



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

# МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№4/2016



**Питание и здоровье**

**Принципы  
и методы закаливания  
дошкольников**

**Синдром  
вегетативной  
дистонии у детей**

**Профилактика  
зрительных  
расстройств у детей  
с миопией**

**Пробиотики  
в практике педиатра**

**Дети и гаджеты**



**ГОСТЬ НОМЕРА**

доктор мед. наук,  
профессор, заслуженный  
врач РФ

**А.Ф. БАБЦЕВА**



# МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№ 4/2016

**Подписные индексы в каталогах:**

«Роспечать» — 80553, 36804 (в комплекте)

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

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

## Содержание

**КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА**

Макарова Л.В. Поздравляем медицинских сестер  
с профессиональным праздником..... 5

**ГОСТЬ НОМЕРА**

Бабцева А.Ф. Педиатрия — любовь на всю жизнь..... 6

## Гигиена

**РЕЖИМ ДНЯ**

Москвитина О.Н. Релаксационные занятия  
в период адаптации.....14

**РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ**

Верихова Н.А., Маркова Ю.П., Гучинская А.Г. Питание и здоровье.  
Исследовательско-творческий проект .....17

**ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА**

Коршунова Н.В. Физиолого-гигиенические принципы  
и методы закаливания дошкольников  
в климатических условиях Амурской области .....20

Капитонова Т.В., Стадник Ю.В., Ушакова Н.А. Оздоровительные  
приемы в работе с дошкольниками с нарушениями речи.....31

**ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ**

Ершова Т.В. Влияние экспериментальной деятельности  
на формирование культуры  
здорового образа жизни у дошкольников .....37

## Педиатрия

**НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Чупак Э.Л., Ларионова Е.А. Синдром вегетативной дистонии  
у детей .....42

<i>Шанова О.В.</i> Открытое овальное окно у детей: норма или патология? .....	52
<i>Бабцева А.Ф.</i> и др. Ожирение у детей.....	57

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ**

<i>Юткина О.С.</i> Реабилитация детей, перенесших гипоксически- ишемическую энцефалопатию .....	64
<i>Моисеева В.Н.</i> Реабилитация детей с патологией органов дыхания в условиях детской городской клинической больницы .....	68

## **ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ**

<i>Тимошенко Т.А.</i> Профилактика зрительных расстройств у детей с миопией .....	73
--------------------------------------------------------------------------------------	----

## **КОНСУЛЬТАЦИЯ ПЕДИАТРА**

<i>Романцова Е.Б.</i> Пробиотики в практике педиатра .....	79
------------------------------------------------------------	----

# **Педагогика**

## **ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ**

<i>Костюк Р.Г.</i> Методика проведения гимнастики у детей 1—3 лет .....	90
<i>Кабакова Г.А.</i> Плавание как эффективное средство закаливания дошкольников .....	95

## **РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА**

<i>Рудакова Е.М.</i> Дети и гаджеты. Советы родителям по профилактике киберзависимости .....	98
-------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ**

<i>Алдухова С.Ф.</i> Страхи наших детей .....	105
-----------------------------------------------	-----

# **Актуально!**

## **МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ**

<i>Шамраева В.В., Холодок Л.Г., Романцова Е.Б.</i> Санаторно-курортное лечение детей в здравницах Приамурья .....	108
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

## **ГОРЖУСЬ ПРОФЕССИЕЙ СВОЕЙ**

40 лет в педиатрии .....	119
--------------------------	-----

<b>КНИЖНАЯ ПОЛКА</b> .....	13, 16, 121
----------------------------	-------------

<b>А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?</b> .....	41, 104, 120
------------------------------	--------------

<b>МУДРЫЕ ВЫСКАЗЫВАНИЯ</b> .....	19
----------------------------------	----

<b>ЭТО ИНТЕРЕСНО</b> .....	125
----------------------------	-----

<b>КАК ПОДПИСАТЬСЯ</b> .....	126
------------------------------	-----

<b>АНОНС</b> .....	128
--------------------	-----

## Редакционный совет

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Редакционная коллегия

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

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

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

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

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

# Индекс

Детская поликлиника № 3, г. Благовещенск Амурской обл. ....	119	г. Благовещенск Амурской обл. ....	57, 79, 108
Кафедра госпитальной терапии с курсом фармакологии ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Благовещенск Амурской обл. ....	57	МАДОУ д/с № 14, г. Благовещенск Амурской обл. ....	17, 31, 37, 95
Кафедра детских болезней ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Благовещенск Амурской обл. ....	6, 42, 52, 57, 64	МАОУ для детей дошкольного и младшего школьного возраста, прогимназия, г. Благовещенск Амурской обл. ....	14, 105
Кафедра общей гигиены ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Благовещенск Амурской обл. ....	20	Общественный экспертный совет при Уполномоченном по правам ребенка в Амурской области, г. Благовещенск Амурской обл. ..	98
Кафедра педиатрии ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Минздрава России»,		Отделение восстановительного лечения для детей ГАУЗ АО «Детская городская клиническая больница», г. Благовещенск Амурской обл. ....	42
		Физиотерапевтическое отделение ГАУЗ АО «Детская городская клиническая больница», г. Благовещенск Амурской обл. ....	68, 90
		Центр коррекции зрения «Сфера», г. Благовещенск Амурской обл. ....	73
Алдухова Софья Владимировна .....	105	Москвитина Оксана Николаевна .....	14
Бабцева Альбина Федоровна	6, 57	Приходько Ольга Борисовна.....	57
Верихова Надежда Анатольевна	17	Романцова Елена Борисовна.....	57, 79, 108
Гучинская Анастасия Геннадьевна .....	17	Рудакова Елена Михайловна .....	98
Ерихова Татьяна Валерьевна .....	37	Стадник Юлия Вениаминовна.....	31
Журавлева Ольга Вячеславовна	57	Тимошенко Татьяна Александровна .....	73
Кабакова Галина Александровна .....	95	Ушакова Наталья Александровна .....	31
Капитонова Татьяна Владимировна .....	31	Холодок Людмила Григорьевна .....	108
Коршунова Наталья Владимировна .....	20	Чупак Эльвира Леонидовна .....	42
Костюк Раиса Гавриловна .....	90	Шамраева Виктория Владимировна .....	108
Ларионова Елена Александровна .....	42	Шанова Оксана Владимировна .....	52
Маркова Юлия Павловна .....	17	Юткина Ольга Сергеевна.....	64
Моисеева Вера Николаевна .....	68		

## Поздравляем медицинских сестер с профессиональным праздником

Представительницы одной из самых гуманных профессий отмечают в этом месяце свой профессиональный праздник — Международный день медицинской сестры. Он празднуется 12 мая в день рождения знаменитой англичанки Флоренс Найтингейл, организовавшей в 1854 г. во время Крымской войны первую в мире службу сестер милосердия. Официальное решение отмечать праздник в этот день было принято в январе 1974 г., когда сестры милосердия из 141 страны объединились в профессиональную общественную организацию — Международный совет медицинских сестер (*International Council of Nurses, ICN*). В России первое празднование этого дня состоялось в 1993 г., после того, как наша страна вошла в состав ICN.

