 яиц.

Головным педикулезом особенно часто заражаются дети. Заражение происходит в результате непосредственного контакта «голова к голове» с человеком, у которого педикулез.

Опасность развития педикулеза связана с тем, что вши очень быстро размножаются. Рост численности паразитов и увеличение количества их укусов могут стать причиной различных гнойничковых поражений кожи, вторичной бактериальной инфекции, аллергических реакций.

Как не заразиться

Соблюдайте правила личной гигиены (мытьё тела не реже 1 раза в 7 дней со сменой нательного и постельного белья; ежедневное расчесывание волос головы; стирка постельных принадлежностей; регулярная уборка жилых помещений).

Не разрешайте ребенку пользоваться чужими расческами, полотенцами, шапками, наушниками, заколками, резинками для волос: через эти предметы передаются вши.

Проводите взаимные осмотры членов семьи после их длительного отсутствия.

Проводите периодический осмотр волос и одежды у детей, посещающих детские учреждения.

Внимательно осматривайте постельные принадлежности во время путешествий.

После каникул будьте особенно бдительны: проведите осмотр головы ребенка.

Современные средства позволяют без труда справиться с педикулезом.

Если обнаружился педикулез у ребенка, необходимо:

- приобрести в аптеке средство для обработки от педикулеза;
- обработать волосистую часть головы в соответствии с прилагаемой инструкцией;
- вымыть голову с использованием шампуня или детского мыла;
- удалить механическим способом (руками или частым гребнем) погибших вшей и гнид;
- надеть ребенку чистое белье и одежду;
- постирать постельное белье и вещи, прогладить горячим утюгом с паром;
- осмотреть членов семьи и себя;
- повторять осмотр ребенка и членов семьи в течение месяца через каждые 10 дней.

Источник:

www.rospotrebnadzor.ru

Дисбактериоз кишечника: что это такое?

Чемоданов В.В.,

*д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой
детских болезней лечебного факультета
ФГБОУ ВО «Ивановская государственная
медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново*

В кишечнике здорового человека обитают более 500 видов микроорганизмов, общее количество которых превышает общую численность всех клеток. Вдумайтесь в эти цифры!

Кишечные микроорганизмы обеспечивают процессы переваривания и всасывания, антиинфекционную защиту, синтез витаминов и др. Особого внимания заслуживает способность нормальной микрофлоры кишечника влиять на иммунитет.

Формирование микрофлоры начинается с первых дней жизни, при этом ее состав строго индивидуален и служит своеобразным «микробным паспортом», остающимся с нами на всю жизнь. Качественное и количественное изменение состава кишечной микрофлоры называют дисбактериозом кишечника. Частая причина его развития — заболевания органов пищеварения. Еще одна причина — применение антибиотиков, прямо подавляющих жизнедеятельность микроорганизмов и существен-

но меняющих микробный пейзаж желудочно-кишечного тракта. Наконец, следует помнить о склонности к более быстрому и легкому развитию кишечного дисбактериоза у детей в связи с незрелостью кишечника и более частыми острыми инфекциями.

Важно отметить, что дисбактериоз кишечника не является заболеванием, а следовательно, он не может быть самостоятельным диагнозом. Поэтому правильнее говорить не о его лечении, а о коррекции микрофлоры кишечника. Однако дисбактериоз — важный патологический процесс, способный привести к тяжелому поражению желудочно-кишечного тракта.

При наличии кишечного дисбактериоза человек длительное время может не предъявлять никаких жалоб. Основным его проявлением могут быть расстройства стула (запоры и поносы). Кроме того, могут наблюдаться слизь и зелень в испражнениях, боли в животе или его вздутие, снижение аппетита. Чем младше ребенок, тем с большей частотой

дисбактериоз сопровождается анемией и рахитом. В более старшем возрасте он способствует развитию хронических болезней желудка и двенадцатиперстной кишки, атопическому дерматиту, бронхиальной астме. Нередко детей с дисбактериозом относят к часто и длительно болеющим.

Для выявления кишечного дисбактериоза используют анализ кала, который выявляет отклонения в составе микрофлоры.

Эффективность коррекции микрофлоры кишечника повышается при устранении причин развития дисбактериоза и организации правильного питания. Необходимо принимать пищу часто и небольшими порциями, исключая продукты, содержащие лактозу (молоко) и кофеин, которые способствуют поносу и запору. Более

широко назначаются кисломолочные смеси и продукты. Однако следует критически относиться к рекламируемым продуктам.

Активно используют пробиотики, т.е. живые микроорганизмы, благоприятно влияющие на микрофлору кишечника и его функционирование, а также стимулирующие иммунную систему. На сегодняшний день российский фармацевтический рынок предлагает: колибактерин, бифидумбактерин, лактобактерин, бактисубтил, биоспорин, аципол, ацилакт, линекс, пробифор. В целях иммуннокоррекции используют Кипферон, выпускаемый в форме свечей (суппозиторий).

В любом случае нельзя заниматься самолечением, следует обратиться за советом к врачу.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет информационную ширмочку «Правильное питание»



Формат 1000×330 мм, 4 + 0, на картоне с пластиковым карманом и буклетом. Буклет формата А4, цветной.



Интернет-магазин: www.sfera-book.ru

Аспекты мотивационной готовности дошкольников к обучению в школе

Шилина С.В.,

*социальный педагог ДО № 1 ГБОУ «Школа № 1222»,
Москва*

Подготовка ребенка к школе — одна из важнейших задач воспитательно-образовательной работы с дошкольниками. Ее решение в единстве с другими задачами дошкольного образования позволяет обеспечить целостное гармоничное развитие детей этого возраста.

Принятие федеральных государственных образовательных стандартов (ФГОС) начального школьного и дошкольного образования — важный этап преемственности деятельности детского сада и школы.

Составляющие готовности к школе

Перечислим составляющие школьной готовности.

- **Физическая готовность.** Характеризует функциональные возможности ребенка и состояние его здоровья, зависящие от многих обстоятельств, в том числе от перинатального периода развития, генотипа и темпа физиологического созревания. Оценка состояния здоровья детей при их поступлении в школу строится на многих параметрах физического развития, наличия или отсутствия хронических болезней. Статистические показатели состояния здоровья детей окончательно не установлены, поэтому в разных работах можно встретить различные процентные соотношения дошкольников, полностью способных к организованному обучению в массовой школе, частично способных и неспособных в ней обучаться. По совокупности выделенных показателей судят о состоянии здоровья детей, которое можно отнести к четырем основным группам.



Дети с первой группой здоровья — здоровые дети, не имеющие существенных отклонений по основным системам организма, не болеющие за определенный период наблюдений (обычно в течение года до поступления в школу). Число таких дошкольников сокращается из года в год, по разным оценкам в различных регионах они составляют 10—20% от всех детей, поступающих в первый класс. Процесс утраты здоровья старшими дошкольниками нарастал в конце XX в. По сравнению с 1987—1990 гг. в 2000 г. процент детей с первой группой здоровья снизился до 5—6% в разных регионах России [6].

Дети со второй группой здоровья имеют риск возникновения хронической патологии и склонны к инфекционным заболеваниям, которые развиваются на фоне переутомления или стресса. Как правило, у них есть определенные, клинически не диагностируемые функциональные отклонения, обусловленные степенью морфологической незрелости отдельных органов и их систем. Дети, входящие в эту группу, представляют наиболее сложную для клиницистов и педагогов группу, поскольку даже незначительные перегрузки сверх нормы их здоровья могут привести к внезапному ухудшению его состояния и развитию неожиданных

хронических заболеваний. Если учесть, что именно эти дети выпадают из-под систематического врачебного наблюдения, а также учителей и родителей в связи с отсутствием выраженной патологии, очевидно, что школьники с функциональными нарушениями — наиболее неустойчивая группа первоклассников, которые к концу обучения в первом классе часто демонстрируют значительное ухудшение своего здоровья. По мнению Н.Г. Веселовой, дети со второй группой здоровья составляют среди первоклассников абсолютное большинство (50—66%).

Дети с третьей группой здоровья страдают различными хроническими заболеваниями, неустойчивы к большинству инфекций в период между обострениями хронических болезней, имеют ослабленный иммунитет, что отрицательно сказывается на их стрессоустойчивых и адаптивных возможностях. Школьные нагрузки быстро вызывают у них переутомление и обострение хронических болезней. Наиболее распространенные хронические заболевания детей третьей группы здоровья — нарушения зрения и осанки, желудочно-кишечные и заболевания органов дыхания.

Число детей данной группы здоровья, поступающих в на-

чальную школу, к сожалению, из года в год увеличивается в связи с недостаточным вниманием общества, в частности здравоохранения, к семье и детству. Конкретный процент часто болеющих детей определяется регионом проживания, его экологией и социально-экономическим развитием. По разным оценкам, процент детей с третьей группой здоровья колеблется от 15 до 20%. В крупных городах, по данным мониторинга здоровья, в 2000 г. именно в этой группе наблюдался прирост детей до 27% от всех обследованных.

Дети с четвертой группой здоровья имеют выраженные нарушения в состоянии здоровья, как правило, несовместимые с обучением в массовой школе. Число таких детей относительно постоянно и примерно равно 16% от общей численности старших дошкольников, поступающих в первый класс. Среди них нередки случаи задержек психического развития (ЗПР), общего недоразвития речи (ОНР), нарушения опорно-двигательного аппарата (ДЦП), страдающих слепотой и глухотой в разной степени. Большинство детей с четвертой группой здоровья родились от матерей с патологией беременности или имели перинатальные осложнения. Многим дошкольникам в раннем детстве

был поставлен диагноз «перинатальная энцефалопатия», что свидетельствует о грубом нарушении развития в раннем дошкольном возрасте. В целом состояние здоровья этих детей, так же как и психическое здоровье и благополучие, по мнению Н.Г. Веселовой, оценивается врачами как неудовлетворительное — 2,1—2,2 балла по пятибалльной шкале.

Большинство детей с четвертой группой здоровья обучаются в специализированных школах, в которых соблюдаются щадящие условия обучения за счет облегченного усвоения школьных программ. Однако среди них около 20% имеют высокий уровень интеллектуального развития, в связи с чем их обучение в специализированной школе для детей с нарушениями психического развития вряд ли целесообразно. Очевидно, что именно дети этой группы требуют скрупулезного медицинского наблюдения при отборе в школу.

Таким образом, физическая готовность к обучению в школе как важнейший фактор в ситуации выбора конкретной школы определяется группой здоровья ребенка и степенью физиологической зрелости основных систем его организма. Физическая готовность в значительной степени, но не полностью, де-

терминирует остальные аспекты школьной зрелости: специальную и психологическую готовность.

• **Интеллектуальная готовность.** Еще в исследованиях Л.И. Божович отмечалось, что ребенок, поступающий в школу, должен уметь выделять существенное в явлениях окружающей действительности, сравнивать их, видеть сходное и отличное, рассуждать, находить причины явлений, делать выводы.

В интеллектуальную готовность включаются:

— определенный запас знаний об окружающем мире, причем важен не только их объем, но и качество (правильность, четкость, обобщенность);

— представления, отображающие существенные закономерности явлений, относящихся к разным областям действительности;

— достаточный уровень развития познавательных интересов — к новому, к самому процессу познания;

— определенный уровень развития познавательной деятельности, психических процессов: сформированность сенсорных эталонов; качества восприятия — умения планомерно обследовать предметы, явления, выделять их разнообразные свойства; качества мышления —

умения выделять существенное в явлениях действительности, сравнивать их, видеть сходное и отличное, рассуждать, находить причины явлений, делать выводы; определенная степень децентрации мышления; высокий уровень развития наглядно-образного и образно-схематического мышления, позволяющего вычленять наиболее существенные свойства и отношения между предметами действительности (что служит основой для формирования логического мышления и усвоения научных знаний в школе); сформированность символической функции и воображения;

— начало формирования произвольности психических процессов. Несмотря на то что ее становление начинается в старшем дошкольном возрасте, к моменту поступления в школу она еще не достигает полного развития: ребенку трудно длительное время сохранять устойчивое произвольное внимание, заучивать значительный по объему материал и т.п.;

— развитие речи. Речь тесно связана с интеллектом и отражает как общее развитие ребенка, так и уровень его логического мышления. Необходимо, чтобы ребенок умел находить в словах отдельные звуки, т.е. у него должен быть развит фонемати-

ческий слух. Кроме того, должно быть сформировано умение связно, последовательно, понятно для окружающих описать и объяснить что-то, передать ход своих мыслей. Особое место занимает овладение дошкольником некоторыми специальными знаниями и навыками, относящимися к собственно школьным, — грамотой, счетом, решением арифметических задач.

• **Эмоционально-волевая готовность.** Эмоциональная готовность заключается в радости ожидания обучения в школе. Эмоциональные свойства: сочувствие, сопереживания и др. Волевая готовность — способность соподчинять свои мотивы, управлять своим поведением. Она предполагает умение организовывать рабочее место и поддерживать порядок на нем, положительное отношение к целям деятельности, принятие их, стремление преодолевать трудности, к достижению результата своей деятельности.

Волевая готовность заключается в способности ребенка напряженно трудиться, делая то, что от него требуют учеба, режим школьной жизни.

К 6 годам основные компоненты волевого действия еще недостаточно развиты. Выделяемые цели не всегда осознаны и устойчивы. Удержание цели

зависит от трудности задания и деятельности его выполнения; достижение цели определяется воспитанностью мотивов.

Исходя из этого, взрослый должен:

— ставить перед ребенком такую цель, которую бы он не только понял, но и принял ее, сделав своей. Тогда у него появится желание в ее достижении;

— приучать ребенка не пасовать перед трудностями, а преодолевать их;

— воспитывать стремление к достижению результата своей деятельности в рисовании, играх-головоломках и т.д.

У ребенка должна быть сформирована организованность.

• **Социально-психологическая (коммуникативная) готовность.** По мере взросления ребенка все больше начинает привлекать мир людей. Он пытается проникнуть в смысл человеческих отношений, норм, которые их регулируют. Следование социально приемлемым нормам поведения становится для ребенка значимым, особенно если оно подкрепляется положительным откликом со стороны взрослых. Это становится содержанием общения ребенка с ними. Поэтому коммуникативная готовность очень важна ввиду перспективы постоянных контактов со взрослыми (и сверстниками) в ходе

обучения в школе. Этот компонент психологической готовности предполагает сформированность двух характерных для рассматриваемого возрастного периода форм общения, в числе которых:

— умение исправлять свои ошибки. При отношении к взрослому и его действиям как к эталону дети адекватно воспринимают позицию учителя, его профессиональную роль. Дети, готовые в этом плане к учению, понимают условность учебного общения и адекватно, подчиняясь школьным правилам, ведут себя на занятиях;

— общение со сверстниками, специфические отношения с ними. Учебная деятельность по своей сути — коллективная. Дети должны учиться деловому общению друг с другом, умению успешно взаимодействовать, выполняя совместные учебные действия. Качества, необходимые для общения с одноклассниками, помогающие войти в коллектив класса, найти свое место в нем, включиться в общую деятельность — общественные мотивы поведения, усвоенные ребенком правила поведения по отношению к другим людям, умение устанавливать и поддерживать взаимоотношения со сверстниками, формируются в совместной деятельности дошкольников.

Все рассмотренные составляющие психологической готовности к обучению достигают определенного уровня сформированности у старших дошкольников и продолжают развиваться, когда дети приступают к систематической учебной деятельности в школе. Это и создает основу для формирования у ребенка, ставшего первоклассником, качеств, необходимых школьнику для успешного освоения программного материала, развития различных сторон его личности.

• **Мотивационная готовность.** Предполагает наличие у ребенка мотивации к обучению. Мотив — внутреннее побуждение к активности. В качестве мотивов выступают потребности, интересы, убеждения, представления о нормах и правилах поведения, принятых в обществе и др. В основе любого действия или поступка лежит тот или иной мотив или совокупность мотивов, которые «запускают» (побуждают) и направляют активность человека.

Итак, готовность к школе — системное, многокомпонентное образование, в котором интегрируются различные свойства и способности детей, необходимые для успешного обучения в школе.

Данные свойства и способности составляют сущность

различных компонентов общей, психологической готовности к школе: физическая, личная, интеллектуальная, социально-психологическая. Важнейшей составляющей личностного развития ребенка 6—7 лет служит готовность к школе в мотивационном плане, предполагающая сформированность «внутренней позиции школьника» и адекватных ей познавательных и социальных мотивов учения. Это положение позволило констатировать особую значимость данных личностных новообразований для успешного вхождения ребенка в школьную жизнь и подробнее остановиться на их изучении.

Таким образом, работу в ДОО по подготовке детей к школе условно можно разделить на три направления:

1) общее развитие. К тому времени, когда ребенок станет школьником, его общее развитие должно достичь определенного уровня. Речь идет, в первую очередь, о развитии памяти, внимания и особенно интеллекта. Нас интересуют как имеющийся у него запас знаний и представлений, так и умение действовать во внутреннем плане, или, иными словами, производить некоторые действия в уме;

2) формирование умения произвольно управлять собой. У до-

школьника яркое восприятие, легко переключаемое внимание и хорошая память, но произвольно управлять ими он еще не умеет. Он может надолго и в деталях запомнить какое-то событие или разговор взрослых, возможно, не предназначавшийся для его ушей, если он чем-то привлек его внимание. Но сосредоточиться сколько-нибудь длительное время на том, что не вызывает у него непосредственного интереса, ему трудно. А между тем это умение совершенно необходимо выработать к моменту поступления в школу. Равно как и умение более широкого плана — делать не только то, что тебе хочется, но и то, что надо, хотя, может быть, и не совсем хочется или даже совсем не хочется;

3) формирование мотивов, побуждающих к учению. Имеется в виду не тот естественный интерес, который проявляют дети к школе. Речь идет о воспитании действительной и глубокой мотивации, которая сможет стать побудительной причиной их стремления к приобретению знаний.