Медицинские сестры — самая многочисленная категория работников здравоохранения в России. Они олицетворяют собой такие качества, как душевность, доброта, умение сочувствовать и сопереживать, готовность прийти на помощь. Мы поздравляем всех медицинских сестер с праздником! Желаем профессиональных успехов и благодарим за нелегкий, но очень благородный труд!

Надеемся, что очередной выпуск нашего журнала будет подарком медицинским сестрам к их профессиональному празднику. Он подготовлен специалистами Амурской государственной медицинской академии.

Об особенностях работы педиатра мы поговорим с Альбиной Федоровной Бабцевой, заслуженным врачом РФ, доктором медицинских наук, профессором, Председателем Амурского областного научно-практического общества педиатров, заведующим кафедрой детских болезней лечебного факультета. В публикациях сотрудников Амурской ГМА медицинские работники почерпнут информацию, которая пригодится в их профессиональной деятельности. Своим опытом с нами делятся также специалисты ДОО г. Благовещенска.

Пропаганда медицинских знаний — важнейшая задача деятельности любого врача и очень ценно, что в стенах Амурской ГМА этому направлению уделяют большое внимание. Выражаем искреннюю благодарность Е.Б. Романцовой и всем, кто принимал участие в подготовке этого выпуска журнала.

Уважаемые коллеги, мы ждем от вас новых актуальных материалов для публикации, вопросов и предложений и надеемся на дальнейшее сотрудничество и поддержку. Пишите нам: [dou@tc-sfera.ru](mailto:dou@tc-sfera.ru); с пометкой «Для журнала «Медработник ДООУ»».

Главный редактор журнала Л.В. Макарова

## Педиатрия — любовь на всю жизнь

**Бабцева Альбина Федоровна,**

*д-р мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ,  
председатель Амурского областного научно-практического  
общества педиатров, зав. кафедрой детских болезней  
ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская  
академия Минздрава России», г. Благовещенск  
Амурской обл.*

**Альбина Федоровна, расскажите, пожалуйста, как Вы пришли в профессию?**

Мое желание стать врачом осуществилось не сразу. По окончании школы я подала документы в Кишиневский медицинский институт на лечебный факультет, но внезапно заболела ангиной, не успев сдать последний экзамен. Мне предложили по итогам конкурса учиться на педиатрическом факультете, но я не захотела использовать такую возможность: педиатрия казалась тогда мне непонятной специальностью. Как можно лечить детей, которые толком не могут рассказать о своей болезни? Через год я поступила в Благовещенский медицинский институт и окончила лечебный факультет. Обучаясь в институте, работала в детском отделении медицинской сестрой и поняла, как же мне интересно с детьми! Как для меня важно помогать са-

мым «непонятым» пациентам, плачущим, даже орущим, сопливым и таким беззащитным перед болезнью! Как приятно видеть улыбающихся выздоравливающих детей и рядом с ними их счастливых матерей! Поэтому при распределении по окончании института я заявила, что хочу быть только педиатром. Вот так судьба все-таки привела меня в педиатрию, которой я и посвятила всю жизнь.

За время учебы в клинической ординатуре я поняла: чтобы быть квалифицированным врачом, надо учиться дальше. И я поступила в аспирантуру при Хабаровском медицинском институте к известнейшему на Дальнем Востоке профессору, педиатру Г.С. Постолу. Защитила в 1974 г. кандидатскую диссертацию на тему «Материалы клинико-биохимических наблюдений детей с геморрагическим васкулитом и тромбоцитопени-



ческой пурпурой», которая была посвящена вопросам детской гематологии.

***А дальше докторская диссертация? Что Вам дала работа над ней?***

Работа над докторской диссертацией на тему «Клинико-патогенетические особенности острых бронхолегочных заболеваний у детей раннего возраста, перенесших перинатальное поражение ЦНС» показала мне значимость вопросов перинатальной медицины, неонатологии. Я очень благодарна судьбе за возможность общения в этот период с величайшими умами отечественной педиатрической науки — академиками РАМН Ю.Е. Вельтищевым и В.А. Таболиным, моим консультантом по докторской диссертации профессором С.Ю. Кагановым. Их увлеченность профессией, широта взглядов, эрудиция во многих областях науки и культуры, преданность педиатрии — образец для подражания и формирования медицинского мышления современных выпускников-педиатров. С особым почтением я рассказываю молодым врачам о корифеях отечественной педиатрии и уверена, что они продолжают их дело.

***Более 30 лет Вы руководите кафедрой детских болезней ле-***

***чебного факультета Амурской государственной медицинской академии, возглавляете Амурское областное научно-практическое общество детских врачей, читаете лекции студентам, врачам, ведете практические занятия. Вы заместитель председателя итоговой Государственной аттестационной комиссии педиатрического факультета. Какие требования, с Вашей точки зрения, должны предъявляться к молодым педиатрам?***

В течение последних лет образовательный процесс значительно изменился. Формирование клинического мышления, практических умений начинается с первых шагов в вузе: уже на первом курсе студенты приступают к практической деятельности в стационаре, отрабатывают необходимые навыки у постели больного. В учебном процессе используются манекены, фантомы разного уровня сложности, в том числе и дистанционно управляемые. Выпускник вуза вскоре будет обязан пройти аттестацию, дающую право на врачебную деятельность. Очень важно в этот момент понимать значимость повышения квалификации в ходе последующей трудовой деятельности. Быстрое



развитие современной науки заставляет пополнять свои знания. Если ранее педиатр проходил учебу один раз в пять лет, получал сертификат и мог не думать о повышении квалификации в ближайшие годы, то современный практический врач обязан постоянно совершенствовать свои знания и профессиональный уровень через систему непрерывного образования.