Условия воспитания ребенка для формирования «внутренней позиции» школьника:

— комплексный подход, обеспечивающий работу не только с детьми, но и с воспитателями, учителями и родителями;

— ориентация воспитывающих взрослых (педагогов и родителей) в психолого-педагогических вопросах, связанных с мотивационной готовностью ребенка к школе, формирование (коррекция) у родителей на этой основе позитивного образа современной школы и эмоционально-положительного отношения к ней;

— систематичность и последовательность педагогической работы, предусматривающей сначала поэтапное формирование у детей 6—7 лет компонентов внутренней позиции школьника, а уже затем на их основе социального и учебного мотивов;

— использование разнообразных форм, методов педагогической работы со старшими дошкольниками, обеспечивающих повышение и сохранение интереса у детей к содержанию развивающего материала, желания занять новую позицию в обществе и осознание этой позиции, стремление активно познавать мир в условиях школьного обучения;

— развитие любопытства, любознательности как стимула в формировании мотивационной готовности к школе;

— использование приобретаемых знаний и интеллектуальной активности детей для фор-

мирования осознанного мотива учения.

Мотивы дошкольников к обучению в школе

Одна из важнейших задач педагогического коллектива ДОО и семьи в подготовке детей к школе — формирование мотивов учения и положительного отношения к школе.

Мотивы готовности к обучению в школе — внутренние и внешние факторы, побуждающие ребенка к усвоению новых знаний. Они служат основой для формирования учебных мотивов. Учебный мотив как осознанная потребность в получении новых знаний и развитии своих способностей у дошкольников отсутствует. Их отношение к учению может быть выражено в следующих группах мотивов:

— социальные — означают понимание общественной значимости и необходимости учения, стремление к социальной роли школьника: «Я хочу в школу, потому что все дети должны учиться, это нужно и важно»;

— учебно-познавательные — отражают интерес к новым знаниям, желание научиться чему-то новому: «Я хочу в школу, потому что там можно многому научиться, узнать новое»;

— оценочные — содержат стремление ребенка получить высокую оценку взрослого, его одобрение и расположение: «Я хочу в школу, потому что буду получать “пятерки”»;

— позиционные — отражают интерес к внешней атрибутике и позиции школьника: «Я хочу в школу, потому что там все большие, а в детский сад ходят маленькие». Или: «Я хочу в школу, потому что мне купят новый ранец, пенал, школьную одежду»;

— внешние — не выражают желания самого ребенка: «Я пойду в школу, потому что так мама сказала»;

— игровые, которые неадекватно переносятся ребенком в новую ведущую деятельность — учебную: «Я хочу в школу, потому что там можно весело играть с друзьями».

Каждый из мотивов присутствует у ребенка 6—7 лет, но степень их выраженности строго индивидуальна. Учебно-познавательные, социальные, оценочные мотивы положительно влияют на школьную успеваемость детей. Преобладание игрового мотива отрицательно влияет на усвоение знаний в школе. Позиционный и внешний мотивы на успеваемость воздействуют на него незначительно. Следует отметить, что внешние и игровые

мотивы могут влиять на поведение детей в ситуации обучения.

Оценивать мотивы дошкольника сложно, потому что ему еще трудно дать объективный ответ: хочет ли он учиться, почему хочет или почему не хочет. Однако его мотивы можно легко определить, наблюдая за ним в привычной ситуации.

Оценка интеллектуальной и мотивационной готовности дошкольников к обучению в школе

Для более эффективной оценки интеллектуальной и мотивационной готовности педагог-психолог вместе с воспитателями подготовительных к школе групп проводит диагностическое обследование детей — будущих первоклассников, включающее два этапа: начало (октябрь) и конец (апрель) года.

Задачи обследования детей:

- определить уровень сформированности показателей умственного развития;
- выявить мотивационную готовность;
- определить содержание коррекционной работы с детьми по подготовке к школе.

Помимо метода наблюдений используются следующие методики: психолого-педагогическая оценка готовности к началу

школьного обучения М.М. Семаго и Н.Я. Семаго, беседа по выявлению сформированности «внутренней позиции школьника», методики «Сказка» Н.И. Гуткиной и «Определение мотивов учения» М.Р. Гинзбурга.

Рассмотрим подробнее методику Н.И. Гуткиной «Сказка», направленную на определение доминирования познавательного мотива в мотивационной сфере ребенка.

Цель: определение психологической готовности детей 6—7 лет к обучению в школе.

Описание методики. На стол кладут обычные, не слишком привлекательные игрушки. Примерный их набор: один предмет из кукольной мебели, один — из кукольной посуды, одна мягкая игрушка, один кубик, одна простая машинка. Заметим, что в этот набор нельзя включать любимые игрушки испытуемого.

Инструкция. Ребенку предлагается внимательно рассмотреть игрушки и запомнить их. На это отводится около 1 мин. После того как он ознакомится с игрушками, экспериментатор подзывает его к себе и предлагает послушать сказку, которую он раньше не слышал. На самом интересном месте чтение прерывается, и экспериментатор спрашивает испытуемого, что ему в данный момент больше хочется:

поиграть с выставленными на столике игрушками или дослушать сказку до конца.

Дети с выраженным познавательным интересом обычно предпочитают послушать продолжение сказки, а дети со слабой познавательной потребностью — поиграть, но их игра, как правило, носит манипулятивный характер.

Если ребенок выбирает игрушки, а потом, немного поиграв, подходит к экспериментатору и просит дочитать сказку, взрослый отказывается, сославшись на то, что выбор уже сделан.

Если ребенок, выбрав игрушки, не начинает играть с ними, а берет одну из них и возвращается к экспериментатору с просьбой дочитать сказку, взрослый предлагает ребенку положить игрушку на место и прийти дослушать сказку. В случае отказа ребенка расстаться с игрушкой взрослый не дочитывает сказку, говорит ему: либо сказка, либо игрушка.

Интерпретация. В протоколе регистрируются выбор испытуемого, его высказывания и поступки, на основании чего делается вывод о доминировании познавательного или игрового мотива в мотивационной сфере ребенка. Выбор сказки говорит о доминировании познавательного

мотива, выбор игрушек — о доминировании игрового мотива. Желание и поиграть, и дослушать сказку рассматривается с точки зрения первого выбора, т.е. как доминирование игровой мотивации, которая не вызывает игровой деятельности из-за скудного и неинтересного набора игрушек.

С помощью методики «Определение мотивов учения» М.Р. Гинзбурга было выявлено, что для 6-летних детей наиболее характерны следующие мотивы:

- собственно учебно-познавательный, восходящий к познавательной потребности (учебный);
- широкий социальный, основанный на понимании общественной необходимости учения (социальный);
- «позиционный», связанный со стремлением занять новое положение в отношениях с окружающими (позиционный);
- «внешний»;
- игровой, неадекватно перенесенный в новую — учебную — сферу (игровой);
- мотив получения высокой отметки (отметка).

Методика «Мотивационные предпочтения» Д.В. Солдатова создана для определения мотивационной готовности к школьному обучению. Тест по-

зволяет оценить, какой из трех мотивов — игровой, трудовой или учебный — является у ребенка доминирующим.

С помощью методики диагностики учебной мотивации (ДУМ-1) (Программа «Учись учиться!» по повышению мотивационной готовности дошкольников 6—7 лет к школе) исследуются четыре типа мотивации: познавательная, достижения, общения и игровая.

Все методики выявления ведущих мотивов человека имеют различные уровни компетентности, поэтому после анализа результатов психодиагностического исследования делаются выводы о мотивационной готовности ребенка к школьному обучению.

Если ребенок выбрал 70—100% учебных, социальных и познавательных мотивов по результатам диагностического обследования, он оптимально готов (высокий уровень готовности) к школьному обучению, т.е. сформированность мотивов на высоком уровне требований школы соответствует зрелой «внутренней позиции школьника», что наблюдается не у всех.

При выборе 30—70% учебных, социальных и познавательных мотивов ребенок достаточно готов (средний уровень готовности), т.е. у него сформированы некоторые компоненты, стороны мотивации до уровня школьных

требований, наблюдается выраженная неустойчивость мотивов поведения, учения.

При выборе до 30% учебных, социальных и познавательных мотивов ребенок недостаточно готов (низкий уровень готовности), т.е. у него наблюдаются мотивационная незрелость, неготовность к школе.

Работа по программе ведется с детьми мотивационно неготовыми к систематическому обучению в школьных условиях, т.е. с дошкольниками, которые при выборе мотивов набрали не более 30% учебных, социальных и познавательных мотивов.

У ребенка, не обнаружившего черт зрелости мотивов и сформированности «внутренней позиции школьника», отмечают:

- отсутствие стремления пойти в школу или даже негативное отношение к школе и учению;
- выраженную импульсивность поведения;
- отсутствие иерархии мотивов;
- невыраженность учебно-познавательных мотивов (учебную деятельность ребенка могут инициировать и динамизировать атрибутивные, коммуникативные, игровые и т.п. незрелые мотивы);
- низкий уровень осознания своих побуждений, когда ребенок затрудняется вербали-

зовать мотивы учения, объяснить его смысл.

Результаты диагностического обследования дошкольников ГБОУ Школы № 1222 дошкольного отделения № 1 Москвы на начало 2015/16 уч.г. следующие:

— из 37 детей (будущих выпускников подготовительных и части старших групп) у 75% сформированы показатели интеллектуальной готовности к школе, но у многих из них отмечается низкий уровень мотивационной готовности;

— только 30% детей имеют высокий уровень мотивационной готовности, который выражается в наличии у ребенка познавательной потребности, стремлении освоить роль школьника, уверенности в своих силах.

Остальных детей школа привлекает лишь внешними аксессуарами, такими как школьные принадлежности, портфель, школьная жизнь, желанием сменить обстановку.

Важно, чтобы школа привлекала ребенка главной деятельностью — учением.

Поэтому очень важна работа по формированию мотивационной готовности к обучению в школе, которая складывается у ребенка при наличии выраженной познавательной потребности и умении трудиться.

Работа по формированию мотивационной готовности детей к обучению в школе

Подготовка детей к обучению в школе начинается задолго до поступления туда и осуществляется на занятиях в детском саду на основе привычных для ребенка видов деятельности: игры, рисования, конструирования и др.

Работа воспитателей, психолога и специалистов детского сада по формированию у детей мотивов учения и положительного отношения к школе направлена на решение трех основных задач:

- формировать правильные представления о школе и учении;
- опыт учебной деятельности;
- воспитывать положительное эмоциональное отношение к школе.

Какие формы и методы работы используют в работе воспитатели с детьми?

Для решения этих задач воспитатели используют различные формы и методы работы:

- беседы о школе;
- чтение рассказов о школе;
- разучивание стихов школьной тематики;
- рассматривание картинок, отражающих школьную жизнь, и беседы по ним;
- рисование школы;

- сюжетно-ролевая игра «Школа»;
- ознакомление с букварем;
- прогулка к зданию школы;
- экскурсии в школу, класс, школьную библиотеку;
- совместные досуги с первоклассниками.

Рассказы и стихи о школе подбираются так, чтобы показать детям различные стороны школьной жизни: радость детей, идущих в школу; важность и значимость школьных знаний; содержание школьного обучения; школьная дружба и необходимость помогать школьным товарищам; правила поведения на уроке и в школе. При этом важно показать детям образы «хорошего» и «плохого» ученика, строить беседу с детьми на сравнении образцов правильного и неправильного (с точки зрения организации школьного обучения) поведения. Дети старшего дошкольного возраста с интересом воспринимают и лучше запоминают тексты с юмористическим содержанием.

При организации игры в школу можно использовать сюжеты различного содержания: игра в школу после экскурсии на урок в 1-м классе (закрепление полученных знаний и представлений), моделирование школы будущего (формирование эмоционального отношения к шко-

ле, развитие творческого воображения и свободы мышления). В сюжет игры можно ввести роль Незнайки-ученика, который не хочет учиться, всем мешает, нарушает установленные правила.

Содержание психологической коррекции

Педагог-психолог осуществляет работу по трем направлениям.

1. Работа с родителями. Содержание работы педагога-психолога заключается в оказании родителям психологической помощи, ориентированной на индивидуальную и групповую работу с ними.

2. Работа с педагогами. Содержание работы педагога-психолога заключается в оказании психологической и информационной помощи педагогам, использовании следующих форм работы: индивидуальное и групповое консультирование по ознакомлению с индивидуальными особенностями детей 6—7 лет; семинары-практикумы, тренинги, деловая игра, лекции, беседы.

3. Работа с детьми. Включает: — формирование у детей положительного отношения к школе и установку на школьное обучение; — развитие познавательных интересов и любознательности;

— повышение у детей самооценки, чувства уверенности в себе, своих возможностях; — формирование навыков коммуникативных, произвольности поведения детей.

В систему психологической коррекции детей с несформированной мотивационной готовностью к школе входят развивающие занятия и комплекс тренингов, имеющих определенную направленность.

Развивающие занятия — комплекс игр и упражнений, направленных на стимулирование активности познавательных процессов.

Принципы построения развивающих занятий:

— сначала детям предлагаются игры на произвольность внимания; — затем подключаются игры сенсорного характера, стимулирующие процессы восприятия; — наибольшая нагрузка приходится на комплекс игр, активизирующих мыслительные операции и процессы памяти; — далее включаются игры для снижения интенсивной нагрузки на мозг ребенка.

При проведении таких занятий у детей повышаются познавательная активность, успешность в обучающих занятиях, реализуется потребность в интеллектуальной нагрузке.

В результате планомерной систематической работы к концу года у детей коррекционной подгруппы повысился уровень психологической готовности к школе, сформировалась учебная мотивация, появился познавательный интерес. Проведение развивающих занятий послужило толчком для более полного развития детей этой подгруппы. Дошкольники научились принимать и ставить учебную задачу, планировать свою деятельность, овладели системой умственных действий (анализируют, сравнивают, обобщают, классифицируют и др.). Увеличился уровень произвольного поведения: дети стали сознательно контролировать свое поведение в соответствии с определенной целью, приобрели уверенность в себе, опыт преодоления трудностей и стремление к дальнейшей активной деятельности. Дошкольники коррекционной подгруппы наравне со своими сверстниками получили одинаковые стартовые возможности к обучению в школе.

Благодаря проведению коррекционно-развивающей работы дети легче переживут период школьной адаптации, некоторые избегут участи неуспевающих учеников и, как следствие, не будут испытывать отвращения к учению.

Успешность коррекционной работы подтверждается положительными отзывами родителей. Дети стали более активными, самостоятельными, уверенными в своих силах и возможностях. У них улучшились графические навыки, произвольность, процессы памяти, внимания, мышления и речи.

Взаимодействие с семьей воспитателей и педагога-психолога ДОО

Решающую роль в формировании учебных мотивов играет семья, поскольку именно в ней закладываются потребности и интересы человека с раннего детства. Поэтому мы советуем родителям:

- формировать интерес к новым знаниям через поиск информации в книгах, энциклопедиях, справочниках и т.п.;
- показывать общественную значимость учения на собственных примерах, в ближайшем окружении;
- учить ребенка подчинять свое «хочу» слову «надо»;
- трудиться, доводить начатое дело до конца;
- сравнивать результат с образцом;
- исправлять свои ошибки (ошибка — это не страшно, ее можно исправить, но в сле-

- дующий раз стараться не допускать их);
- воспитывать стремление к успеху (если много раз сделаешь, то научишься);
 - формировать адекватную самооценку (за хорошую работу похвалят, если же есть ошибки — похвалы не жди, ее нужно заслужить).

Итак, мотивация — сложный, многоуровневый процесс и изменяющееся психическое явление. Важно, что для гармоничного психического развития у будущего школьника должны быть сформированы зрелая учебно-познавательная мотивация, устойчивое желание учиться.

Мотивационная готовность детей находится на разном уровне к началу поступления в школу, ими движут разные мотивы и желания обучаться в школе. У некоторых детей совсем нет желания учиться, и это естественно, поскольку они воспитываются в разных семьях, в которых родители по-разному относятся к школе, учителям, учебе ребенка. Некоторые дети хотят идти в школу не потому, что они готовы обучаться, а потому что это для них новый социальный статус, внешние красочные школьные атрибуты, новые друзья, с которыми можно играть, новая позиция: стать старше, возможность получать хорошую оценку за любую работу.

Даже если у детей интеллектуальные, социально-психологические и эмоционально-волевые компоненты готовности к школе на высоком уровне, без мотивационной готовности к обучению в школе эти компоненты не могут иметь большого значения. Именно внутренняя мотивация, ее настрой являются определяющими моментами успешного обучения будущего ученика.

Таким образом, формированию качеств, необходимых будущему школьнику, а именно мотивационной готовности, помогает система педагогических воздействий, основанных на правильной ориентации детской деятельности и педагогического процесса в целом.

Литература

1. *Абдурасулова Т.Д.* Коррекционно-развивающие упражнения для детей среднего и старшего дошкольного возраста (4—5 лет) // Психолог в детском саду. 1999. № 3—4.
2. *Амонашвили Ш.А.* В школу с шести лет. М., 1986.
3. *Бабаева Т.И.* У школьного порога. М., 1993.
4. *Божович Л.И.* Личность и ее формирование в детском возрасте. М., 1968.
5. *Бугрименко Е.А.* и др. Готовность детей к школе. Диагностика психического развития и коррекция его неблагоприятных вариантов

- / Под ред. В.В. Слободчикова. Томск, 1992.
6. Буре Р.С. Готовим детей к школе. М., 1987.
 7. Бурменская Г.В., Захарова Е.И., Карabanова О.А. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М., 2002.
 8. Венгер Л.А., Марцинковская Т.Д., Венгер А.Л. Готов ли ваш ребенок к школе? М., 1994.
 9. Ветрова В.В. Уроки психологического здоровья. М., 2000.
 10. Вьюнова Н.И., Гайдар К.М., Темнова Л.В. Психологическая готовность ребенка к обучению в школе: Психолого-педагогические основы. 2-е изд. М., 2005.
 11. Гуткина Н.И. Психологическая готовность к школе. 4-е изд., перераб. и доп. СПб., 2004.
 12. Ильина М.Н. Подготовка к школе: развивающие упражнения и тесты. СПб., 1998.
 13. Каменская В.Г., Зверева С.В. К школьной жизни готов! Диагностика и критерии готовности дошкольника к школьному обучению. СПб., 2004.
 14. Кравцова Е.Е. Психологические проблемы готовности детей к обучению в школе. М., 1991.
 15. Моница Г.Б., Лютова-Робертс Е.К. Коммуникативный тренинг (педагоги, психологи, родители). СПб., 2006.
 16. Семерикова В. Формирование мотивационной готовности старших дошкольников к обучению в школе // Детский сад от А до Я. 2007. № 5.
 17. Солдатов Д.В. Методика «Мотивационные предпочтения»// <http://sci-book.com/pedagogika-psihologiya/g97-psihologicheskaya-gotovnost-shkole-izd.html>
 18. ФГОС дошкольного образования и ФГОС начального общего образования: проблемы преемственности // Электронный журнал Экстернат РФ / www.ext.spb.ru

МИКРОПОЛЯРИЗАЦИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В последние 20 лет широко применяется метод микрополяризации головного мозга — технология, позволяющая направленно влиять микротоками на состояние функций высшей нервной системы, воздействуя на локальные области головного мозга.

При каких показаниях или состояниях используется эта технология?

Микрополяризация может использоваться как самостоятельный метод, так и оптимизирующий прием в комплексном воздействии при различных расстройствах нервной системы у детей и взрослых любого возраста.

Тревожность у детей в период адаптации к школе: профилактика и помощь

Жерехов А.Б.,

психотерапевт Центра психосоматической медицины и психотерапии «Алвиан», Москва

Начальный этап обучения в школе сопряжен с большим количеством новых событий, ситуаций и правил, к которым ребенку необходимо адаптироваться. В данный период могут возникать трудности у детей, имеющих склонность к повышенной тревожности. Снижается успешность в учебе несмотря на хорошие интеллектуальные способности. На фоне высокого уровня эмоционального напряжения, волнения замедляется темп выполнения заданий, порой до полной их остановки. Рассеянное внимание ухудшает запоминание новой информации на уроках.

У тревожных учеников первого класса бывают сложности с ответом при устном опросе и особенно когда необходимо давать его у доски. Они нередко не поднимают руки и молчат, даже когда знают решение заданий.

Часто тревожные дети имеют интровертированный тип личности, они характеризуются застенчивостью, мнительностью,

склонностью к застреванию и чрезмерному погружению в свои негативные переживания. У них часто сочетается завышенное ожидание высоких результатов в учебе с заниженной самооценкой.

Тревожному ребенку сложнее дается общение с детьми, у него прослеживается сниженная инициативность в налаживании контактов взаимодействия с одноклассниками, дистанцированность в отношениях с учителем.

На переменах нерешительный ребенок часто продолжает находиться в классе, сидит на месте за партой, не проявляет себя активно, как большинство детей, играющих и общающихся вне кабинета, проводящих время отдыха в подвижной деятельности в коридорах школы, с любопытством осваивающих пространство учебного учреждения.

В конце проводимого в школе дня дети с тревожностью ощущают повышенную усталость, вялость, сонливость в

дневное время. Они по многу часов выполняют домашние задания, так как начинают вспоминать свои неудачи на уроках, расстраиваются, отвлекаются от выполнения упражнений, нередко прибегают к помощи родителей, требуя их постоянного присутствия.

В последующем при сохранении тревоги, возникновении более выраженных страхов совершать ошибки снижается мотивация к учебной деятельности, появляется избегающее поведение в ситуациях, где может быть неуспешность. Родителям дети иногда напрямую говорят о нежелании ходить в школу.

Тревожные дети относятся к группе риска по развитию невротической реакции, сопровождающейся тенденцией к формированию депрессивного расстройства. Очень часто у них в дефиците опыт взаимодействия в детском коллективе, это «домашние», тихие дети, зачастую не ходившие в детский сад, где необходимо подстраиваться под социальные нормы. В семье в основном встречаются гиперопекающий воспитательный подход, создающий повышенную зависимость от взрослого окружения, и недостаточные способности прилагать волевые усилия.

В целях профилактики развития «школьного невроза» нужно

какое-то время посещать ДОО, где ребенок имеет возможность учиться общению. Также хорошо пройти тренинг учебных навыков в групповых занятиях общеразвивающей направленности и по подготовке к школе. Для снижения тревожности можно использовать индивидуальное изучение родителями с ребенком основ грамотности (букв и цифр), в сочетании с сюжетно-ролевой игрой «в школу», в которой в качестве учеников выступают куклы и игрушки животных.

Справляться с волнением позволит предварительная экскурсия в школу, проведенная в августе.

На дне открытых дверей ребенок сможет увидеть класс, где он будет находиться, и познакомиться с педагогом, с которым ему предстоит контактировать в течение нескольких лет.

Учителю важно знать, что лучшим способом влияния на тревожного ученика служит похвала: следует отметить положительные нюансы качественно выполняемых частей заданий. Активизировать инициативное ролевое поведение в школе поможет обращение с простыми просьбами помочь приготовить класс к уроку, разместить на доске карту и другие наглядные материалы.

Родителям необходимо формировать правильный распорядок режима дня после возвращения из школы, с интервалом часового отдыха, а затем лимитированного по времени выполнения домашних заданий с перерывами на 10—15 мин для активной игровой деятельности. Можно использовать устный разбор правил и примеров с проговариванием их выполнения и последующей их записью без помощи взрослых, при этом стараться постепенно минимизировать свое участие и задействовать самоорганизацию.

Формированию навыков самостоятельности способствует регулярное участие в домашних делах: наведение порядка в комнате, приобретение в рядом расположенном магазине необходимых продуктов.

После двухнедельного периода адаптации хорошим подспорьем в переработке эмоциональных переживаний может быть творческая деятельность в различных кружках, а укрепление волевых качеств — на занятиях в спортивных секциях.

В случае более заметных тревожных изменений необходимо обратиться за помощью к психологу, который проработает комплекс проблем исходя из картины мировосприятия ребенка.

Большинству детей с проявлениями тревожности описанные выше меры помогут чувствовать себя более комфортно и спокойно в начальной школе.

Если же посещение психолога в течение 3—4 недель не устранило тревожности, а также если у ребенка отмечаются страхи, плаксивость, тики, головные боли, неустойчивый сон, привычка грызть ногти на пальцах или карандаши, нужно обратиться к психотерапевту. Родителям и педагогам важно понимать серьезность указанных признаков нарушений у детей. Это показания для обращения к специалисту с медицинским образованием. Важно устранить возможность дальнейшего развития расстройства и его перехода в более выраженное депрессивное состояние, при котором отмечаются жалобы на ухудшение соматического здоровья, причина которых зачастую — неустойчивость в эмоциональной сфере.

Наилучший эффект дает способность к сохранению устойчивого эмоционального состояния, вырабатываемая на занятиях по игровой психотерапии и с помощью ряда методик. Это приводит к восстановлению психосоматического здоровья, успешности в общении, учебной деятельности и хорошей адаптации в школе.

Использование музыкальной терапии в коррекционной работе со слабослышащими дошкольниками

Дружиловская О.В.,

*канд. пед. наук, доцент кафедры анатомии, физиологии
и клинических основ дефектологии ФГБОУ ВО МПГУ;*

Хохлова Н.М.,

учитель-дефектолог, Москва

Дошкольное детство — этап становления личности, период формирования основ личностной культуры, соответствующей общечеловеческим духовным ценностям. В этом возрасте формируется соподчинение мотивов, обдуманые действия начинают преобладать над импульсивными. Личностное развитие также связано с усвоением первичных этических норм и правил общественной жизни.

Особенности личностного развития слабослышащих детей обусловлены рядом причин: недостатком звуковых ощущений, что имеет важное значение для развития эмоционально-волевой сферы; трудностями в общении с окружающими и невозможностью полноценного усвоения социального опыта посредством речи; существенным недоразвитием разных

видов деятельности (предметной, игровой, элементарной трудовой), в процессе которых усваивается социальный опыт и формируются личностные качества.

Эмоциональное развитие детей с нарушениями слуха подчиняется основным закономерностям развития эмоций и чувств слышащих детей, однако имеет свою специфику. Недостаток звуковых раздражений ставит ребенка в ситуацию релятивной сенсорной изоляции, не только задерживая его психическое развитие, но и обедняя его мир эмоционально. Установлено, что относительная бедность эмоциональных проявлений у слабослышащих дошкольников лишь частично обусловлена нарушением слуха и непосредственно зависит от характера общения со взрослыми.

Эмоциональная отзывчивость у детей с нарушением слуха развивается через слухозрительное и тактильно-вибрационное восприятие музыки, что приводит к формированию умения передавать различные средства музыкальной выразительности. Слушая игру на музыкальном инструменте, дети наблюдают за движением рук играющего на фортепиано, за эмоциональной настроенностью исполнителя, его мимикой. Это помогает им определить характер музыкального произведения (веселый или грустный), темп (быстрый или медленный), динамику (громко или тихо). Одним из методических приемов, помогающих детям данной категории воспринимать музыку, служит двигательное моделирование музыкальных структур, когда используются элементарные движения (хлопки, притопы).

Вибрационная чувствительность — чувствительность к действующим на кожу механическим колебаниям. Вибрационные ощущения отличаются от ощущений давления и прикосновения. Их диапазон очень широк: от 1 до 10 000 Гц; наиболее высока чувствительность к частотам 200—250 Гц. Благодаря вибрационной чувствительности глухие дети, положив руки на крышку рояля, различают

вибрацию, производимую музыкальным инструментом, ногами чувствуют звуки, издаваемые барабаном, и т.п. Вибрационные ощущения помогают глухому контролировать собственное произношение.

Работники в области специального образования используют методы воздействия искусства на ребенка с проблемами развития. Одна из важнейших задач артпедагогики и арттерапии — адаптация ребенка посредством искусства и художественной деятельности к макросоциальной среде. Арттерапия — междисциплинарная область, соединяющая внутри себя: психологию, медицину, педагогику, культурологию и др. Первоначально словосочетанием «арт-терапия» обозначали различные методы использования всех видов искусства и творческой деятельности с лечебными и реабилитационными целями.

Целительное влияние звучания определенных музыкальных инструментов отмечал Демокрит (V в. до н.э.). Он советовал слушать флейту для излечения от смертельных инфекций. По мнению Платона, снятию головной боли помогали лечебные травы, их воздействие усиливалось пением и музыкой магического характера. Врач Асклепий музыкой

утихомиривал ссорящихся, а с помощью звуков трубы улучшал слух слабослышащих.

Сегодня различные виды арт-терапии представлены практически во всех странах как в медицине (при нервно-психических, соматических заболеваниях), так и в психологии (общей, медицинской, специальной), поскольку при любой структуре нарушения так или иначе затрагивается аффективная сфера. Особый интерес для нас представляет педагогическое направление арт-терапии. Термин используется не в буквальном значении, как лечение (от лат. *therapia*), а как социальное врачевание личности, изменение стереотипов ее поведения и повышения адаптационных способностей средствами художественной деятельности.

Взаимоотношения человека с музыкой удивительны. Ученый М. Норбеков установил, что здоровье зависит от эмоционального центра его организма. Он подчеркивает: «Хаос не в мире, он внутри нас». И именно музыка побеждает этот хаос, гармонизирует эмоциональную сферу человека.

Развитием слуха с помощью музыкальных упражнений сурдопедагоги и врачи начали заниматься в XIX в. Впервые эта мысль была четко выражена французским врачом

Ж.М.Г. Итаром (1774—1838). В Парижском институте глухих он вел систематические занятия по развитию остаточного слуха, которые включали упражнения на различение звучания колокольчика, барабана и флейты, гласных, согласных и, наконец, слогов. Ритмико-музыкальное развитие слуха также было составной частью работы по развитию слухового восприятия.

Особого внимания заслуживает методика русского отоларинголога, врача Санкт-Петербургского училища глухонемых М.В. Богданова-Березовского, предложившего проводить слуховые упражнения не только на базе элементов речи, но и при помощи музыкальных инструментов. Ученый считал, что упражнения с музыкальными инструментами дадут возможность получить правильное представление о силе и высоте звука, и что пение улучшает деятельность голосовых связок. Для слабослышащего ребенка важен выбор музыкального инструмента, поскольку инструменты имеют разный частотный диапазон, а его восприятие зависит от слуховых возможностей ребенка, в частности от рисунка аудиограммы. Например, звук барабанов, прекрасно передающих вибрацию, воспринимают и глухие; так же хорошо будут вос-

принимать звучание фортепьяно и органа дети с различными нарушениями слуха. При этом восприятие флейты и контрабаса будет зависеть от того, какие частоты улавливает ребенок: при низкочастотной потере он лучше услышит кларнет, гобой и флейту; при высокочастотной потере легче воспринимать контрабас и фагот; при аудиограмме с провалом средних частот хорошо воспринимается фортепьяно. Однако восприятие звука в таких ситуациях сильно искажено.

При работе с глухими и слабослышащими детьми может применяться эквалайзер для облегчения восприятия частотного диапазона инструмента. Флейта и свирель для слабослышащих выступают арт-терапевтическими инструментами. В практике сурдопедагогики нарушение слухового восприятия тяготеет к гипертензионно-гидроцефальным синдромом. При обучении игре на флейте возникает хороший компенсаторный эффект, а также улучшается восприятие частотного диапазона слышимой речи. Техника игры на флейте фактически раскрывает психофизиологические возможности мозговой организации деятельности и формирует высокий уровень адаптивных возможностей ЦНС. Эмоциональное переживание, которые испытывают дети, спо-

собствует познанию мира через музыкальное творчество разных времен и народов. Как и флейта, свирель тоже оказывает арт-терапевтическое воздействие. Культурное происхождение свирели связано с глубинными механизмами народного творчества. Игре на свирели обучают детей последовательно: знакомят с ней, особенностью ее использования, индивидуальностью, что характеризует исполнительские возможности инструмента.

Русский педагог-музыкант Э.Я. Смелова предложила систему, благодаря которой, не зная музыкальной грамоты, можно научиться играть. Она предлагает, отказавшись на время от нотной грамматики, от всех привычных ладовых цифровых систем, взять за основу структуру самого инструмента и вести запись мелодии на основе цифрового обозначения количества закрываемых отверстий. Детям дают следующие задания: подуть в свирель со всеми открытыми отверстиями, затем закрыть все отверстия и опять подуть. Закрыть два, три, четыре, пять, шесть отверстий и еще подуть. Далее даются следующие задания: при всех открытых отверстиях дуть сильно, затем слабо, дуть сначала при зажатом одном отверстии, потом при зажатых двух, трех, четырех, пяти, шести отверстиях.

Работа со свирелью способствует взаимодействию дыхательных движений и моторики пальцев, что улучшает различные произносимых ребенком звуков. Слабослышащие дети воспринимают звучание свирели и способны исправлять неправильно сыгранный звук. Этот феномен свирели частично возвращает слух и способность ощущать звуки окружающего мира. Занятия со свирелью способствуют также гипервентиляции легких, что снижает судорожную готовность и повышает обучаемость ребенка.

Использование музыкально-терапевтических приемов в процессе коррекционной работы с дошкольниками с нарушением слуха облегчает не только переход от одного этапа коррекции к другому, но и от одной стадии к другой, благодаря организующему влиянию ритма и подключению речи к формированию произвольных основ поведения и движений. Это свидетельствует о перспективности применения подобных технологий в коррекционно-педагогическом процессе.

Здоровьесберегающие технологии в коррекционной логопедической работе

Из опыта работы

Дунаева Н.Ю., Камышникова Е.Е., Ильина Т.О.,
учителя-логопеды МБДОУ д/с «Умка», г. Тамбов

Новая парадигма педагогики смещает центр проблем с формирования знаний, умений и навыков на целостное развитие личности ребенка. В соответствии с Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» государственная политика основывается на принципах гуманистического характера, приоритете жизни и

здоровья человека, свободного развития личности. В процессе коррекционной работы логопедов с детьми с ОВЗ в несколько раз возрастает социальная и педагогическая значимость сохранения здоровья, поэтому одна из главных задач нашей работы — создание такой коррекционно-образовательной системы, которая не только сохраняла бы

здоровье ребенка, но и приумножила его.

С каждым годом увеличивается число детей с дизартрией, моторной и сенсорной алалией, заиканием. Неправильная речевая деятельность влияет на общее развитие детей: тормозит формирование психических функций, ограничивает познавательные возможности, нарушает процесс социальной адаптации. Логопедическая работа предполагает не только коррекцию речевых расстройств, но и личности в целом. Среди детей-логопатов высок процент детей, у которых имеются и речевые нарушения, и проблемы в развитии определенных психических процессов, представлений об окружающем мире, навыков поведения.

Особенности физического и нервно-психического здоровья детей-логопатов:

- нарушение артикуляционных укладов, иннервации, дыхания и голосообразования, общей и мелкой моторики, темпоритмической организации движений, оптико-пространственного праксиса;
- расторможенность и заторможенность мышечного напряжения;
- повышенная утомляемость;
- заметное отставание в показателях основных физических

- качеств: силы, скорости, ловкости;
- неустойчивость внимания;
- расстройство памяти (особенно слуховой);
- несформированность мышления.