Врач должен быть осведомлен о современных научных подходах, передовых технологиях и внедрять результат (инновационный продукт) в практическое здравоохранение.

Важно помнить, что в основе любого медицинского подхода лежит принцип доказательности. Работать по наитию и по старинке современному педиатру никак нельзя. А это означает, что врач обязан опираться только на те методы диагностики и лечения заболеваний, которые описаны в стандартах оказания медицинской помощи, федеральных рекомендациях медицинского сообщества.

Лечение должно быть обосновано с позиций весомой исследовательской базы, соответствующей всем современным требованиям. И еще очень важный постулат современной ме-

дицины: персонифицированный подход к пациенту.

В последние несколько лет наблюдается настоящая революция в области генетики человека, что оказывает существенное влияние практически на все направления медицины.

Расшифровка генома человека, развитие геномики, транскриптомики, протеомики, метаболомики — наук, изучающих молекулярные, клеточные основы патогенеза, вероятность возникновения многих заболеваний до развития клинической симптоматики диктуют необходимость определения новых мишеней для фармакологической коррекции, конструирования новых эффективных лекарственных средств.

Появившееся недавно направление — трансляционная медицина — помогает устанавливать профессиональный контакт между врачами-клиницистами и научными работниками. Это позволяет транслировать фундаментальные исследования в практику в целях оказания эффективной медицинской помощи. Современная наука делает уверенный шаг к персонифицированной терапии, а это значит, что создание новых лекарств на основе нанотехноло-

гий, внедрение в практику адекватной индивидуальной дозы с установлением особенностей фармакокинетики принимаемых лекарственных препаратов для каждого пациента и есть способы оптимизации лечения с помощью индивидуального подхода.

Наука движется огромными шагами вперед, поэтому очень важно, чтобы практические врачи разных профилей, в том числе и педиатры, могли пользоваться современными научными данными, ведь цель у врача — повышение эффективности терапевтического вмешательства.

Педиатр должен понимать неоспоримую роль профилактического направления в медицине. На сегодняшний день одна из важнейших составляющих профилактической медицины — доклинический скрининг, т.е. определение скрытых, латентных белковых «предвестников» заболевания, а также оценка эффективности применяемых методов терапии для составления прогноза развития заболевания. Терапевтический лекарственный мониторинг в повседневной практике педиатра — одна из актуальнейших задач современной медицины. Ведь убедительно доказано, что один и тот же препарат, вводимый в одинаковой дозе разным

пациентам, имеет разную концентрацию в крови — может быть выше или ниже терапевтического уровня. Это зависит от многих параметров индивидуального функционирования систем, осуществляющих метаболизм лекарств.

***Под Вашим руководством защищено более 15 кандидатских диссертаций. Среди Ваших учеников педиатры, работающие в первичном звене здравоохранения, стационарах детских больниц, родильных домов, продолжающие заниматься исследовательской работой сотрудники кафедр медицинской академии. Какова сфера Ваших научных интересов?***

В «Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года» описаны современные подходы к реализации научной платформы «Педиатрия». Амурская государственная медицинская академия входит в Дальневосточный научный кластер, где осуществляется тесное сотрудничество между медицинскими вузами, территориально близко расположенными, а значит, имеющими во многом сходные научные задачи, опирающиеся на особенности региона (географические,

климатические, социальные). Многоцентровой подход в научных исследованиях делает результат более достоверным, имеющим наибольшую степень доказательности. Только это позволяет использовать результаты исследования в практическом здравоохранении.

Основными направлениями научной деятельности кафедры в течение ряда лет были «Формирование здоровья и профилактики его нарушений у детей Амурской области» (изучение адаптационных возможностей детского организма, приспособляемости к условиям морского климата детей родителей-переселенцев, приехавших осваивать северные районы Амурской области на «стройку века» — Байкало-Амурскую магистраль), «Адаптация детей в условиях БАМа», «Состояние здоровья новорожденных БАМа», «Особенности течения пневмонии у детей Приамурья», «Физическое развитие детей БАМа». Комплексная тема «Разработка системы лечебно-профилактических мероприятий по снижению заболеваемости органов дыхания и анемий у детей» реализована через защищенные диссертационные работы «Клинико-эпидемиологические особенности респираторной ал-

лергии у детей, проживающих в разных экологических условиях», «Диагностика ранних неонатальных пневмоний у детей с внутриутробным инфицированием, находящихся на искусственной вентиляции легких», «Особенности течения острых бронхолегочных заболеваний у детей первых трех лет жизни из социопатических семей», «Возрастные особенности рецидивирующего бронхита и оценка эффективности его лечения».

### ***А какие задачи Вы решаете сегодня?***

Задачи исследований в настоящее время — оценка здоровья детей и подростков, физического развития с позиции изучения сомато- и психотипов с прогнозом заболеваний в дальнейшем, установление критериев оценки адаптационных возможностей в разные возрастные периоды (в том числе адаптация детей к ДОО), разработка методов корригирующей терапии и профилактики нарушений адаптации у детей, проживающих в йоддефицитном регионе.

### ***Работа в ДОО — особое направление деятельности педиатра. Что важно знать врачу, работающему в детском саду?***

Профилактика — основа работы врача ДОО. Идея пре-

вентивной медицины заложена очень давно. Хочется напомнить высказывание одного из известнейших отечественных клиницистов Матвея Яковлевича Мудрова: «Будущее принадлежит медицине профилактической». В ДОО как раз есть возможность внедрения профилактических программ, каждодневный контакт с родителями позволяет формировать внутрисемейные установки, ориентированные на здоровый образ жизни как ценность.

Невозможно помочь ребенку, когда родители «не слышат» рекомендаций врача. От нас, педиатров, зависит, насколько мы будем убедительны в вопросах о прививках, закаливании, необходимости физических упражнений, правильного питания и т.д. Очень многие благие начинания остаются нереализованными только из-за отсутствия взаимодействия врача с семьей. Поэтому важно помнить о выстраивании комплаентных отношений (когда ребенок и родитель следуют предписанным врачом действиям). К сожалению, приверженность пациентов к длительному выполнению рекомендаций, по данным масштабных исследований, не превышает 50—60%. Конечно, этот показатель зависит

от многих факторов, в том числе от умений врача донести до пациента важность профилактических или лечебных мероприятий, быть убедительным для семьи в целом.