Особенности физического и нервно-психического здоровья детей-логопатов обуславливают задачи по развитию данных процессов, и возникает необходимость проведения на индивидуальных и подгрупповых занятиях параллельно с коррекцией речевых нарушений комплексной оздоровительно-коррекционной работы. В связи с этим весьма актуальным становится вопрос о введении в практику логопеда здоровьесберегающих образовательных технологий.

Под здоровьесберегающими технологиями следует понимать совокупность медицинских, педагогических, психологических установок, определяющих специальный набор и компоновку здоровьесберегающих форм, методов, средств, приемов обучения, необходимых для оптимальной коррекционной программы для исправления недостатков произношения у детей дошкольного возраста.

Выделим наиболее значимые здоровьесберегающие технологии, применяемые в коррекционной логопедической работе с детьми-логопатами.

Артикуляционная гимнастика

Артикуляционная гимнастика помогает ребенку научиться управлять органами артикуляции, что необходимо для правильного произношения звуков. Не всегда у детей есть желание выполнять скучные, монотонные артикуляционные упражнения. Для этого подобраны интересные картинки, игрушки из кукольного театра (пальчиковые и перчаточные), дидактические пособия, стихи и сказки, которые помогают сделать артикуляционную гимнастику интереснее.

Проведение артикуляционной гимнастики должно соответствовать основным педагогическим принципам: систематичности, последовательности, сознательности, индивидуализации, повторности и наглядности.

Использование игрушек из кукольного театра (пальчиковых и перчаточных) создает атмосферу доброжелательности, дарит детям положительные эмоции от общения и игр с ними. Кроме того, эти пособия ребенок может надеть на руку, двигать и управлять ими, что в результате развивает и активизирует его двигательные навыки, тренирует мелкую моторику.

Введение в занятие сказок при подготовке артикуляционного аппарата для постановки разных групп звуков делает артикуляционную гимнастику интересной и увлекательной.

Регулярное выполнение такой гимнастики поможет:

- улучшить кровоснабжение артикуляционных органов и их иннервацию (нервную проводимость), подвижность;
- укрепить мышечную систему языка, губ, щек;
- уменьшить спастичность (напряженность) артикуляционных органов.

Дыхательная гимнастика

Без правильного речевого дыхания невозможна ясно звучащая речь. Упражнения дыхательной гимнастики направлены на развитие правильного речевого (диафрагмального) дыхания. На занятиях мы работаем над развитием силы, плавности, длительности выдоха, без чего невозможно выработать правильную артикуляцию звуков у ребенка.

Речевое дыхание детей-логопатов характеризуется слабостью дыхательной мускулатуры, малым объемом легких. Поэтому важным разделом логопедической работы становятся развитие дыхания и коррекция его нарушений.

Цель дыхательной гимнастики — научить детей быстро, бесшумно делать вдох и экономно, плавно расходовать воздух на выдохе. Дыхательные упражнения дифференцируются в зависимости от возраста. Работа по постановке правильного речевого дыхания начинается с развития физиологического дыхания. Для этого в логопедическом кабинете имеется различный игровой материал.

Коррекция нарушений дыхания начинается с общих дыхательных упражнений, цель которых — увеличение объема, силы и глубины вдыхаемого и выдыхаемого воздуха, нормализация ритма дыхания.

При проведении дыхательной гимнастики нельзя переутомлять ребенка. Она оказывает на организм человека комплексное лечебное воздействие:

- положительно влияет на обменные процессы, играющие важную роль в кровоснабжении, в том числе и легочной ткани;
- способствует восстановлению нарушенных в ходе болезни нервных регуляций со стороны ЦНС;
- улучшает дренажную функцию бронхов;
- восстанавливает нарушенное носовое дыхание.

Логопедический массаж и самомассаж

Логопедический массаж используется в коррекционной логопедической работе с детьми с дизартрией, заиканием, ринолалией, нарушением голоса, т.е. во всех случаях, когда имеются нарушения тонуса мышц. Само-массаж выполняет сам ребенок.

В своей логопедической практике мы используем виды развивающего массажа:

- массаж и самомассаж лицевых мышц, кистей и пальцев рук, язычной мускулатуры;
- массаж стоп, ушных раковин.

Примерные упражнения для массажа рук

- Массирование ладони ребенка и каждого пальчика от ногтевой фаланги к ладони.
- Массирование подушечек пальцев легким нажатием на них.
- Массирование ладони круговыми движениями указательного пальца.

Развитие общей и мелкой моторики

Если движения пальцев рук соответствуют возрасту, то и речь находится в пределах нормы. Уровень развития мелкой моторики — один из показателей интеллектуальной готовности

ребенка к школьному обучению. Обычно дошкольник с хорошо сформированной мелкой моторикой умеет логически рассуждать, у него достаточно хорошо развиты память, мышление, внимание, связная речь.

Для развития мелкой моторики применяют следующие виды работы:

- игры с прищепками;
- шнуровку;
- штриховку;
- рисование;
- пазлы;
- мозаику.

Большое применение находят пальчиковая гимнастика, задачи которой:

- формировать умение двигать пальцами;
- комбинировать движения пальцев, развивать их подвижность.

В своей работе мы используем упражнения для пальчиков с проговариванием стихов и потешек. Приведем их примеры.

Упражнение «Апельсин»

Мы делили апельсин.

Левая рука сжата в кулак, правая же обхватывает.

Много нас, а он один.

Эта долька — для ежа.

Дети правой рукой поочередно разжимают пальцы левой руки.

Эта долька — для чижа.

Эта долька — для котят.

Эта долька — для утят.

Эта долька — для бобра.

А для волка — кожа!

Встряхивают обе кисти.

Л. Зубкова

Упражнение «Моя семья»

Дети поочередно сгибают пальцы, начиная с большого. По окончании крутят кулаком.

Этот пальчик — дедушка,

Этот пальчик — бабушка,

Этот пальчик — папочка,

Этот пальчик — мамочка,

Этот пальчик — я.

Вот и вся моя семья!

Су-джок-терапия

К нетрадиционным методам коррекционного логопедического воздействия относится су-джок-терапия. Этот высокоэффективный и абсолютно безопасный метод стимуляции биологически активных точек на ладони применяется для развития мелкой моторики пальцев рук, при дизартрических расстройствах или отсутствии речи, а также с целью укрепления организма. Используются шарик «ежик» и в комплекте к нему два кольца. Массаж кольцом су-джок воздействует на биологически активные точки рук и стимулирует речевые зоны коры

головного мозга. Детям нравится массировать пальцы и ладони. Наиболее эффективен массаж на начальных этапах коррекционного воздействия.

Кольцо нужно надеть на палец и провести массаж зоны кончиков пальцев до покраснения и появления ощущения тепла. Эту работу можно проводить перед выполнением заданий, связанных с рисованием и письмом, в течение 1 мин.

Приведем примеры пальчиковых игр с использованием шарика су-джок.

Игра «Мячик»

Дети выполняют движения в соответствии с текстом.

Я мячом круги катаю,
Взад-вперед его гоняю.
Им поглажу я ладошку,
Будто я сметаю крошку.
И сожму его немножко,
Как сжимает лапу кошка.
Каждым пальцем мяч прижму,
И другой рукой начну.

Массаж пальцев эластичным кольцом

Дети поочередно прокатывают массажные кольца по каждому пальцу, проговаривая стихотворение пальчиковой гимнастики.

Раз, два, три, четыре, пять —

Дети разгибают пальцы по одному.

Вышли пальцы погулять.
Этот пальчик самый сильный,
Самый толстый и большой.

Катают кольцо по большому пальцу.

Этот пальчик для того,
Чтоб показывать его.

Катают кольцо по указательному пальцу.

Этот пальчик самый длинный,
И стоит он в середине.

Катают кольцо по среднему пальцу.

Этот пальчик безымянный,
Он избалованный самый.

Катают кольцо по безымянному пальцу.

А мизинчик, хоть и мал,
Очень ловок и удал.

Катают кольцо по мизинцу.

Физкультминутки

У детей с нарушениями речи часто наблюдаются недостаточная четкость и организованность движений, плохо развитые чувство ритма и координация.

Для компенсации «неполадок» в общей моторике используются физкультминутки. Эти оздоровительные паузы проводятся в игровой форме в середине занятия. Они направлены на нормализацию мышечного

тонуса, исправление неправильных поз.

Логоритмика

Логоритмика — комплекс двигательных упражнений, в которых движения туловища, головы, рук и ног сопровождаются произношением специального речевого материала с музыкальным сопровождением. Ее основная цель — преодоление нарушений речи путем развития, воспитания и коррекции двигательной сферы.

В системе логопедической работы с дошкольниками логоритмика выполняет оздоровительную функцию, способствует решению общеобразовательных задач, содействует умственному и эстетическому воспитанию.

Занятия по логопедической ритмике укрепляют костно-мышечный аппарат, развивают дыхание, моторные функции, воспитывают правильную осанку, походку, грацию движений; представления и способность произвольно передвигаться в пространстве относительно других людей и предметов; развивают ловкость, силу, выносливость, координацию движений.

Ритмическая разминка

Вот солдатики шагают:
Ножки четко выставляют.

Дети маршируют на месте или по кругу.

Повязав платки в горошки,
В пляс отправились матрешки.

Ритмично ходят, поворачивая туловище вправо-влево, руки на поясе.

На носочки, Ванька-встанька,
А потом на пятки встань-ка.

Перекатываются с носков на пятки и наоборот.

И юла плясать пустилась:
Завертелась, закружилась.

Делают круговые поскоки.

Вот поехала машина
Без мотора, без бензина.

Выполняют семенящий бег и имитируют вождение машины.

Зазвенели погремушки.

Резко и ритмично встряхивают руками перед собой.

Тише всех стоял Петрушка.

На вдохе плавно поднимают руки, на выдохе — опускают.

В. Кныш

Хорошо зарекомендовали себя фонетические упражнения с использованием ритмики. Так, при произношении звука [а] рот ребенка широко открыт, руки разведены в стороны, звука [у] — губы в трубочке, руки вытянуты вперед, звука [и] — губы

в улыбке, руки в стороны. При произношении звука [с] дети выполняют движения руками, подражая работе насоса, звука [ш] — руками изображают, как листья двигаются на ветру.

Зрительная гимнастика

В целях профилактики нарушений зрения в коррекционно-логопедические занятия включается гимнастика для глаз. Специалисты по охране зрения разработали различные упражнения зрительной гимнастики, выполнение которых способствует улучшению циркуляции крови, аккомодации (способности к хорошему качеству зрения на разных расстояниях), укреплению мышц глаз.

Чтобы гимнастика для глаз была интересной и эффективной, нужно учитывать особенности развития дошкольников и проводить ее в игровой форме.

Веселая неделька

Всю неделю по порядку
Глазки делают зарядку.
В понедельник, как проснутся,
Глазки солнцу улыбнутся,
Вниз посмотрят на траву
И обратно в высоту.

Дети смотрят вверх, вниз, голова неподвижна.

Во вторник часики-глаза,
Водят взгляд туда-сюда,

Ходят влево, ходят вправо,
Не устанут никогда.

Смотрят вправо-влево, голова неподвижна.

В среду в жмурки мы играем,
Крепко глазки закрываем.
Раз, два, три, четыре, пять —
Будем глазки открывать.
Жмуримся и открываем,
Так игру мы продолжаем.

Плотно закрывают глаза, считают до пяти и широко открывают их.

По четвергам мы смотрим
вдаль,
На это времени не жаль,
Что вблизи и что вдали,
Глазки рассмотреть должны.

Смотрят на палец прямо перед собой, держа его на расстоянии 25—30 см от глаз, переводят взгляд на кончик пальца, опускают руку.

В пятницу мы не зевали,
Глаза по кругу побежали.
Остановка, и опять
В другую сторону бежать.

Смотрят вверх, вправо, вниз, влево, вверх и обратно: влево, вниз, вправо и снова вверх.

Хоть в субботу выходной,
Мы не ленимся с тобой.
Ищем взглядом уголки,
Чтобы бегали зрачки.

Смотрят в верхний правый угол, затем в нижний левый; переводят взгляд в верхний левый и в нижний правый угол.

В воскресенье будем спать,
 А потом пойдем гулять.
 Чтобы глазки закалялись,
 Нужно воздухом дышать.

Закрывают глаза, массируют их круговыми движениями пальцев: верхнее веко от носа к наружному краю глаз, нижнее веко от наружного края к носу, затем наоборот.

Без гимнастики, друзья,
 Нашим глазкам жить нельзя.

Релаксация

Релаксация — метод снятия общей физической и умственной усталости, мышечного и нервного напряжения, а также повышения активности психических процессов: внимания, памяти, мышления с помощью специально подобранных техник.

Во время занятий с детьми с тяжелыми нарушениями речи, к которым относятся ОНР разных уровней, тяжелые формы дизартрии и заикание, возникает необходимость в релаксационных упражнениях, особенно если есть двигательное напряжение или беспокойство.

Упражнение «Сердитый язык»

Дети сидят на стульях.

Логопед. Что-то наш язычок сегодня распустился. Вместо того чтобы помогать произно-

сить слова, он напрягся и толкает зубы. Так трудно и неприятно делать. Язык сразу устал. Когда он отдохнул, начал произносить слова. Давайте выполним упражнение.

Дети выполняют движения в соответствии с текстом.

Дошел наш язык до беды
 Говорить стал от балды:
 Стал язык толкать зубы,
 Чтоб их выпихнуть за губы.
 Притомился, перестал
 И на место сразу встал.
 Наш расслабился язык,
 Работать так он не привык.

Упражнение «Кулачки»

Выполняется сидя. Дети свободно кладут руки на колени, ноги слегка расставлены. Сжимают крепко пальцы в кулак, удерживают их в таком положении несколько секунд. Затем распрямляют пальцы рук и кладут их на колени.

В кулачок ладонь сожми,
 Кулачками постучи.
 Сейчас, девочки и мальчики,
 Отдыхать будут ваши пальчики.

Песочная терапия

К нетрадиционным методам, используемым учителями-логопедами, относится песочная терапия. На фоне комплексной логопедической помощи она оп-

тимизирует процесс коррекции речи детей-логопатов и способствует оздоровлению всего организма.

Песочная терапия позволяет раскрыть индивидуальность каждого ребенка, разрешить его психологические затруднения, развить способность осознавать свои желания и возможность их реализации. Во время игр с песком у дошкольника возникает чувство безопасности, поскольку песочный мир находится под его контролем. Именно поэтому можно использовать песочницу на развивающих и обучающих занятиях в качестве вспомогательного средства, позволяющего стимулировать ребенка, развивать его сенсомоторные навыки.

Для выработки правильной артикуляции выполняют артикуляционные упражнения с одновременными движениями пальцев в песке. На этапе автоматизации звуков также эффективна песочная терапия. Дети произносят автоматизируемые звуки (изолированно, в слогах, словах) и одновременно пальцами обводят в песке разные фигурки — круги, спиральки и др.

При коррекции нарушений фонематического слуха, восприятия используют игры «Спрячь ручки», «Слоговые дорожки».

Песочная терапия хорошо снимает напряжение с мышц

пальцев рук, регулирует мышечный тонус и развивает мелкую моторику.

В ходе игр с песком возрастает интерес к логопедическим занятиям. Дети чувствуют себя более успешными. На занятиях нет монотонности и скуки.

Сказкотерапия — метод, получивший в последнее время популярность в коррекционной педагогике. Сказка помогает ребенку быстрее мыслить, успешнее и в короткие сроки усваивать материал. Логопедические занятия, выстроенные с использованием сказочного сюжета, позволяют решить множество коррекционно-развивающих и воспитательных задач.

В процессе работы со сказочным сюжетом в соответствии с индивидуальными возможностями ребенка активизируется мыслительный процесс, развиваются различные виды речи, обогащается запас детских эмоций: от умения их распознавать до умения их применять. Сказка помогает возродить духовный опыт и традиции нашего народа, учит добру и справедливости.

Включение в занятия сюжетов сказок оказывает оздоравливающее воздействие на организм ребенка, создает положительный эмоциональный и психологический климат на занятиях.

Использование перечисленных здоровьесберегающих технологий в коррекционно-логопедической работе повышает эффективность коррекции речи, способствует гармоничному развитию дошкольников, активизирует психические процессы, формирует личность ребенка, помогает вырасти ему здоровым и успешным.

Литература

- Акименко В.М.* Новые логопедические технологии: Учеб.-метод. пособие. Ростов-н/Д., 2009.
- Акименко В.М.* Развивающие технологии в логопедии. Ростов-н/Д., 2009.
- Архипова Е.Ф.* Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей. М., 2008.
- Беляковская Н.Н., Засорина Л.Н., Макарова Н.Ш.* Учим ребенка говорить правильно: Здоровьесберегающие технологии: Метод. рекомендации. М., 2009.
- Нетрадиционные методики в коррекционной педагогике / Сост. М.А. Поваляева. Ростов-н/Д., 2006.
- Новикова Е.Л.* Здоровьесберегающие технологии формирования правильного речевого дыхания у детей 6 лет с ОНР // Дошкольная педагогика. 2007. № 1.
- Приходько О.Г.* Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста. М., 2008.

ПОЛИМОДАЛЬНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ

Мы воспринимаем окружающий мир при помощи органов чувств. Каждый из этих органов реагирует на внешнее влияние и передает соответствующую информацию в ЦНС. Сенсорный приток, предоставляя информацию в ЦНС, выступает основным фактором, обеспечивающим созревание мозга ребенка. Он предопределяет развитие поведения и психики.