И еще. Время врачей-одиночек, рассчитывающих только на себя и фонендоскоп, уходит. Глубокий междисциплинарный подход к пониманию сути заболеваний лежит в основе взаимодействия педиатра и врачей — специалистов разных профилей. За время учебы в медицинском вузе студенты изучают гораздо больше дисциплин, чем это было раньше, получают широкий круг знаний и сдают выпускной междисциплинарный экзамен.

Врач, работающий в ДОО, должен быть широко эрудированным в вопросах гигиены детей разного возраста, неврологии и нервно-психического развития ребенка, формирования психосоматической патологии, инфекционных, генетических заболеваний, знать профилактику «школьных» болезней, опорно-двигательного аппарата, органов зрения, т.е. знать и уметь осуществлять профилактику заболеваний, которые являются весьма распространенными в дошкольном и школьном периоде.

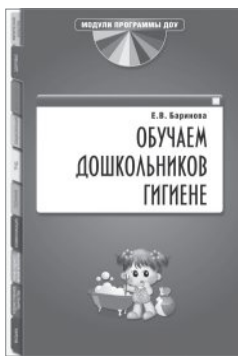
Только душевное отношение педиатра к своей работе позволит сформировать у родителей наших маленьких пациентов ответственное отношение к здоровью своего ребенка. Родители, как правило, очень хорошо понимают, заинтересован ли врач в результате своей работы или действует «для галочки». Отечественных педиатров всегда отличало бережное и внимательное отношение к своим пациентам. Наша педиатрическая школа известна своей профилактической направленностью, заботой не только о больном, но и о здоровом ребенке. Эта уникальная особенность была признана мировой медицинской общественностью еще в конце 70-х гг. XX в. Организация системы охраны материнства и детства в нашей стране, принципы медико-санитарной помощи были выделены как образец для подражания странам — членам Всемирной организации здравоохранения. Молодым докторам очень важно строить отношения с пациентами с позиций правового поля, помнить о трудных жизненных ситуациях, в которых могут оказаться дети, прежде всего из социально неблагополучных, необеспеченных семей. Современный этап развития государства,

общества требует неукоснительного соблюдения прав ребенка на охрану здоровья, лечебно-профилактическую, медико-социальную, медико-психологическую и медико-педагогическую помощь.

***Какими качествами, по Вашему мнению, должен обладать педиатр?***

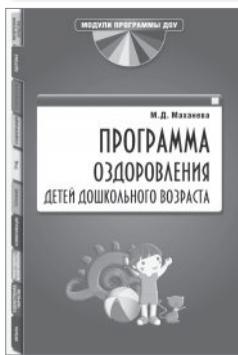
Еще Гиппократ сказал: «Медицина поистине есть самое благородное из всех искусств». В обществе во все времена существовало уважение к людям в белых халатах. А уж детский врач — профессия для тех, кто выбирает эту стезю по велению сердца, кто имеет особый склад души, позволяющий тонко чувствовать маленьких пациентов, умеет быть терпеливым и настойчивым одновременно, добрым и отзывчивым, понимающим порой без слов, внимательным и наблюдательным. Быть педиатром — значит разбираться в психологии, быть гибким человеком, но когда требует ситуация — непреклонным и строгим. Я желаю молодым докторам воспитывать в себе эти качества, прислушиваться к себе и становиться детским врачом только в том случае, если вы готовы принять педиатрию как образ жизни.

*Беседовала Л.В. Макарова*

**Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги по оздоровительной работе с дошкольниками****ОБУЧАЕМ ДОШКОЛЬНИКОВ  
ГИГИЕНЕ**

Автор — *Баринова Е.В.*

В книге представлены подробно развернутые сценарии занятий по правилам поведения в детском саду и в школе личной гигиене. Это авторское пособие для работы с детьми дошкольного возраста. Помимо основных тем в пособии отражены темы добра и зла, вежливости и доброты, речевого этикета, дружбы, семьи, безопасности жизнедеятельности.

**ПРОГРАММА ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ  
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Автор — *Маханева М.Д.*

В данном методическом пособии представлена программа оздоровления детей дошкольного возраста, раскрыты основные средства физического воспитания, динамика формирования интегративного качества личности ребенка «Физически развитый, овладевший основными культурно-гигиеническими навыками». В приложении представлен проект «С физкультурой дружить — здоровым быть».

**ФИЗКУЛЬТУРНЫЕ СЮЖЕТНЫЕ  
ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ 3-4 ЛЕТ**

Автор — *Анферова В.И.*

В пособии представлены конспекты занятий по физкультуре на весь учебный год для детей второй младшей группы. Данное пособие поможет научить детей 3-4 лет свободно двигаться и ориентироваться в пространстве, приобретать двигательные навыки, раскрывать природные способности.

Предназначено инструкторам по физической культуре, воспитателям детских садов.

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

**E-mail:** [sfera@tc-sfera.ru](mailto:sfera@tc-sfera.ru)

**Сайты:** [www.tc-sfera.ru](http://www.tc-sfera.ru), [www.apcards.ru](http://www.apcards.ru), [www.sfera-podpiska.ru](http://www.sfera-podpiska.ru)

## Релаксационные занятия в период адаптации

**Москвитина О.Н.,**

*педагог-психолог МАОУ для детей дошкольного  
и младшего школьного возраста, прогимназия,  
г. Благовещенск Амурской обл.*

В нашем учреждении соблюдается преемственность между детским садом и начальной школой, ведется психологическое сопровождение детей, переходящих из дошкольных групп в классы. Основные организационные задачи — создавать условия для социально-психологической адаптации к школе, социально-нравственного развития, повышать уровень психологической готовности и раскрывать индивидуально-личностные возможности. Мы наблюдаем первоклассников на уроках, во внеурочной и игровой деятельности. В ноябре проводим диагностику адаптации и мотивации, выявляем детей со сложностями адаптации, включаем их в групповую работу, используем игры коммуникативной направленности, организуем тренинги, во время которых дети учатся понимать свое эмоциональное состояние и делиться чувствами с другими.

В первые недели обучения первоклассники испытывают существенные трудности: работают в интенсивном режиме и подвергаются серьезным стрессовым воздействиям. Дети находятся в учреждении полный день. В первой половине проходят уроки, после обеда — дополнительные образовательные занятия, самоподготовка.

Для более успешной адаптации первоклассников к школьной жизни в прогимназии ввели в расписание релаксационные паузы. Это облегчает учебную нагрузку, позволяет снять напряжение, восстановиться и настроиться на дальнейшую активную деятельность. Часовые релаксационные занятия проходят в обеденное время, как и в детском саду.





Занятие начинается с выполнения расслабляющих упражнений на снятие мышечного, эмоционального напряжения (фото 1). Это техника глубокого дыхания, элементы йоги, динамические упражнения, упражнения на расслабление непроизвольное (сначала максимально нагнетается возможное напряжение мышц, а затем тело просто «отпускается», в итоге непроизвольно достигается максимальное расслабление) и произвольное (по сознательной установке на расслабление). Дети делают

точечный массаж лица, разминают ушные раковины, под музыку выполняют релаксационные упражнения: «Порхание бабочки», «Цветок», «Необычная радуга», «Полет высоко в небо», «Отдых на море», «Тихое озеро», «Дождь в лесу», «Подснежник», «Водопад», «Достань звезду».

Затем они погружаются в сон, который длится 35—40 мин (фото 2), а после пробуждения выполняют самомассаж для активизации мыслительной деятельности и психофизиологи-



Фото 1. Расслабляющие упражнения



*Фото 2. Сон после релаксационных упражнений*

ческие упражнения из учебной кинезиологии, предназначенные для настройки на активную деятельность, успешное усвоение новой информации и для снятия психоэмоциональных стрессов.

Положительная динамика проявляется в более быстром прохождении этапа адаптации: у детей исчезает беспокойство, возникают уверенность, внутренняя мотивация к обучению в школе, создается положительный эмоциональный фон взаимоотношений со сверстниками

и педагогами, снижается агрессивность, повышается работоспособность.

Данный опыт позволяет рекомендовать воспитателям использовать упражнения на активизацию межполушарных связей перед занятиями в ДОО, а при снижении работоспособности использовать релаксационные паузы с включением дыхательных упражнений, самомассажа и расслабляющих упражнений, помогающих снять напряжение, тревогу и восстановиться.

## Питание и здоровье

### Исследовательско-творческий проект

**Верихова Н.А.,**  
*педагог-психолог;*

**Маркова Ю.П.,**  
*социальный педагог;*

**Гучинская А.Г.,**  
*педагог психолог МАДОУ д/с № 14,  
г. Благовещенск Амурской обл.*

Семья — особого рода коллектив, играющий в воспитании основную роль. В Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации» особо подчеркнуто, что главными воспитателями детей выступают родители. Именно в семье должны закладываться основы и культура правильного питания.

В дошкольном возрасте важно целенаправленно формировать устойчивые мотивации к здоровому образу жизни. В нашем детском саду все группы имеют оздоровительную направленность, поскольку они включают часто болеющих детей и другие категории дошкольников, нуждающихся в длительном лечении и необходимых лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятиях. Поэтому тема здорового питания особенно актуальна.

Сегодня процветает фастфуд, агрессивная реклама данных продуктов. В результате у детей формируется искаженный взгляд на питание. Семейные традиции зачастую также не позволяют формировать правильные стереотипы. Поскольку привычки детей часто закрепляются, существует большая вероятность, что в последующем характер их питания не будет способствовать сохранению их здоровья. Именно в дошкольном возрасте важно целенаправленно формировать устойчивую мотивацию к здоровому образу жизни.

На базе нашего детского сада с февраля 2015 г. реализуется исследовательско-творческий проект «Питание и здоровье» (см. фото). Партнер проекта — ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Минздрава России».

*Участники:* дошкольники всех возрастных групп.

*Состав проектной группы:* медицинская сестра, воспитатели, социальный педагог, педагог-психолог, инструктор по физкультуре, родители воспитанников.

*Тип проекта:* исследовательско-творческий, групповой, долгосрочный.

*Проблема:* осознание воспитанниками значения правильного питания для здоровья человека.

*Цель:* объяснение значения правильного питания для здоровья человека.

*Задачи:*

- знакомить с основными продуктами питания;
- развивать творческие способности, познавательную деятельность;
- формировать представления о правильном питании;
- расширять знания и представления о правилах питания, направленных на сохранение и укрепление здоровья;



*Фото.* Занятие по теме «Питание и здоровье»

- просвещать родителей и приобщать их к организации здорового питания дошкольников.

*Актуальность проекта:* необходимость расширения знаний и представлений у дошкольников о правильном питании.

*Ожидаемые результаты:*

- формирование знаний о правильном питании, полезных и вредных для здоровья продуктах;
- повышение интереса родителей к правильному питанию и здоровому образу жизни детей.

На начальном этапе реализации проекта было проведено общее родительское собрание, посвященное значению и культуре питания как определяющего фактора здоровья ребенка, программированию заболеваний, связанных с неправильным питанием, а также влиянию витамина D на состояние здоровья дошкольников (кафедра педиатрии,

д-р мед. наук, профессор Е.Б. Романцова, ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия»), презентации проекта «Здоровое питание».

В декабре 2015 г. воспитатели младших групп организовали фотовыставки «Едим дома». Родители с большим желанием откликнулись на просьбу воспитателей участвовать в проекте.

В рамках работы по просвещению родительской общности валео-педагогическая служба детского сада выпустила газету «Здоровячок», в которой освещались этапы реализации проекта, давались рекомендации повара, рецепты вкусных и полезных блюд.

В апреле планируется «Ярмарка здоровья».

Было проведено анкетирование родителей «Здоровье семьи», по результатам которого выявлено, что они считают данный проект своевременным и актуальным.

МУДРЫЕ ВЫСКАЗЫВАНИЯ

МУДРЫЕ ВЫСКАЗЫВАНИЯ

- «Мы живем не для того, чтобы есть, а едим для того, чтобы жить».

*Сократ*

- «Только живая свежая пища может сделать человека способным воспринимать и понимать истину».

*Пифагор*

- «В еде не будь до всякой пищи падок, знай точно время, место и порядок».

*Авиценна*

## **Физиолого-гигиенические принципы и методы закаливания дошкольников в климатических условиях Амурской области**

**Коршунова Н.В.,**

*д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей гигиены  
ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская  
академия Минздрава России», г. Благовещенск Амурской обл.*

Закаливание — система медицинских, педагогических и социальных мероприятий, целенаправленное использование которых позволяет повысить устойчивость организма к неблагоприятным факторам внешней среды. Большинство экологических факторов Амурской области обладает экстремальной выраженностью воздействия на организм.