Мозг активизируется через стимуляцию базовых органов. Сенсорная (полученная органами чувств) информация трансформируется в нем в представление или модель. Индивидуальные модели называются модальностями восприятия и переработки информации. При заболеваниях (ДЦП, нарушения слуха, зрения, аутизм, интеллектуальные нарушения) сенсорный поток депривирован. Дети с такими нарушениями нуждаются в дополнительной сенсорной стимуляции. Известно, что игровая деятельность, выступая ведущей в дошкольном возрасте, при различных отклонениях в развитии ребенка, нуждается в специальной, а иногда и в полимодальной стимуляции. О ней мы расскажем в следующем номере. Именно такую стимуляцию можно создать ребенку, используя сенсорную комнату.

Путешествие на остров Дружбы

Занятие для детей 6—7 лет с ОНР

Гуськова А.А.,
учитель-логопед;

Ивановская М.В.,
педагог-психолог МБДОУ д/с № 46, г. Самара

Цель: активизация коммуникативных навыков на основе лексической темы «Животные жарких стран».

Задачи

Коррекционные:

- активизировать словарный запас по теме «Животные жарких стран»;
- обогащать словарный запас однокоренными словами, антонимами;
- учить употреблять в речи сложные предложения;
- развивать общеречевые навыки, речевое дыхание, зрительное, слуховое, тактильно-двигательное восприятие, мыслительные процессы (отождествление, сравнение, анализ, синтез, абстрагирование), зрительно-двигательную, зрительно-моторную координацию, координацию движений, темп, ритм движений и речи, социальный и эмоциональный интеллект, общую и мелкую моторику, способности контрастно напрягать и расслаблять кисти рук;

- формировать доверие к окружающим детям и взрослым, потребности в общении и взаимодействии, манипулятивную деятельность под музыку;
- учить осуществлять собственные действия.

Обучающие:

- развивать монологическую и диалогическую формы речи, ее интонационную сторону, навыки аудирования;
- закреплять навыки грамматически правильного оформления высказываний;
- формировать представления о жизни животных жарких стран, познавательную активность, зрительное внимание и узнавание, свободное общение с логопедом, психологом;
- развивать умение понимать эмоции и воспроизводить их, различать хорошие и плохие поступки, тактильные ощущение

- ния пальцев рук и стоп, мими-ко-артикуляторные мышцы;
- отрабатывать навык ритмичной ходьбы;
 - приобщать к слушанию музыки, увлекать ею;
 - обогащать слуховой опыт, создавая запас слуховых впечатлений.

Воспитательные:

- формировать учебные действия, познавательную активность, умение работать в группе, проявлять способность выслушивать друг друга, сотрудничать со сверстниками в процессе деятельности, интерес и ценностное отношение к физической культуре;
- воспитывать сопереживание сказочным героям, оказывать им помощь;
- развивать любознательность и воображение, зрительное внимание и узнавание, стремление преодолевать трудности во время занятия;
- воспитывать доброту, чуткость, сострадание к тем, кто нуждается в поддержке;
- способствовать гармоничному физическому развитию;
- обучать элементарным нормам двигательного режима и релаксации при формировании полезных привычек.

Приоритетная образовательная область: «Речевое развитие».

Интеграция образовательных областей: «Речевое развитие», «Познавательное развитие», «Социально-коммуникативное развитие», «Физическое развитие», «Художественно-эстетическое развитие».

Форма проведения совместной деятельности: игра-путешествие.

Методические приемы

- наглядный: рассматривание острова Дружбы;
- словесные:
 - речевые ситуации;
 - речевые игры;
 - организация направленного диалога между педагогами и детьми;
 - игры на снижение психоэмоционального напряжения;
 - создание условий для высказывания собственного мнения;
- практические:
 - пальчиковая гимнастика;
 - упражнения на развитие общей моторики;
 - развитие тактильных ощущений: ходьба по тактильным дорожкам, игры с кинетическим песком, коммуникативные.

Предварительная работа: изучение темы «Животные жарких стран», разучивание слов к пальчиковой гимнастике «Дружба» и играм: «Кораблик», «У моря», «Кенгуру», «Обезьянки».

**Формы организации
самостоятельной деятельности детей**

Детская деятельность	Формы и методы организации совместной деятельности
Коммуникативная	Речевая ситуация «Путешествие на остров Дружбы», игры «Правильно — неправильно», «Встретимся опять»
Игровая	Ходьба по сенсорным дорожкам, «Сундук с загадками», «Семейка друзей», игра «Слова-наоборот»
Двигательная	Пальчиковая гимнастика «Дружба», игры: «Кораблик», «У моря», «Кенгуру», «Обезьянки»
Познавательно-исследовательская	Ходьба по «сенсорным дорожкам», выкладывание гласных букв из различного материала
Конструктивно-модельная	«Волшебный дождь», «Собери пирамидку», «Собери бусы»
Музыкальная деятельность	«Волшебный ручей», «Волшебный дождь»
Чтение художественной литературы	Слушание и беседа по сказке «Как зверята подружились»

Работа с родителями: соби-
рание пазлов, разрезных картин-
нок по теме «Животные жарких
стран».

*Индивидуальная работа в за-
висимости от уровня речевого
развития детей:* индивидуаль-
ное и хоровое повторение слов
и фраз; выбор вариантов произ-
несения слов, наиболее подхо-
дщей интонации, слова или фра-
зы для достижения связности и
плавности речи.

Формы организации само-
стоятельной деятельности детей
представлены в таблице.

Оборудование: аудиозапись
звуков моря, аудиопроигрыва-
тель, мягкий модуль «Корабль»,
сухой бассейн, сундучок, паль-
мы, лианы, фотообои «Джунг-
ли», мягкие игрушки: обезьянки,
попугаи, кинетический песок,
«стебли бамбука».

* * *

I. Вводная часть

Психолог. Доброе утро,
ребята. Давайте встанем в круг,
возьмемся за руки, улыбнемся и
скажем дружно: «Доброе утро!»

— Здравствуйте, —
скажем друг другу,
— Здравствуйте, —
скажем гостю,
— Здравствуйте, —
солнышку скажем.
Оно улыбается нам!
Ходит солнышко по кругу,
Дарит детям всем свой свет.
И со светом к нам приходит
Дружба — солнечный привет.

Психолог настраивает детей и педагогов на совместную деятельность.

Логопед. Ребята, я предлагаю вам сегодня побывать на острове Дружбы, вы хотите попать туда?

Дети. Да!

II. Основная часть

Звучит музыка, дети размещаются на корабле из мягких модулей.

Психолог. А на этот остров мы поплывем на корабле. А вот и наш кораблик.

Упражнение «Кораблик»

Логопед. Ребята, что-то наш кораблик медленно плывет.

Дыхательное упражнение «Парус»

Дети сидят на модуле «Корабль».

Давайте подуем на паруса.

Дети выполняют задание.

Упражнение «У моря»

Вот мы и причалили к берегу. Выходите на берег, будем играть.

К берегу бежит волна,

Дети делают волнообразные движения одной рукой.

А за ней еще одна.

То же другой рукой.

Эта выше, эта ниже,

Эта вовсе не видна.

Поднимают руки вверх, опускают их на уровень груди, затем касаются ладонями пола.

А на берегу морском
Будем мы играть с песком.

Пересыпают невидимый песок из руки в руку.

Будет башня из песка,

Ставят один кулак на другой, постепенно поднимая руки.

Как до неба, высока.

Встают на носки и поднимают руки вверх.

Игра «Волшебная тропа»

Психолог. А теперь я предлагаю вам пойти погулять по волшебной тропе.

Дети ритмично идут по сенсорно-тактильным дорожкам: «Мягкая травка», «Иголочки», «Елочки», «Холодный мостик», «Камешки», «Мягкий песок».

Логопед. А здесь, среди камней, спрятан сундук, а в нем есть загадки. Ребята, если вы отгадаете их, узнаете, кто живет на острове. Садитесь на «песок» и слушайте загадки.

Дети в «сухом» бассейне отыскивают сундук, в котором лежат загадки, отгадывают их.

Носом-шлангом великан
Моется, как в душе.
Этот житель жарких стран
Всех крупней на суше.
(Слон.)

Вот живой подъемный кран,
Обитатель жарких стран.
Со стволов многоэтажных
Рвет и листья, и банан.
(Жираф.)

Вот хорошая задумка —
На животик вешать сумку!
Можно в ней носить детей
И скакать среди степей.
(Кенгуру.)

Прибыла из жарких стран,
Там жила среди лиан
И, хвостом за них цепляясь,
Уплетала я банан.
(Обезьяна.)

Полюбуйся поскорей:
Перед вами царь зверей!
Всколыхнулась чудо-грива,
Шелковиста и красива.
(Лев.)

В зоопарке я найду
Зверя этого в пруду.
Если выйдет он на сушу,
Станет очень неуклюжим.
(Бегемот.)

Он огромный и усаый,
И к тому же полосатый.
Если встретишь, не до игр!
Потому что это ... *(тигр).*

А в каких странах можно
встретить этих животных?

Дети. Эти животные живут в жарких странах.

Логопед. А теперь назовите детенышей этих животных.

Дети. Слон — слоненок;
тигр — тигренок; лев — львенок;
жираф — жирафенок; кенгуру — кенгуренок.

Логопед. Вот мы и узнали, кто живет на острове. А сейчас послушайте, что однажды произошло на острове с нашими зверятами.

Дети показывают инсценировку сказки «Как зверята подружились» (по С. Маршаку).

Однажды, гуляя по острову, я услышала, что в кустах кто-то плачет. Я подошла поближе, увидела маленькую обезьянку и спросила ее, что случилось.

Обезьянка. Меня обижают другие зверята.

Львенок
Вы разве не знаете папы —
Большого рыжего льва?

Д е т и. Обезьянка, львенок, тигренок, жирафенок, слоненок, бегемотик, кенгуренок.

Л о г о п е д. Что вы узнали нового про обезьян?

Д е т и. Обезьяны — миролюбивые животные.

Л о г о п е д. Чем они питаются?

Д е т и. Обезьяны питаются лианами, побегами бамбука и диким сельдереем.

Л о г о п е д. А где живут обезьяны?

Д е т и. Они живут на деревьях.

Л о г о п е д. Что решили звери: будут они обижать обезьянку или нет?

Д е т и. Звери решили жить дружно.

Л о г о п е д. А что произошло бы, если бы звери стали обижать обезьян?

Д е т и. Обезьяны обиделись бы на всех животных и тоже стали бы всех обижать.

Игра с песком

«Следы животных»

П с и х о л о г. Ребята, давайте нарисуем следы этих животных на песке. Опустим ладошки в песок, погладим его, переберем.

Дети выполняют задания.

П с и х о л о г. Какой он на ощупь?

Д е т и. Теплый, приятный, мокрый.

П с и х о л о г. Аккуратно пересыплем песок из одной ладошки в другую и почувствуем, как стало приятно. Теперь нарисуем следы животных этого острова.

Дети рисуют на песке следы животных.

Пальчиковая гимнастика «Дружба»

Л о г о п е д. Из сказки вы узнали, как зверята подружились. А вы, ребята, живете дружно?

Д е т и. Да!

Дружат в нашей группе девочки и мальчики.

Дети ритмично соединяют «в замок» пальцы обеих рук.

Мы с тобой подружим маленькие пальчики.

Ритмично касаются одноименных пальцев обеих рук.

Раз, два, три, четыре, пять —

Поочередно касаются одноименными пальцами, начиная с мизинца.

Начинай считать опять.

Ритмично хлопают.

Раз, два, три, четыре, пять —
Мы закончили считать.

Опускают руки вниз, встряхивают кистями.

Сильные руки не бросятся в драку,

Изображают силача.

Добрые руки погладят собаку.

Гладят правую, левую руку.

Умные руки умеют лепить,

Изображают катание шарика из пластилина.

Чуткие руки умеют дружить.

Изображают рукопожатие.

Игра «Семейка друзей»

Пальчики наши показали, что такое дружба. А теперь назовем слова-родственники к слову «друг». Для этого встаньте в круг. Передавайте друг другу мяч и называйте слова-родственники.

Дети встают в круг и, передавая мяч, называют слова: *друг, подруга, подруженька, друзья, дружить, дружба, подружиться, дружочек, дружище.*

Игра «Слова наоборот»

А теперь мы будем называть слова наоборот. Для этого встаньте напротив друг друга. Назовите противоположные по смыслу слова.

- Мириться — ссориться.
- Веселый — грустный.
- Добрый — злой.
- Радоваться — огорчаться.
- Счастливый — несчастный.
- Хитрый — простодушный.
- Щедрый — жадный.

Игра «Правильно — неправильно»

Ребята, смотрите, обезьянка держит конверт, наверное, это письмо адресовано нам. Посмотрим, что в нем. Обезьянка просит вас помочь ей разобраться в поступках ребят. Скажите, что они делают правильно, а что нет.

- Всегда нужно убирать за собой игрушки, наводить порядок в своей комнате.
- Всегда нужно приглашать детей играть вместе, давать играть со своими игрушками.
- Нужно помогать пожилым и старым людям.
- Нельзя смеяться над тем, кто упал и плачет, а нужно помочь встать.
- Нельзя долго спать, нужно встать и сделать зарядку.
- Нельзя обижать и бить животных.
- Нужно всегда говорить правду, если ты что-то нечаянно разбил.
- Нельзя отбирать игрушки у других детей, нужно уметь договариваться играть по очереди.

А теперь отнесем стебли бамбука на другую половину острова. Возьмем их с двух сторон так, чтобы каждый касался его кончика только указательным пальцем.

Психолог. Ребята, а теперь представим себя жителями этого

острова. Наденьте шапочки, разбейтесь на пары. В каждой паре один детеныш наколол лапку, второй помогает ему успокоить боль, жалеет его, говорит слова утешения.

Упражнение «Обезьянки»

А теперь я предлагаю вам побыть обезьянками.

Дети рассказывают стихотворение, сопровождая его движениями.

Смешные обезьянки в Африке живут,

Дети строят смешные рожицы.

Жуют они бананы и песенки поют:

— М-м-м, а-а-а, и-и-и-и, о-о-о,

Прпевают звуки [м] [а] [и] [о].

По пальмам они скачут,
Прыгают, как лягушки,
И на песке лежат.

Ложатся на коврик.

В тенечке отдыхают,

Закрывают глаза.

Лапки расслабляют,

Руки вдоль тела.

Затем их напрягают,

Сжимают кулаки.

С животиком играют.

Надувают живот, втягивают его.

Ножки поднимают

Поднимают ноги вверх.

И плавно опускают.

Опускают ноги.

А ночью засыпают и сладко-сладко спят.

Статическая пауза 1—2 мин.

III. Заключительная часть

Л о г о п е д. Ребята, наше путешествие на остров Дружбы закончилось. Чем мы занимались? Что вам больше всего понравилось на острове?

Дети отвечают.

Игра «Встретимся опять»

Игру проводит психолог. Дети встают в круг, вытягивают вперед левую руку (получается пирамида из ладошек) и говорят:

Раз, два, три, четыре, пять —
Мы с вами встретимся опять!

Литература

Грабенко Т.М., Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по песочной терапии. СПб., 2002.

Кряжева Н.Л. Развитие эмоционального мира детей: Популярное пособие для родителей и педагогов. Ярославль, 1997.

Нищева Н.В. Комплексная образовательная программа дошкольного образования для детей с тяжелыми нарушениями речи (общее недоразвитие речи) с 3 до 7 лет. СПб., 2015.

- Нищева Н.В.* Развивающие сказки. СПб., 2015.
- Сакович Н.А.* Технология игры в песок. Игры на мосту. СПб., 2006.
- Субботина Е.А.* Потешки для зарядки. М.; Ростов-н/Д., 2013.
- Трясорукова Т.П.* Игры для дома и детского сада. Ростов-н/Д., 2015.
- Филичева Т.Б., Чиркина Г.В.* Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста: Практич. пособие. М., 2004.
- Чистякова М.И.* Психогимнастика. М., 1995.
- Эль Г.Н.* Человек, играющий в песок. Динамичная песочная терапия. СПб., 2007.

СИСТЕМА САУНДБИМ

Один из методов развития коммуникативной активности — применение системы Саундбим (звукового луча). В ней используются ультразвуковые лучи, педали, платформы для извлечения музыкальных композиций и звуков окружающей среды. Посредством этого можно воспроизводить музыку, просто двигаясь в пространстве. Работа с системой ведется по принципу обратной связи на основе эхолокации. Звуковой луч посылает короткие ультразвуковые импульсы, которые отражаются от неподвижного или перемещающегося в диапазоне луча предмета. Обработывая отраженные импульсы, система формирует звук, соответствующий настройкам данной системы.

Саундбим может продуцировать практически любые звуки. Движения в луче воспроизводятся в виде музыкальных фраз или отдельных звуков, как будто музыкант играет на невидимом инструменте. Дети «создают» музыку, двигаясь в пространстве.

В наборе звуковых сигналов представлены две шкалы: музыкальная и шумовая.

Диапазон звуковых лучей регулируется на любое расстояние от 60 см до 6 м. Педагог может настроить рабочую зону луча, чтобы ребенок мог чувствовать себя комфортно. Находясь в этой зоне, дети могут ходить, бегать, прыгать, кружиться, приближаться к лучу и удаляться от него, вызывая немедленную реакцию системы Саундбим.

Занятия с использованием данной системы проводятся в несколько этапов. У каждого — определенные цели и задачи.

Используя систему Саундбим, все дети, независимо от их возможностей, могут «играть» на любом инструменте. Коррекционно-музыкальные занятия со звуковым лучом благоприятно влияют на эмоциональную сферу и коммуникативные способности детей.

**Издательство «ТЦ Сфера» представляет
книги серии «Будь здоров, дошкольник!»**



ФИТОТЕРАПИЯ И АРОМАТЕРАПИЯ В ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Автор — Макарова З.С.

Пособие посвящено основным принципам использования фито- и ароматерапии в детской практике. Определены дозы, способы введения, основные лекарственные формы растений, показания и противопоказания к применению у детей. Подробно освещены вопросы организации фито- и ароматерапии в детских организованных коллективах.