К их числу можно отнести:

- холодный дискомфортный климат;
- значительный диапазон колебания температур;
- длительный период зимы;
- короткое лето.

В связи с этим закаливание играет большую роль в обеспечении первичной профилактики, сохранении и развитии здоровья детского населения. В связи с суровыми климатическими усло-

виями Амурской области повышаются требования к выполнению основных правил закаливания детей: постепенного начала, систематичности и непрерывности, оценки индивидуальных реакций на каждом этапе закаливания. Возможности же использования природных факторов, испокон веков применяемых при закаливании детей в умеренно климатических зонах, в Амурской области весьма ограничены. В связи с этим методической основой закаливания становится дозированное использование искусственно создаваемых внешнесредовых ситуаций (низких температур, ультрафиолетового облучения) и естественных природных факторов.

К первой группе мероприятий относится:

- воздушные мероприятия внутри помещения;

- общие водные процедуры;
- локальные водные процедуры;
- групповое ультрафиолетовое облучение;
- индивидуальное ультрафиолетовое облучение.

Во вторую группу мероприятий входят:

- воздушные процедуры вне помещения (активные — прогулки, пассивные — сон);
- солнечные ванны.

Для оценки эффективности закаливания проводилось комплексное обследование четырех групп здоровых детей, находящихся на дифференцированных режимах закаливания:

— 1-я группа — сочетание мероприятий по повышению тренированности к холодовому воздействию с режимом повышенной двигательной активности;

— 2-я группа — мероприятия по повышению тренированности к холодовому воздействию при обычном двигательном режиме;

— 3-я группа — занятия спортом (плаванием) при высоких двигательных нагрузках и длительном воздействии относительно низких температур;

— 4-я группа — отсутствие регулярного закаливания, обычный двигательный режим.

Было выявлено, что эффективность закаливания существенно повышается, когда оно сочетает-

ся с рациональным увеличением двигательной активности. По результатам проведенных обследований отмечено, что закаливание способствует правильному обмену веществ и благоприятно отражается на физическом развитии даже в период интенсивного воздействия таких неблагоприятных факторов, как длинные зимние ночи. Однотипные результаты были получены также при изучении функциональных возможностей детского организма.

У детей, проживающих в Амурской области, адаптация к экстремальным условиям Севера идет двумя путями: усиление теплопродукции (адаптация к холоду) и повышение утилизации кислорода (адаптация к гипоксии). У дошкольников с низким уровнем закаливания и тренированности приспособительные реакции менее выражены, резервные возможности снижены. У детей с расширенным комплексом закаливания и высоким уровнем тренированности отмечены признаки надежности системы, функционирующие в напряженном режиме: увеличение легочной вентиляции при закаливании идет за счет нарастания глубины дыхания с увеличением дыхательных объемов. При регулярном закаливании с рациональным двигательным режимом отмечены признаки экономизации



сердечно-сосудистой системы. Минутный объем сердца был достоверно выше в группах детей, проходящих активное регулярное закаливание.

Закаливание детей в Амурской области должно проводиться комплексно с использованием повышения как общего уровня тренированности организма, так и его тренированности по отношению к низким температурам, колебаниям атмосферного давления, качественного состава воздуха и т.д. Этим требованиям отвечают следующие закаливающие мероприятия:

- прогулки вне помещения: для детей до 1 года — сон на свежем воздухе; для детей 1—7 лет — подвижные игры с элементами соревнования, спортивные игры (мини-футбол, хоккей на траве, хоккей на льду), лыжные прогулки, бег на коньках;
- обеспечение одеждой, соответствующей погоде, но не стесняющей движения; свободное дыхание через нос;
- в период низких температур использование для прогулки прогулочных комнат (в домашних условиях) или прогулочных веранд (в дошкольных учреждениях);
- регулярное проветривание спальных помещений перед сном;

- воздушные ванны, массаж и гимнастика для детей с полуторамесячного возраста (в домашних условиях);
- общие водные процедуры, включая ежедневное мытье ног, контрастный метод их обливания, полоскание горла с постепенным снижением температуры воды.

Методическую основу закаливания составляют искусственно создаваемые и дозированные внешние влияния на детский организм. Дозирование обеспечивается изменением параметров интенсивности и экспозиции воздействия раздражителей.

Физиологическая сущность закаливания состоит в том, что эта процедура представляет собой дозированную модель природных стихий, требующих преодоления, полезного физиологического напряжения. Результаты такого воздействия — стимулирование защитных приспособительных реакций всех систем организма, активная выработка новых условных рефлексов на закаливающий раздражитель.

Рефлекторный механизм закаливания объясняет тот факт, что закаленность организма строго специфична. Изменение характера (или вида) закаливающего фактора или состояния организма (острое заболевание) приводит к утрате закаленности.

Этим же объясняется то, что нельзя закалиться однажды на всю жизнь.

В формировании защитных реакций организма на воздействие физических факторов также принимает участие гуморальный и клеточные механизмы. Внешние раздражения (термические, механические) воспринимаются нервными окончаниями в коже, передаются в ЦНС, где формируются ответные реакции сосудодвигательного, трофического и другого характера, передающиеся в соответствующие органы и системы.

В результате изменяется кровенаполнение сосудов кожи, внутренних органов. С нейрогуморальными сдвигами связаны изменение трофики тканей, улучшение обменных процессов, повышение сопротивляемости организма.

Итак, следует учитывать воздействие закаливающегося раздражителя на нервную систему. У детей ЦНС еще не сформирована. Показателями слабости нервных процессов считаются быстрое разрушение условных связей, пониженный уровень возбудимости, слабая сосредоточенность внимания. Во время закаливающих мероприятий тренируются и, главное, изменяются пороги возбудимости рецепторов. Так сильный раздражитель

становится индифферентным, не способным навредить здоровью ребенка.

Начальные стадии закаливания сопровождаются усилением деятельности органов кровообращения и дыхания, что проявляется увеличением числа сердечных сокращений и усилением легочной вентиляции. Закаливающие процедуры воздействуют на эндокринную систему, усиливая деятельность гипофиза, надпочечников и щитовидной железы. Гормоны выступают в роли активаторов молекулярных сдвигов в ЦНС, изменяют обмен нуклеиновых кислот, активность ферментов, способствуют более активной миелинизации нервных волокон, тренировке подвижности нервных процессов.