ИГРЫ, КОТОРЫЕ ЛЕЧАТ

Для детей 3—5, 5—7 лет

Авторы — Бабенкова Е.А., Федоровская О.М.

В методических пособиях представлены критерии оценки физического и психического здоровья детей 3—7 лет, дано описание разнообразных упражнений и оздоровляющих подвижных игр. Классификация игр и упражнений приводится в соответствии с состоянием здоровья, уровнем физического развития ребенка и режимом дня (видом занятий и нагрузкой) и охватывает все разновидности игровой деятельности детей: от простейшей гимнастики до активного отдыха.



Рекомендовано воспитателям детских дошкольных учреждений, а также родителям для проведения лечебной и корригирующей гимнастики с детьми дома или совместных игр на свежем воздухе.



ДЕТСКИЙ ФИТНЕС

Физкультурные занятия для детей 5—7 лет

Автор — Сулим Е.В.

В книгах представлены календарно-перспективное планирование физкультурных занятий для детей, комплексы фитнес-тренировки, разработанные на весь учебный год с методическими рекомендациями, которые помогут правильно организовать занятия.

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

Тел.: (495) 656-72-05, 656-73-00,

E-mail: sfera@tc-sfera.ru

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

Интернет-магазин: www.sfera-book.ru

Приказ Минздрава России от 27.06.2016 № 419н
**«Об утверждении порядка допуска
лиц, не завершивших освоение
образовательных программ
высшего медицинского или высшего
фармацевтического образования,
а также лиц с высшим медицинским или
высшим фармацевтическим образованием
к осуществлению медицинской деятельности
или фармацевтической деятельности на
должностях среднего медицинского или
среднего фармацевтического персонала»**

В соответствии с частью 5 статьи 69 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 27, ст. 3477; № 48, ст. 6165; 2016, № 1, ст. 9) приказываю:

1. Утвердить прилагаемый Порядок допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 марта 2012 г. № 239н «Об утверждении Положения о порядке допуска лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицин-

Актуально!



ского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего меди-

цинского или среднего фармацевтического персонала» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 июня 2012 г., регистрационный № 24 563).

Министр В.И. Скворцова

*Утвержден приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 27 июня 2016 г. № 419н*

Порядок допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала

1. Настоящий Порядок определяет правила допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала*.

* Пункты 1.3 и 1.4 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 марта 2013 г., регистрационный № 27 723) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 августа 2014 г. № 420н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 августа 2014 г., регистрационный № 33 591).

2. Лица, не завершившие освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала при наличии справки об обучении или о периоде обучения, подтверждающей освоение образовательной программы высшего медицинского или высшего фармацевтического образования в объеме и по специальности (направлению подготовки), соответствующим требованиям к образованию, установленным настоящим Порядком, а также положительного результата сдачи экзамена по допуску к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала (далее — экзамен), подтвержденного выпиской из протокола сдачи экзамена.

3. Лица с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала при наличии

диплома специалиста (диплома бакалавра) по специальности (направлению подготовки), соответствующей требованиям к образованию, установленным настоящим Порядком, а также положительного результата сдачи экзамена, подтвержденного выпиской из протокола сдачи экзамена.

4. Лица, освоившие образовательную программу высшего медицинского образования по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология» в объеме трех курсов и более или по направлению подготовки «Сестринское дело» в объеме двух курсов и более либо имеющие диплом специалиста (диплом бакалавра) по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Сестринское дело» или «Стоматология», могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности на следующих должностях среднего медицинского персонала:

- медицинская сестра;
- медицинская сестра палатная (постовая);
- медицинская сестра перевязочной;
- медицинская сестра по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи;

- медицинская сестра процедурной;
- медицинская сестра приемного отделения;
- медицинская сестра участковая;
- медицинский регистратор.

5. Лица, освоившие образовательную программу высшего медицинского образования по специальности «Медико-профилактическое дело» в объеме четырех курсов и более или имеющие диплом специалиста по специальности «Медико-профилактическое дело», могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности на следующих должностях среднего медицинского персонала:

- помощник (врача-эпидемиолога, врача-паразитолога, врача по гигиене детей и подростков, врача по гигиене питания, врача по гигиене труда, врача по гигиеническому воспитанию, врача по коммунальной гигиене, врача по общей гигиене, врача по радиационной гигиене);
- помощник энтомолога.

6. Лица, освоившие образовательную программу высшего медицинского образования по специальности «Стоматология» в объеме четырех курсов и более или имеющие диплом специалиста по специальности «Стоматология», могут быть допущены к осуществлению медицинской

деятельности в должности среднего медицинского персонала — гигиенист стоматологический.

7. Лица, освоившие образовательную программу высшего фармацевтического образования по специальности «Фармация» в объеме четырех курсов и более или имеющие диплом специалиста по специальности «Фармация», могут быть допущены к осуществлению фармацевтической деятельности в должности среднего фармацевтического персонала — фармацевта.

8. К сдаче экзамена допускаются лица, не завершившие освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лица с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием (далее — соискатели).

9. Экзамен проводится комиссиями по допуску лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала (далее — комиссия).

10. Комиссия создается образовательной организацией, реализующей образовательные программы высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, имеющей свидетельство о государственной аккредитации реализуемых образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования (далее — образовательная организация).

11. В состав комиссии входят работники образовательной организации, образовательных организаций среднего медицинского и среднего фармацевтического образования, органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья, представители территориальных органов федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения, профессиональных некоммерческих организаций, указанных в статье 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»*.

Персональный состав комиссии утверждается руководителем

образовательной организации, который является ее председателем.

Организация работы комиссии и ведение делопроизводства осуществляется секретарем комиссии.

12. Регламент работы комиссии, сроки проведения и сдачи экзамена утверждаются руководителем образовательной организации.

13. Информационные материалы о сроках и перечне документов, необходимых для сдачи экзамена, месте и времени их приема, времени и месте проведения экзамена, порядке обжалования решения комиссии размещаются в общедоступных местах в помещениях образовательной организации не позднее чем за две недели до даты проведения экзамена, а также на официальном сайте образовательной организации в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

14. Для сдачи экзамена соискатель представляет в комиссию заявление с приложением копии документа, удостоверяющего личность, и справки об обучении или о периоде обучения, подтверждающей освоение образовательной программы высшего медицинского или высшего фармацевтического образования в объеме, предусмотренном пунктами 4—7 настоящего Порядка, или диплома специалиста (ди-

* Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2015, № 10, ст. 1425; 2016, № 1, ст. 9.

плома бакалавра) по соответствующей специальности.

15. На основании заявления соискателя после установления соответствия уровня образования соискателя, необходимого для осуществления медицинской или фармацевтической деятельности на выбранной должности среднего медицинского персонала, требованиям к образованию, установленным настоящим Порядком, комиссия устанавливает дату сдачи экзамена.

16. Экзамен сдается лично соискателем на русском языке и включает:

- тестовый контроль знаний;
- оценку практических навыков;
- собеседование.

17. Решение о сдаче экзамена принимается комиссией по результатам тестирования, собеседования и с учетом оценки сдачи практических навыков.

18. Комиссия принимает одно из следующих решений:

— допустить к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности в соответствующей должности на 5 лет;

— отказать в допуске к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности в соответствующей должности.

19. Повторная сдача экзамена проводится в сроки, определяемые комиссией.

20. Результаты сдачи экзамена оформляются протоколом сдачи экзамена. Протокол сдачи экзамена подписывается председателем комиссии, в его отсутствие — заместителем председателя комиссии, а также членами комиссии, принимавшими экзамен, и заверяется печатью (при наличии) образовательной организации.

21. Соискателю выдается выписка из протокола сдачи экзамена, заверенная подписью руководителя и печатью (при наличии) образовательной организации.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги серии «Будь здоров, дошкольник!»



НОРМАТИВНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ (С комментариями)

Автор — Зибзеева В.А.

В книге представлены нормативные правовые документы, на основе которых осуществляется проектирование образовательных программ дошкольного образования на современном этапе.

Интернет-магазин: www.sfera-book.ru



Идеальная или достаточно хорошая мать?

Серебряная А.В.,

клинический психолог, когнитивно-бихевиоральный терапевт Центра психосоматической медицины и психотерапии «Алвиан», Москва

Каждая мама, наверное, сталкивалась с такой проблемой: как только близкие и знакомые люди узнавали про ее беременность, вместо поздравлений они часто начинали щедро одаривать будущую маму советами. По мере взросления малыша советчиков становится больше: к ближайшим родственникам плавно подключаются бабушки у песочницы, соседи в транспорте, воспитатели, учителя, другие родители и т.д. В какой-то момент любая мама начинает ждать подвоха от всех вокруг, внутренне пытаясь защитить себя и своего ребенка от непрошенных вмешательств.

Вода камень точит: постоянные укоряющие взгляды заставляют будущую маму сомневаться в собственной компетентности. По сути, главные вопросы, которые задает себе любая мать, таковы: «Достаточно ли я хорошая мать? Все ли я делаю верно? Смогу ли я сделать своего ребенка счастливым?»

Концепция «достаточно хорошей» матери

Детский педиатр и психотерапевт Дональд Винникот создал важнейшую концепцию, помогающую матерям вновь обрести уверенность в собственных силах. Понятие «идеальная мать» он заменяет понятием «достаточно хорошая мать».

Достаточно хорошая мать характеризуется следующим.

- Она ни в коем случае не должна быть идеальной. И не только потому, что это невозможно, но и потому, что это вредно. «Идеальные» люди не вызывают у нас любви, они роботоподобны и, скорее, вызывают чувство зависти или гнева. «Идеальные» люди часто эмоционально холодны, поскольку все их физические и психические ресурсы уходят на поддержание «идеальности». Винникот прямо заявляет: мать должна совершать ошибки и уметь с ними справляться. Ведь дети учатся на примере взрослых, и, глядя на такое поведение сво-

ей матери, они усваивают один из главных уроков своей жизни: любой человек может совершить ошибку (даже моя мама), в этом нет ничего страшного, ведь с любой ошибкой или проблемой можно так или иначе справиться (как это делает моя мама).

- Такая мать доверяет своим чувствам и ощущениям, следует им, а не советам других людей. В первый год жизни мать и ребенок имеют особую связь. Она основана не на речи, а только на материнской интуиции, ее способности почувствовать состояние и нужды ребенка. Никто из советчиков не имеет этого понимания, поэтому прислушиваться к их советам маме стоит только в том случае, если ей самой кажется, что они подходят ей и ее ребенку.

- Такая мать понимает зону своей ответственности. Ее задача, в первую очередь, обеспечить физиологический аспект жизни ребенка. Иными словами, ребенок должен быть достаточно здоров, достаточно накормлен, достаточно одет и т.д.

- Такая мать осуществляет еще одну важную функцию, которую Винникот назвал «холдингом» (от англ. *holding* — удержание). Достаточно хорошая мать должна предоставлять ребенку достаточное количество тепла и ласки, как эмоционально, так и физически, чтобы он ощущал ее

любовь (держат его «на плаву», в том числе и физически). Такая мама осуществляет «холдинг» ребенка, если ему плохо (поддерживает его, в том числе чисто физически, например, держит на руках), но может отпустить его (как физически, так и эмоционально), когда ребенок хочет отстраниться от нее и быть самостоятельным.

- Такая мать понимает, что плохое поведение или проступки ребенка вовсе не означают, что она плохая мать.

- Такая мать понимает границы своих возможностей, поэтому, когда у нее возникает ощущение, что она больше не справляется, она не пугается этого чувства, а принимает его как нормальное и ищет помощи и поддержки у близких людей или у специалистов.

Достаточно хорошая мать на разных этапах жизни ребенка

Кроме всего вышеперечисленного, одна из важнейших характеристик матери — способность понимать ребенка и адаптироваться к его реальным нуждам. Далее мы рассмотрим различные этапы взросления, нужды детей в эти периоды и достаточное поведение матери в каждый из этих периодов.

В первый год жизни ребенку тяжело донести до окружаю-

ших свои нужды и переживания. Функция матери в этот период — понимание его потребностей, зачастую даже их предвосхищение. Достаточно хорошая мать должна достаточно верно оценивать состояние своего ребенка и в достаточной мере удовлетворять его нужды.

От 1 года до 3 лет ребенок переживает первый этап отделения от матери. У него появляются возможность и желание самостоятельно исследовать окружающий мир. На этой стадии ребенку нужна мать, которая в достаточной степени следит за его физической безопасностью, объясняет ему окружающий мир и, что самое главное, позволяет ребенку делать что-то самому. При этом, когда ребенок возвращается к ней за «подзарядкой», такая мать предоставляет ему опору и необходимые ресурсы для дальнейшего самостоятельного развития.

От 3 до 7 лет ребенок учится сюжетно-ролевой игре и познает мир через нее. В этот период он начинает понимать социальное устройство мира, правила поведения в нем и построения отношений. Задача мамы в этот момент — на собственном примере продемонстрировать правила, объяснить ценности, моделировать отношения с другими людьми.

После 7 лет и до подросткового возраста основная задача

ребенка — учиться, а мамина задача — помогать ему в этом. Достаточно хорошая мать предоставляет ребенку первые возможности самостоятельно решать жизненные проблемы, делать выводы из своего поведения, но помогает и поддерживает там, где ребенок просит о помощи.

В подростковом возрасте ребенок преодолевает важный рубеж, из мира детства он переходит во взрослый мир. Это сложный период, поскольку, чтобы стать взрослым, нужно, естественно, перестать быть ребенком, а это невозможно сделать, не выйдя из-под влияния родителей. Как ни парадоксально это звучит, задача матери — помочь себе и ребенку перейти этот рубеж. Необходимо поддерживать самостоятельность, помогать там, где ребенок просит о помощи, возлагать определенную долю ответственности и, как и в трехлетнем возрасте, осуществлять «холдинг», когда ребенку это нужно.

Литература

- <http://mama.ru/ari.icles/rriozhno-li-byt-idealnoi-mamoi>
- <http://psvhologia.com.ua/literatura/vinnikott-donald.html>
- <http://psv-therapist.ru/showthread.php?t=4>
- <http://www.rastim-babv.ru/archive/343/?aid=1318>

Приобщение к здоровому образу жизни подростков в условиях центра содействия семейному воспитанию

Из опыта работы

Белых Л.Ю.,

воспитатель ГБУ ЦССВ «Радуга», Москва

Под здоровьем понимают состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни. Состояние здоровья конкретного человека — результат взаимодействия наследственных особенностей его организма с условиями окружающей среды. Оно никогда не бывает постоянным, меняется медленно или резко в сторону улучшения или ухудшения в зависимости от мероприятий, которые человек предпринимает для его сохранения, и текущих внешних воздействий. Если принять условно уровень здоровья за 100%, то на 20% оно зависит от наследственных факторов, на 20% — от действия окружающей среды, на 10% — от деятельности системы здравоохранения, а на остальные — от самого человека, его образа жизни. Поэтому здоровый образ жизни (ЗОЖ) — насущная необходимость.

Динамическое наблюдение за состоянием здоровья воспитанников детских домов и центров свидетельствует о стойкой тенденции ухудшения показателей здоровья; уменьшается удельный вес здоровых подростков и одновременно учащаются случаи хронических форм заболеваний при увеличении возраста детей, снижается индекс здоровья. Зачастую дети попадают в детский дом или центр вследствие асоциального и аморального поведения своих родителей. Жизненный опыт, который получает ребенок в такой семье, приводит к раннему пристрастию к вредным привычкам, употреблению наркотиков, раннему началу половой жизни.

Хотелось бы поделиться опытом работы с подобными детьми, воспитывающимися в группе «Лучик» ЦССВ «Радуга». Основная цель нашего центра — подготовка ребенка для передачи

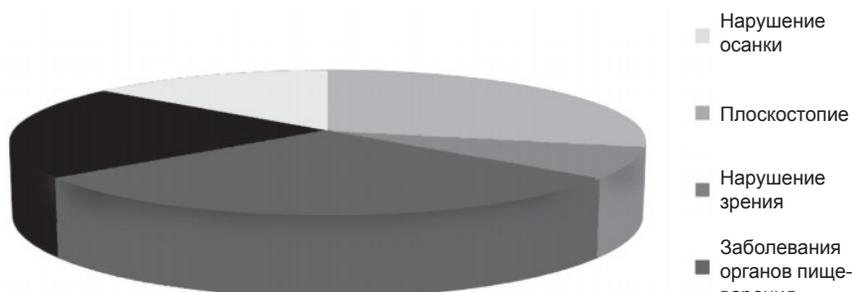


Рис. 1. Итоги весенней диспансеризации 2015 г. в группе «Лучик» ЦССВ «Радуга»

в семью и к самостоятельному образу жизни.

Воспитанники нашего центра — дети, попавшие в трудную жизненную ситуацию. Они отличаются повышенной тревожностью, напряженностью, неадекватными формами эмоционального реагирования, конфликтностью, безразличием к нормам, принятым в обществе, и своему здоровью.

Социальная реабилитация детей в условиях ЦССВ включает меры по сбережению детского здоровья.

В первую очередь это ежегодная диспансеризация. Весенняя диспансеризация 2015 г. показала, что 8 обследованных детей 14—17 лет имеют различные диагнозы (рис. 1).

Некоторые воспитанники имеют различные нарушения здоровья, а некоторые — по

2—3 диагноза. Самыми распространенными оказались болезни костно-мышечной системы, нарушения зрения, заболевания органов пищеварения.

Причин сложившейся ситуации много, в том числе школьно обусловленные факторы риска. В первую очередь это несоблюдение санитарно-эпидемиологических норм в образовательных учреждениях, гигиенических нормативов режима учебы и отдыха, сна и пребывания на воздухе, неполноценное питание. Объем учебных программ, их информативная насыщенность часто не соответствуют функционально-возрастным возможностям школьников. До 80% учеников постоянно или периодически испытывают учебный стресс. Все это в сочетании с уменьшением продолжительности сна и прогулок, снижением

физической активности негативно воздействует на развивающийся организм. Неблагополучные социальные условия наряду с плохой наследственностью вызывают нарушения физического развития, психоэмоциональную неустойчивость, хронические заболевания.

По современным представлениям, понятие «здоровый образ жизни» включает:

- отказ от вредных пристрастий (курение, употребление алкогольных напитков и наркотических веществ);
- оптимальный двигательный режим;
- рациональное питание;
- закаливание;
- личную гигиену;
- положительные эмоции.

Воспитатель в учреждении для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, должен решать следующие задачи:

- формировать у воспитанников представления о ЗОЖ;
- проводить мероприятия, связанные с уменьшением риска возникновения заболеваний;
- развивать познавательный интерес на основе приобретения и применения новых знаний о факторах здоровья, интересы и способности воспитанников, приобщать к досуговой деятельности, занятиям физкультурой и спортом;

— воспитывать бережное отношение к своему здоровью;

— показывать пагубное влияние вредных привычек на организм человека и необходимость отказа от курения.

Действия воспитателя центра должны быть направлены не на то, чтобы подросток бросил курить, употреблять спиртные напитки и наркотические вещества, а на то, чтобы он не начал этого делать. Иначе говоря, главное — профилактика.

Успешная борьба с тем или иным негативным явлением возможна в том случае, когда известны его причины. Рассмотрим *курение*. Как показывает опыт, подавляющее большинство воспитанников впервые знакомятся с сигаретой в 1—2-х классах, и движет ими прежде всего любопытство. А вот в более старшем возрасте число курящих начинает расти, и причины этого уже иные. Чаще всего это подражание старшим по возрасту, особенно тем, на кого хотелось бы походить (в том числе и прежним родителям), желание казаться взрослым, независимым, быть как все в курящей компании. Причиной курения подростков в ряде случаев выступает и строгий запрет взрослых, а также реклама табачных изделий в средствах массовой информации.

Употребление подростками *спиртных напитков*, к сожалению, тоже очень распространено. Опросы детей показывают, что среди них больше половины знакомы со вкусом вина или пива, и чаще всего это происходит с ведома и согласия бывших родителей: «невинная рюмочка» в честь дня рождения или другого торжества. Получается, что прием алкоголя для ребенка практически всегда (за исключением, конечно, детей алкоголиков) связан с атмосферой праздника, и на первый взгляд особой угрозы здесь нет. Однако такое приобщение детей к вину представляет определенную опасность, поскольку снимает психологический барьер, и подросток чувствует себя вправе выпить с товарищами и даже один, если появляется такая возможность.

Наркотическая (алкогольная — как частный случай) эйфория вредна также и тем, что требует постоянного повторения. У ребенка вырабатывается болезненная привычка испытывать это состояние вновь и вновь, возникает потребность во что бы то ни стало достать вещество, которое эту эйфорию вызывает. Отсюда изменение всех ценностных ориентаций ребенка. Для школьников основная причина употребления алкоголя — неумение (а в ряде случаев и отсутствие возможно-

сти) правильно, с пользой для себя и общества организовать свой досуг. Воспитание потребности в правильной организации досуга — основная задача профилактики алкоголизма и наркомании.

Во-первых, нужно доводить до сведения подростков информацию о вреде, который пьющий человек наносит здоровью своему и своих близких (в первую очередь детей), а во-вторых, рассказывать воспитанникам об алкоголизме. Эту задачу решают воспитательские часы, презентации, которые систематически проводятся в группе, к примеру: «О вреде табака, алкоголя и наркотиков», «Сделай свой выбор», «Я выбираю жизнь», тренинги «Наркотик или ЗОЖ», «Спайсы и каждый из нас», «Безвредного табака не бывает», дни здоровья, анкетирование, тестирование. Осуществляется работа по выявлению воспитанников, которые курят, употребляют спиртные напитки, организуются встречи с врачом-наркологом. На базе центра проводились акции «Один день без табака» (посвященная Международному дню отказа от курения), «Умей сказать “нет”», военно-спортивные праздники, военно-спортивная игра «Салют Победы».

Проведение всех этих мероприятий имеет особое значение и поможет обеспечить физическое

здоровье и последующую мотивацию к приобщению к ЗОЖ.

В последние годы увеличилось количество и доступность наркотических веществ. В ходе беседы о наркомании и токсикомании необходимо доводить до сведения воспитанников следующую информацию. Как известно, человек становится заядлым курильщиком или алкоголиком не сразу, а через определенное время. А физическая и психическая зависимость от наркотика возникает после 1—2 раз его употребления. Затем ребенок уже не в силах от него избавиться. Это обстоятельство широко используют торговцы наркотиками, предлагая первую дозу бесплатно, хорошо зная, что в дальнейшем подросток пойдет на все, чтобы достать наркотическое средство по любой цене. Практически все наркотики, включая табак и алкоголь, в большинстве случаев используются для снятия стресса. Нужно объяснить детям, что значительно более успешно его можно снять при помощи оптимальной физической активности.

Сложность профилактической и просветительской работы заключается в том, что многие подростки поддаются негативному влиянию сверстников, некоторые имеют склонность к вредным привычкам, кто-то не может организовать свой досуг.

Одна из причин нарушений опорно-двигательного аппарата — гипокинезия. Особенно страдают дети школьного возраста. Большую часть времени старшеклассники вынуждены проводить за рабочим столом. Просмотр телепередач, компьютерные игры ограничивают активность движений.

Три урока физкультуры в неделю не компенсируют недостаток двигательной активности. В то же время нередки случаи низкой эффективности занятий физическими упражнениями в школе.

Говоря об оптимальном двигательном режиме, следует учитывать не только исходное состояние здоровья, но и частоту, систематичность нагрузок. Занятия должны базироваться на принципах постепенности и последовательности, повторности и систематичности, индивидуализации и регулярности. В настоящее время имеется обширная литература, посвященная теоретическим и методическим вопросам оптимизации двигательной деятельности детей и подростков, разработаны и опробованы оздоровительные системы занятий физическими упражнениями, характеризующиеся доступностью, простотой реализации, эффективностью. В эти системы для оздоровления

детей и подростков можно включать элементы игры.

Как же сформировать прочный «каркас здоровья»?

Профилактика развития нарушений осанки и плоскостопия должна включать: сон на жесткой постели на животе и спине; правильную и точную коррекцию обуви; организацию и строгое соблюдение режима дня; постоянную двигательную активность; занятия физкультурой, спортом, плавание; контроль за правильной равномерной нагрузкой на позвоночник при ношении рюкзаков, сумок.

Для корректировки осанки на базе нашего центра работает тренажерный зал под руководством опытного тренера. Воспитанники посещают его во второй половине дня. В тренировки включены упражнения на укрепление брюшного пресса и спины, что помогает удерживать позвоночник в правильном положении. Традиционными стали в центре совместные спортивные праздники с участием детей и взрослых, проводимые во время Дня аиста, спортивные эстафеты, конкурсы. С целью увеличения физической активности детям предлагают кружки и спортивные секции, входящие в систему дополнительного образования. Кроме того, воспитанники посещают спортивные городские

секции, участвуют в городских и областных соревнованиях.

В структуре хронических болезней необходимо отметить повышение риска *болезней органов пищеварения*. Рациональное питание создает условия для нормального физического и умственного развития детского организма, поддерживает высокую работоспособность, способствует профилактике заболеваний и существенно влияет на возможность противостоять воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. Под руководством воспитателей дети повышают свою грамотность в вопросах рационального питания путем участия в исследовательских проектных работах: «Питаться правильно и полезно», «Шоколад: за и против» и др.

В результате проектной работы формируются представления о культуре питания, пользе и вреде для здоровья отдельных продуктов и напитков, пищевых добавок, умение выбирать рациональные и необходимые модели питания. Совместно с группой детей мы создали проект «Питаться правильно и полезно». В ходе его реализации было исследовано действие современных пищевых добавок к продуктам питания, их вредное влияние на организм человека; воспитанники узнали о значении

некоторых пищевых добавок, применяемых для производства пищевых продуктов. Были изучены классификация пищевых добавок, их цифровой код, наличие в различных продуктах питания. Дети анализировали ежедневное меню в столовой и рассматривали продукты на прилавках с позиций здорового питания. Этот проект имеет сегодня большое практическое значение.

Нормальный рост и развитие ребенка зависят в первую очередь от того, насколько его организм обеспечен необходимыми питательными веществами. Правильное питание — основной фактор предупреждения и лечения многих заболеваний.

При организации питания детей необходимо учитывать особенности развития и функционирования пищеварительной системы и всего организма в тот или иной возрастной период, а также потребность в питательных веществах.

В основе правильной организации питания детей в различные возрастные периоды лежат следующие основные принципы:

- регулярный прием пищи через определенные промежутки времени;
- соответствие питания детей уровню развития и функциональным возможностям организма в конкретный возрастной период;

— определенное соотношение питательных веществ (белков, жиров, углеводов), поступающих в организм вместе с пищей;

— учет особенностей ребенка, состояния здоровья, реакции на пищу при организации его питания.

Правильное, полноценное и рациональное питание должно быть возведено в ранг культа.

Следующий фактор здорового образа жизни — *закаливание*. Как известно, «солнце, воздух и вода — наши лучшие друзья». Рациональное использование этих естественных сил природы приводит к тому, что человек успешно противостоит неблагоприятным факторам внешней среды, в первую очередь переохлаждению и перегреву.

Закаливание — эффективное средство укрепления здоровья. Его роль особенно велика в профилактике простудных заболеваний: закаленные люди, как правило, не простужаются. Закаливание повышает также неспецифическую устойчивость организма человека к инфекционным заболеваниям, усиливая иммунные реакции.

Успешность и эффективность закаливания возможны только при соблюдении ряда принципов, в числе которых:

— постепенность (постепенно повышать силу закаливаю-

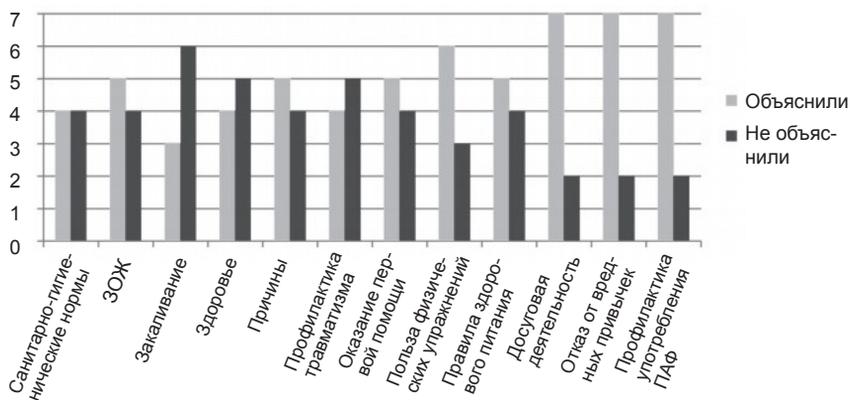


Рис. 2. Результаты диагностики формирования позитивного отношения к ЗОЖ в начале учебного года

- систематичность (закаливание будет эффективным, если осуществляется не от случая к случаю, а ежедневно и без перерывов);
- комплексность (использование естественных сил природы: солнца, воздуха и воды);
- учет индивидуальных особенностей при закаливании (необходимо принимать во внимание и рост, и пол, и состояние здоровья, а также местные климатические условия и привычные температурные режимы).

При закаливании детей нужно помнить, что каждая закаливающая процедура должна доставлять радость и удовольствие. В этом помогут элементы игры. Положительные эмоции полностью исключают

негативные эффекты охлаждения. Существуют закаливание воздухом (воздушные ванны), солнцем (воздушно-солнечные ванны), водой (обтирание, обливание, душ, купание, купание в проруби), босохождение. Все эти процедуры мы проводим летом во время пребывания на море или вблизи водоемов. После закаливания и отдыха в летних оздоровительных лагерях дети меньше болеют.

Следующий фактор здорового образа жизни — *личная гигиена*. Сохранение и укрепление здоровья невозможны без соблюдения ее правил — комплекса мер по уходу за кожей тела, волосами, полостью рта, одеждой и обувью.

Уход за кожей тела (мытьё рук перед едой, после прогулок, при утреннем и вечернем туалете, ежедневный теплый душ

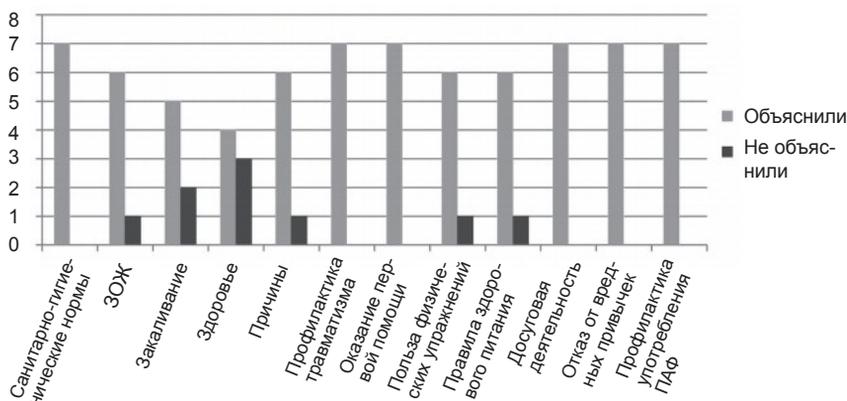


Рис. 3. Результаты диагностики формирования позитивного отношения к ЗОЖ в конце учебного года

перед сном) стал естественной и важной процедурой. Наши воспитанники ежедневно меняют носки, колготки, застирывают их, что формирует навыки самообслуживания.

Уход за зубами, регулярное посещение стоматолога — неотъемлемая часть поддержания хорошего здоровья. Кариес отрицательно сказывается на деятельности системы пищеварения, кариозные зубы являются местом скопления различных патогенных микроорганизмов.

С самого раннего возраста следует воспитывать у детей гигиенические навыки ухода за своей одеждой и обувью, воспитывать бережное отношение к одежде и обуви.

Вечером, особенно в межсезонье, немного времени уделяется уходу за обувью (чистка, сушка).

Воспитанники сами могут пришить пуговицу, сделать мелкий ремонт одежды, почистить, просушить обувь или одежду, провести влажную уборку помещения, что необходимо в самостоятельной жизни и жизни в семье.

Молодое поколение наиболее восприимчиво к различным обучающим и формирующим воздействиям, что доказывает приведенная далее диагностика формирования позитивного отношения к ЗОЖ (рис. 2, 3).

Таким образом, ЗОЖ необходимо формировать с детства, тогда забота о собственном здоровье как основной ценности станет естественной формой поведения ребенка. От жизнедеятельности, состояния здоровья детей зависят их мировоззрение, умственное развитие, прочность знаний, вера в свои силы.

Ваш ребенок идет в детский сад

Сальникова И.А.,

канд. психол. наук, клинический психолог

Центра психосоматической медицины

и психотерапии «Алвиан», Москва

Вы решили отдать своего ребенка в детский сад или ясли. Но вот вопрос: как он сам воспримет то, что мама, раньше постоянно находившаяся рядом, теперь будет появляться только вечером, а вместо нее целый день придется быть с воспитателем и еще десятком других ребятишек, каждый из которых претендует на ее внимание? Как вообще происходит адаптация к детскому саду и что это, собственно говоря, такое?

Адаптация — приспособление организма к новой обстановке. Для ребенка детский сад несомненно является новым, еще неизвестным пространством, с новым окружением и новыми отношениями. Адаптация включает широкий спектр индивидуальных реакций, характер которых зависит от психофизиологических и личностных особенностей малыша, сложившихся семейных отношений, условий пребывания в ДОО.

Таким образом, каждый ребенок привыкает к детскому саду по-своему. Однако можно отме-

тить некоторые закономерности, про которые хотелось бы рассказать.

Во-первых, следует помнить, что до 2—3 лет ребенок не испытывает потребности в общении со сверстниками, она пока не сформировалась. В этом возрасте взрослый выступает для ребенка партнером по игре, образцом для подражания и удовлетворяет потребность в доброжелательном внимании и сотрудничестве. Сверстники этого дать не могут, поскольку сами нуждаются в том же.

Ребенок не может быстро адаптироваться к яслям, поскольку сильно привязан к матери. Ее исчезновение вызывает бурный протест, особенно если малыш впечатлительный и эмоционально чувствительный.

Дети 2—3 лет испытывают страх перед незнакомыми людьми и новыми ситуациями, перед общением, что в полной мере проявляется в яслях. Эти страхи — одна из причин затрудненной адаптации к яслям. Нередко боязнь новых людей и

ситуаций приводит к тому, что ребенок становится более возбудимым, ранимым, обидчивым, плаксивым, он чаще болеет, ведь стресс истощает защитные силы организма.

Кстати, мальчики 3—5 лет тяжелее адаптируются к новым условиям, чем девочки, поскольку в этот период они больше привязаны к матери и болезненно реагируют на разлуку с ней.

Для эмоционально неразвитых детей адаптация наоборот происходит легко: у них нет сформированной привязанности к матери. Психологи указывают на следующее: чем раньше ребенка отдадут в дошкольное учреждение (например, до 1 года), тем он будет более коллективистски настроен в дальнейшем. Первичный эмоциональный контакт он установит не с матерью, а со сверстниками, что не лучшим образом скажется на развитии его эмоциональной сферы. Становясь старше, такой ребенок может не испытывать глубокого чувства любви, привязанности, сострадания.