Наиболее важна тренировка симпатико-адреналовой системы, способствующая повышению сопротивляемости организма, улучшению барьерных свойств кожных покровов. Это особенно значимо для детей, страдающих аллергией. Проявления аллергии — повышение проницаемости капилляров и склонность к экссудации. Потовые железы имеют симпатическую и парасимпатическую иннервацию. Возбуждение симпатической нервной системы тормозит секрецию потовых

желез. Раздражение тепловых, холодовых и механических рецепторов кожи приводит к изменению морфологической структуры сосудистой стенки, поскольку образуется более прочная фиброзная ткань. Таким образом повышается барьерная функция как соединительнотканного, так и эпидермального слоя кожи. Поэтому для лечения аллергических проявлений у детей необходимо понимать механизмы закаливания.

Специфическая роль закаливания состоит в выработке быстрой и адекватной реакции терморегуляторного аппарата и его сосудистого звена на воздействие, прежде всего низких температур. Это важное условие предупреждения переохлаждения организма, которое расценивается как одна из существенных причин возникновения острых респираторных заболеваний.

Охлаждение любого участка поверхности тела рефлекторно вызывает реакцию сосудов верхних дыхательных путей, за счет чего могут возникнуть функциональные и трофические изменения слизистых оболочек. При переохлаждении активируется микрофлора носоглотки, снижается барьерная функция слизистой оболочки носа и глоточного кольца. Организм становится беззащитным перед аутомикро-

флорой, а также бактериальным и вирусным загрязнением воздушной среды.

Закаливающие процедуры вызывают местную и генерализованную сосудистые реакции, характеризующиеся изменением температуры кожи туловища и конечностей: температура кожи туловища снижается, а дистальных отделов конечностей повышается. Происходит выравнивание термотопографии: температурный градиент кожи «стопа — грудь» снижается. У незакаленных детей снижение этого градиента кожи отмечается в условиях перегрева, а увеличение — при переохлаждении. Характер термотопографии отражает степень напряжения терморегуляции.

Закаляя ребенка, подвергая его действию различных раздражителей, мы укрепляем аппараты терморегуляции. Однако функции физической терморегуляции в детском и подростковом возрасте не достигают уровня взрослого организма. В первые месяцы жизни детям свойственна высокая термолабильность, они сохраняют нормальную температуру тела лишь при незначительных колебаниях окружающей среды, легко перегреваются и переохлаждаются. У грудных детей терморегуляция осуществляется главным образом посредством

изменения химической терморегуляции. Физическая терморегуляция развита слабо вследствие незаконченности формирования экстерорецепторов, проводящих путей и других компонентов рефлекторной дуги, обеспечивающих ответные реакции дыхательной, кровеносной и эндокринной систем.

Внешние раздражители, адекватные по своей силе, уровню развития системы терморегуляции ребенка, способствуют дальнейшему ее совершенствованию, улучшению восприятия раздражения и ускорения ответной реакции. На этой физиологической закономерности основываются принципы закаливания детей в сложных климатических условиях Амурской области.

### **Принципы закаливания детей**

- Учет индивидуальных особенностей организма ребенка при выборе средств и способов закаливания: состояния здоровья, возраста, климатических условий, развития подкожно-жировой клетчатки, типа нервной системы, степени закаленности ребенка.

Можно выделить три группы детей по этим показателям:

- здоровые, закаленные;
- имеющие функциональные отклонения в состоянии здо-

ровья, и здоровые, но незакаленные;

— страдающие хроническими заболеваниями и реконвалесцентные после длительных заболеваний.

Закаливание детей первой группы можно начинать с индифферентных раздражителей. Для воздушных ванн это комфортные показатели температуры воздуха, для местных и общих водных процедур — температура кожи в состоянии теплового комфорта.

При назначении закаливающих процедур детям второй и третьей групп начальная и конечная температура воздействующих факторов должна быть на 2—4 °С выше, а темп ее снижения более медленный. Этой же тактики следует придерживаться в случае заболевания ребенка в период реконвалесценции.

Исследованиями В.П. Спириной установлено, что закаливание детей с сильным уравновешенным типом нервной системы полезно проводить более быстрыми темпами, чем детей, в поведении которых обнаруживается слабость нервных процессов (им нужны более щадящие виды процедур).

Изменяя продолжительность холодового раздражения, можно увеличивать энерготраты ребенка. Это важно для детей, склонных к перееданию и страдающих

с ожирением. Как известно, кратковременные холодовые воздействия тонизируют теплоотдачу, а продолжительные затрагивают глубинные процессы обмена, т.е. теплопродукцию.

- Постепенность увеличения силы раздражителя: недопустимо в начале закаливания почти мгновенное и глубокое снижение температуры, а также быстрое повышение ее продолжительности.

Дозирование закаливающих процедур предусматривает пять вариантов:

- начало закаливания — с участков тела, менее чувствительных к холоду (например, с рук). Постепенно можно переходить к участкам тела, не подвергавшимся холодовому воздействию, и поэтому более чувствительным. Наиболее чувствительна к холоду спина;
- изменение площади поверхности тела, подвергающейся действию закаливающего фактора. Чаще всего начинают воздействие с дистальных участков конечностей, постепенно увеличивая площадь поверхности тела;
- переход от менее интенсивных процедур к более интенсивным: от воздушных — к водным, от обтирания — к обливанию водой;

- увеличение интенсивности закаливающего фактора: понижение или повышение температуры, увеличение скорости движения воздуха, силы ультрафиолетового облучения;
- увеличение времени действия закаливающего раздражителя.

Итак, интенсивность закаливания должна возрастать постепенно. Необходимо соблюдать одно условие: каждая последующая нагрузка должна вызывать ответную реакцию организма — вегетативные сдвиги (учащение пульса, увеличение глубины и частоты дыхания). Отсутствие этих сдвигов свидетельствует о недостаточной силе воздействующего раздражителя.

- Чтобы адаптация организма к раздражителю была физиологичной, требуется соблюдать принцип систематичности и непрерывности, т.е. регулярно повторять закаливающие воздействия.

Регуляторные закаливающие воздействия формируют на базе безусловного рефлекса условно-рефлекторную пульсацию кожных сосудов, что обеспечивает большую устойчивость кожных поверхностей к длительному влиянию холода, а регуляция теплоотдачи способствует поддержанию температуры внутренней среды на постоянном уровне. При пре-

крашении закаливающих воздействий условные рефлексы угасают. Тренирующий эффект достигается за несколько месяцев (в среднем за 2—3 летних месяца), а исчезает значительно быстрее (за 2—3 недели), у дошкольников — через 5—7 дней.