Таким образом, чем более развита эмоциональная связь с матерью, тем труднее будет проходить адаптация. К сожалению, эти проблемы преодолевают не все дети, что может привести к развитию невроза у ребенка.

Если адаптация к яслям или детскому саду не произошла в течение одного года и более — это сигнал родителям, что с ребенком не все в порядке и нужно обратиться к специалисту.

В ходе комплексного исследования, проведенного учеными в разных странах, были выделены *три фазы адаптационного процесса*:

1) острая, сопровождающаяся разнообразными колебаниями в соматическом состоянии и психическом статусе и имеющая следующие симптомы: снижение веса и аппетита, учащение респираторных заболеваний, нарушение сна, регресс в речевом развитии (длится в среднем 1 мес.);

2) подострая, характеризующаяся адекватным поведением ребенка, т.е. все сдвиги уменьшаются и регистрируются лишь по отдельным параметрам на фоне замедленного темпа развития, особенно психического, по сравнению со средними возрастными нормами (длится 3—5 мес.);

3) фаза компенсации, когда темп развития ускоряется, в результате дети к концу учебного года преодолевают указанную выше задержку темпов развития.

Также можно выделить *три степени тяжести прохождения острой фазы адаптационного периода*:

- легкая — сдвиги нормализуются в течение 10—15 дней, ребенок прибавляет в весе, адекватно ведет себя в коллективе, болеет не чаще обычного;
- средней тяжести — сдвиги нормализуются в течение месяца, при этом ребенок на короткое время теряет в весе, может наступить заболевание длительностью 5—7 дней, есть признаки психического стресса;
- тяжелая — длится от 2 до 6 мес., ребенок часто болеет, теряет уже имеющиеся навыки, может наступить как физическое, так и психическое истощение организма.

Конечно, каждый ребенок по-разному реагирует на новую ситуацию, однако есть и общие черты.

Единственные в семье дети, особенно чрезмерно опекаемые, зависимые от матери, привыкшие к исключительному вниманию, неуверенные в себе, всегда нелегко привыкают к детскому саду или яслям.

Хуже остальных чувствуют себя в ДОО дети с флегматическим темпераментом. Они не успевают за темпом жизни детского сада: не могут быстро одеться, собраться на прогулку, поесть. А если воспитатель не понимает проблем такого ребен-

ка, начинает его подстегивать, при этом эмоциональный стресс действует так, что воспитанник еще больше затормаживается, становится еще более вялым, безучастным.

Если вы заметили, что у вашего ребенка проблемы с адаптацией, попробуйте поговорить с воспитателем. Дошкольнику нужны постоянное внимание и поддержка с его стороны, поскольку другие дети склонны дразнить и обижать более слабых и зависимых. Излишние требовательность и принципиальность воспитателя будут серьезным тормозом.

Осложняющим фактором адаптации будут и конфликты в семье, необщительность родителей. Дети непроизвольно усваивают негативные черты поведения родителей, что осложняет их отношения со сверстниками. Они ведут себя неуверенно и нерешительно, много волнуются, сомневаются, поэтому не могут быть принятыми в группе.

Что тут можно порекомендовать?

При наличии нервного нарушения отдавать в детский сад ребенка нужно не раньше 3 лет, если это девочка, и 3,5 лет, если это мальчик.

Если ребенок единственный в семье, часто болеет, испытывает страхи, его вхождение в

детский сад должно быть постепенным. Сначала его нужно привести в группу, познакомиться с воспитателем и детьми, посмотреть вместе игрушки, вызвать интерес к новому окружению и вернуться домой. Затем несколько дней можно приводить ребенка в сад и забирать до начала дневного сна. В зависимо-

сти от поведения ребенка время пребывания нужно постепенно увеличивать. Дома следует много играть с ним в подвижные эмоциональные игры, поскольку в детском саду он чувствует себя скованно, напряженно, а если не разрядить это напряжение, оно может стать причиной невроза.

Издания, которые помогут успешно решить задачу адаптации



ЗАЙКА ИДЕТ В САДИК

Проблемы адаптации (для детей 2—4 лет)

Для того чтобы правильно подготовить вашего ребенка к посещению детского сада, внимательно прочитайте вместе с ним нашу книжку. Ситуации, в которых оказывается наш герой — Зайка, достаточно типичны. Это может произойти с каждым малышом, впервые оказавшемся в детском коллективе без мамы и папы. Будьте терпеливы в воспитании малыша и внимательны к любым сложностям, которые встретятся на его пути в детский сад. Желаем вашему крохе успехов в детском саду.

Ширмочки



Интернет-магазин: www.sfera-book.ru

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книжные новинки



ТРАДИЦИОННЫЕ ИГРЫ В ДЕТСКОМ САДУ

Авторы — Качанова И.А., Лялина Л.А.

В пособии представлены описания традиционных детских игр, а также пестушки, песенки, считалки, с которыми можно знакомить детей дошкольного возраста в условиях ДОО. Игры систематизированы в соответствии с возрастом детей. Пособие адресовано воспитателям дошкольных образовательных организаций, может представлять интерес для студентов педагогических университетов, родителей.



ПОДДЕРЖКА ДЕТСКОЙ ИНИЦИАТИВЫ И САМОСТОЯТЕЛЬНОСТИ НА ОСНОВЕ ДЕТСКОГО ТВОРЧЕСТВА: В 3 Ч. Ч. 3)

Автор — Модель Н.А.

Самостоятельность — одно из важнейших качеств лидера. Чтобы быть успешным в будущем, ребенку нужно помочь развить свою индивидуальность. Формирование самостоятельности и инициативности расширяет возможности познания и подготовки к школе. Данное пособие помогает развитию у детей самостоятельности в процессе освоения образовательных областей «Физическое развитие» и «Социально-коммуникативное развитие» и инициативности, непосредственно связанной с проявлением любознательности, пытливости ума, мышления и т.д.



ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ 2—3 ЛЕТ

Музыкальное и художественное развитие

Автор — Грузова М.Ю.

Предлагаемые в данном сборнике комплексные занятия объединяют музыку со всеми видами деятельности, доступными детям 2—3 лет: лепкой, рисованием, ознакомлением с окружающим, сенсорным развитием, конструированием. В большинстве представленных занятий музыкальная деятельность выступает доминирующей. В приложении представлен нотный материал.

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

Тел.: (495) 656-72-05, 656-73-00,

E-mail: sfera@tc-sfera.ru

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

Интернет-магазин: www.sfera-book.ru



ИГРЫ С ПЕСКОМ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ ПЕРЕСКАЗУ ДЕТЕЙ 5—7 ЛЕТ:

Методические рекомендации

Авторы: Сапожникова О.Б., Гарнова Е.В.

В пособии описаны возможности применения педагогической песочницы для развития и коррекции речи детей 5—7 лет. Представлены занятия по художественным произведениям с ее использованием, в ходе которых дети учатся пересказывать текст. Даны методические рекомендации по организации работы с дошкольниками в педагогической песочнице.

Книга адресована педагогам ДОО, системы дополнительного образования, а также родителям, которые стремятся сделать процесс развития ребенка живым и интересным.



МЫ ВМЕСТЕ

Социально-коммуникативное развитие дошкольников

Авторы — Маханева М.Д., Ушакова-Славолюбова О.А.

Предлагаемая программа разработана в соответствии с ФГОС ДО (от 17.10.2013 № 1155) и Примерной основной образовательной программой дошкольного образования (от 20.05.2015 № 2/15). В ней освещены основные проблемы социально-коммуникативного развития детей: формирование позитивного взаимодействия детей со взрослыми и сверстниками, уважительного отношения и чувства принадлежности к своей семье; развитие социального и эмоционального интеллекта, эмпатии и толерантности и т.д.



РУССКИЙ ЯЗЫК

Всероссийские проверочные работы. 4 класс 30 вариантов типовых заданий с ответами

Авторы-сост. — А.Б. Малюшкин, Е.Ю. Рогачева

Данное пособие предназначено для подготовки к Всероссийской проверочной работе за курс начальной школы. В пособии представлены 30 вариантов тренировочных заданий, позволяющих выявить уровень готовности младших школьников к выполнению ВПР и провести необходимую коррекционную работу. Задания составлены с учетом типичных ошибок и возникающих при изучении определенных тем трудностей.

В конце пособия приведены инструкция по проверке заданий, а также ответы к ним.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги о здоровье дошкольников



ЗАНЯТИЯ ФИЗКУЛЬТУРОЙ

Игровой стретчинг для дошкольников

Автор — Сулим Е.В.

В книге представлен материал для повышения интереса детей к физкультурным занятиям за счет введения увлекательных упражнений игрового стретчинга. Предложены конспекты-сценарии сюжетно-игровых занятий, спортивных сказок и более 80 разнообразных упражнений по игровому стретчингу с большим количеством иллюстраций, призванных облегчить работу педагога по обучению детей упражнениям, а также рифмованные слова и стихотворения.

В данное издание внесены изменения в соответствии с ФГОС ДО.



СПОРТИВНЫЕ ПРАЗДНИКИ В ДЕТСКОМ САДУ

Автор — Харченко Т.Е.

Материал книги представляет собой сценарии спортивных праздников и развлечений, подвижных игр, КВН и викторин для детей 3—7 лет. Все мероприятия разделены по временам года — зимние праздники и развлечения, весенние, летние и осенние. Представлены также и праздники различной тематики для любого времени года.

В основе пособия — опыт успешной реализации на практике образовательных областей «Физическая культура» и «Здоровье».



СПОРТИВНЫЕ СКАЗКИ

Беседы с детьми о спорте и здоровье

Автор — Шорыгина Т.А.

Пособие посвящено различным видам спорта. В нем говорится о том, как важно заниматься физкультурой, как улучшить здоровье, укрепить физические и духовные силы.

Пособие можно использовать при индивидуальных и групповых занятиях.

Книга предназначена воспитателям ДОО, учителям, гувернерам, родителям

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

Тел.: (495) 656-72-05, 656-73-00,

E-mail: sfera@tc-sfera.ru

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

Интернет-магазин: www.sfera-book.ru



ДЕТСКИЙ ФИТНЕС

Физкультурные занятия для детей 3—5, 5—7 лет

Автор — Сулим Е.В.

В книгах представлены календарно-перспективное планирование физкультурных занятий для детей, комплексы фитнес-тренировки, разработанные на весь учебный год с методическими рекомендациями, которые помогут правильно организовать занятия.



БУДЬ ЗДОРОВ, ДОШКОЛЬНИК

Программа физического развития детей 3—7 лет

Автор — Токаева Т.Э.

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.

В программе дается технология овладения ребенком представлений о себе, своем здоровье и физической культуре. Определены уровни физического развития и освоения культуры здоровья на каждом возрастном этапе.



ТЕХНОЛОГИЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 3—4 ЛЕТ

Автор — Токаева Т.Э.

В пособии дано подробное описание 108 развивающих физкультурно-оздоровительных и 9 валеологических занятий, игр, 18 комплексов утренней гимнастики, еженедельных циклограмм организации двигательного режима в детском саду, перспективное планирование форм и видов двигательной деятельности, адекватных психофизическим особенностям детей 3—4 лет. Приложение содержит дидактические игры и таблицу контроля освоения программы.



ТЕХНОЛОГИЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 4—5 ЛЕТ

Автор — Токаева Т.Э.

В пособии дано подробное описание развивающих физкультурно-оздоровительных занятий, игр, оздоровительных гимнастик, еженедельных циклограмм организации двигательного режима в детском саду; перспективное планирование форм и видов двигательной деятельности, адекватных психофизическим особенностям детей 4—5 лет, работа с родителями и др. В приложении содержатся картотека дидактических игр, карточки-схемы и др.

НОВЫЙ САЙТ — НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ!

Интернет-магазин
www.sfera-book.ru
ОТКРЫТ!

Новый сайт – это новый дизайн, обновленный рубрикатор, весь ассортимент в одном месте, возможность купить в розницу или оптом из любой точки страны, это разнообразные фильтры, поля для отзывов, простые инструменты формирования заказа и многое другое — полезное и нужное.

Заходите, изучайте, действуйте!
Мы вас ждем!

На сайте подписных изданий **www.sfera-podpiska.ru** продолжают:

- ✓ ЭЛЕКТРОННАЯ ПОДПИСКА,
- ✓ РЕДАКЦИОННАЯ ПОДПИСКА.

Появились новые материалы и новые подписные издания для работы с детьми:

- ✓ МАСТЕРИЛКА (для детей 4—7 лет)
- ✓ ДЛЯ САМЫХ-САМЫХ МАЛЕНЬКИХ (для детей 1—4 лет)

Основной закон жизни – развитие.

Давайте развиваться вместе!



Зайди на WWW.SFERA-BOOK.RU



Издательство «ТЦ Сфера»
Периодические издания
для дошкольного образования

Наименование издания (периодичность в полугодии)	Индексы в каталогах		
	Роспе- чать	Пресса России	Почта России
Комплект для руководителей ДОО (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
	Под- писка только в первом полу- годии	Без рабо- чих журна- лов	Без рабочих журна- лов
Комплект для руководителей ДОО (ма- лый): журнал «Управление ДОУ» с прило- жением (5) и «Методист ДОУ (1)	82687		
Комплект для воспитателей: журнал «Воспитатель ДОУ» с библиотекой (6)	80899	39755	10395
Комплект для логопедов: журнал «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		
Для самых-самых маленьких: для детей 1—4 лет		34280	16709
Мастерилка: для детей 4—7 лет		34281	16713

Чтобы подписаться на все издания для специалистов дошкольного воспитания Вашего учреждения, вам потребуется **три индекса: 36804, 80899, 18036 — по каталогу «Роспечатать»**

Если вы не успели подписаться на наши издания,
то можно заказать их в интернет-магазине: www.sfera-book.ru.

На сайте журналов: www.sfera-podpiska.ru открыта подписка
РЕДАКЦИОННАЯ и ЭЛЕКТРОННАЯ

В следующем номере!

- Эмоциональная регуляция и саморегуляция как фактор психологического здоровья ребенка
- Кинетические пробы в практике педагога-дефектолога
- Последствия сосудистых нарушений у дошкольников
- Кохлеарная имплантация: за и против

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера журнала «Медработник ДОУ», книги и наглядную продукцию оздоровительной тематики в интернет-магазине www.sfera-book.ru или купить в магазине издательства «ТЦ СФЕРА» по адресу: Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3 (м. Ботанический сад), тел.: (495) 656-72-05, 656-75-05.



«Медработник ДОУ»
2017, № 1 (69)

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

23.01.17.
 60×90¹/₁₆ . . 8,0.

© « », 2017
 © . . , 2017



ФОРМИРУЕМ ПРИВЫЧКИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

с наглядным пособием «ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА»

Демонстрационный материал рекомендован для использования в групповой и индивидуальной работе с детьми от 3 лет.

Занятия по формированию здорового образа жизни можно включать в режимные моменты работы ДОО, а также интегрировать с другими направлениями развивающей деятельности.

Методический комплект опирается на идею триединства здоровья: физического, психического и духовно-нравственного, и включает в себя занятия на темы:

- ▶ Режим дня
- ▶ Закаливание
- ▶ Личная гигиена
- ▶ Зарядка
- ▶ Прогулка
- ▶ Физкультура
- ▶ Питание
- ▶ Ощущение
- ▶ Интерес
- ▶ Грусть
- ▶ Воображение
- ▶ Отдых
- ▶ Сон
- ▶ Прощение
- ▶ Самостоятельность
- ▶ Радость



Издательство «ТЦ СФЕРА»

Адрес: 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, к. 3.

Тел.: (495) 656-72-05, 656-75-05, 656-70-33

E-mail: sfera@tc-sfera.ru. Сайты: www.tc-sfera.ru, www.sfera-podpiska.ru

Интернет-магазин: www.sfera-book.ru



ЗАБИРАЕМ РЕБЁНКА ИЗ САДА, или Что почитать родителям в ожидании заигравшегося «чуда»

ПРОБЛЕМА. Вечером, вы пришли за ребёнком, а он никак «не освобождается». Не стоит пытаться «вздремнуть» прямо в детской раздевалке. Проведите время с пользой, почитайте наши добрые педагогические советы.

СПОСОБ РЕШЕНИЯ. Всё очень просто. Достаточно расположить наши **ширмочки-гармошки** на подоконнике или на шкафчиках в раздевалке, чтобы «скучающие» в ожидании родители «случайно набрали» на них. Тексты и иллюстрации способны не по-детски увлечь и принести реальную пользу, несмотря на агитационно-банальные темы: ОБЖ, ПДД, Патриотическое воспитание, Здоровье, Режим дня и даже праздники.

The image displays three educational booklets from the publisher 'Sfera'. The top booklet is titled 'ОБЖ ОПАСНЫЕ ПРЕДМЕТЫ И ЯВЛЕНИЯ' (Safety: Dangerous Objects and Phenomena) and features a winter scene with children playing in the snow. The middle booklet is titled 'ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ' (Children's Diseases) and shows a doctor examining a child. The bottom booklet is titled 'РАЗБОР ОСНОВНЫХ ТЕМ КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД РЕКОМЕНДАЦИИ ПО БЕЗ...' (Analysis of Main Topics, Complex Approach, Recommendations on Safety) and features a coat of arms. All booklets include the 'Тематический уголок для ДОУ' (Thematic corner for kindergarten) logo and the 'МЧС России' (Ministry of Emergency Situations of Russia) logo. The publisher's name 'ТЦ СФЕРА' is also visible on the booklets.

Закажите на www.sfera-book.ru
и посмотрите, какие еще темы востребованы
и популярны в разделе **НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ**



Издательство «ТЦ СФЕРА»

Адрес: 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, к. 3.

Тел.: (495) 656-72-05, 656-70-33

E-mail: sfera@tc-sfera.ru. Сайты: www.tc-sfera.ru, www.sfera-podpiska.ru

Интернет-магазин: www.sfera-book.ru