Обеспечить систематическое закаливание в течение всего года легче, когда оно прочно войдет в режим дня ребенка. Его нельзя отменять даже в случае легких заболеваний детей. Следует уменьшать нагрузку или интенсивность закаливающего раздражителя.

- Специфичность процессов адаптации, т.е. приспособление организма к раздражителю, обуславливает необходимость соблюдать принцип разнообразия или комплексности средств закаливания. Некоторые авторы называют это принципом многофакторности, поскольку предполагается использование нескольких физических раздражителей: холода и механического воздействия движения воздуха или воды; солнечной энергии и воды. Однако под разнообразием средств закаливания подразумеваются также разновидности действия одного и того же фактора. Например, полоскание водой горла (местное закаливание) и обливание водой стоп приводит рефлекторно к снижению чув-

ствительности носоглотки к холоду.

- Полиградационность, т.е. необходимость тренировок к сильным и слабым, быстрым и замедленным, а также средним по силе и времени охлаждениям.

Так, при повторении резких перепадов температуры устойчивость организма вырабатывается только к быстрым температурным сдвигам во внешней среде, а тренировка к замедленным охлаждениям — лишь к постепенному снижению температуры. Необходимо добиваться готовности детского организма реагировать на разные по диапазону перепады температур, ведь простудные явления у некоторых детей часто вызываются не резким холодным раздражением, а лишь неожиданными колебаниями, к которым организм не успел приспособиться.

Отмечают также феномен односторонней адаптации, суть которой заключается в следующем: если закалять верхнюю часть туловища, то устойчивым к охлаждению становится только торс, но не нижние конечности и стопы. В этом случае толерантность к холоду на стопах не только не повышается, но, наоборот, ослабевает. Поэтому целесообразно сочетать местные и общие закаливающие процедуры, когда достигается оптимальная устой-

чивость организма ребенка к холодовому воздействию.

При проведении холодовой закаливающей процедуры ответную реакцию организма следует оценивать по игре вазомоторов кожных покровов, по которой можно судить о силе раздражителя. Реакция имеет три фазы.

Первая фаза — защитная, длится недолго, характеризуется кратковременным сужением кровеносных сосудов. Кожа бледнеет, покрывается мелкими бугорками — «гусиная». Появляется ощущение озноба, так как кровь отливает к внутренним органам.

Вторая фаза проявляется расширением сосудов, сопровождается покраснением кожи и ее согреванием. Из внутренних органов кровь устремляется к коже, что вызывает ощущение тепла и освежающей бодрости.

В третьей фазе происходит сужение артериол при расширенных капиллярах и венах. Кожа становится холодной, синюшно-красной, что свидетельствует о чрезмерности холодового раздражителя и может привести к переохлаждению организма ребенка.

Начинают закаливание с воздушных ванн. На кожу ребенка действуют температура, влажность и скорость движения воздуха. Поэтому процедуру проводят в чистом, хорошо про-

ветриваемом помещении при оптимальной температуре воздуха. Воздушные ванны в зависимости от температуры воздуха и тепловых ощущений делятся на холодные ( $+14^{\circ}\text{C}$  и ниже), прохладные ( $+18$ — $20^{\circ}\text{C}$ ), теплые ( $+21$ — $30^{\circ}\text{C}$ ) и горячие ( $+31^{\circ}\text{C}$  и выше).

Данный вид закаливания применяется фактически с момента рождения ребенка и может проводиться в повседневной жизни без четкой дозировки. Это происходит обычно при смене одежды, прогулках на свежем воздухе, во время занятий физической культурой или подвижных игр, когда дети находятся в облегченной одежде. Воздушные ванны могут проводиться и как специально организованные дозированные виды закаливания. Одним из обязательных условий закаливания детей служит тепловой комфорт, когда микроклимат помещения поддерживается в пределах гигиенически обоснованных нормативов. Они дифференцированы в зависимости от возраста детей, строительной климатической зоны и функционального назначения помещения. Например, для детей ясельного возраста (до 3 лет) температура в игровой комнате в первой климатической зоне (г. Мурманск) должна быть  $+23^{\circ}\text{C}$ , а во второй климатической зоне (Москва) —  $22^{\circ}\text{C}$ .



Воздушные ванны следует сочетать с движением. Постепенно облегчение одежды во время воздушных ванн помогает регулировать силу раздражающего действия воздуха. Одежда должна ограждать ребенка от перегрева летом и от переохлаждения зимой. Чрезмерно теплая одежда, так же как и повышенная температура воздуха, вызывает перегрев организма и рефлекторное усиление теплоотдачи. Шея и волосистая часть головы ребенка становятся влажными от пота, и небольшой сквозняк может вызвать переохлаждение. Прогулка на свежем воздухе при правильной организации — один из важных моментов закаливания. В зимний период дети в зависимости от возраста должны находиться вне помещений по 2—5 ч, летом — по 10—12 ч ежедневно.

Дети до 3 лет выходят на прогулку зимой при температуре воздуха до  $-15^{\circ}\text{C}$ , а 4—7-летние — до  $-27^{\circ}\text{C}$ . При низких температурах время прогулки сокращается. Полезен сон на свежем воздухе в зимнее время года с 2—3-недельного возраста ребенка (сначала 2, а затем 3 раза в день). При температуре воздуха до  $-10^{\circ}\text{C}$  его продолжительность составляет 25—30 мин, постепенно увеличиваясь до 1—1,5 ч.

В теплое время года одежду выбирают в соответствии с температурой воздуха. Предохраняя организм от перегрева, надевают головной убор, дающий тень для глаз. Одежду выбирают светлых тонов.

Воздушные ванны в летнее время часто сочетают с закаливанием солнечными лучами, сначала при облачном небе или в тени, а затем на освещенных участках, но не более 5—6 мин. При появлении признаков перегрева детей уводят в тень, умывают, поят кипяченой водой и предлагают спокойно посидеть. После образования загара пребывание под прямыми солнечными лучами постепенно увеличивается. Прогулка заканчивается уходом в тень на 20—30 мин, затем умыванием или общей водной процедурой.

Закаливание водой — один из самых сильных раздражителей. Теплопроводность воды в 30 раз, а теплоемкость в 4 раза больше, чем у воздуха. В зависимости от температуры воды и тепловых ощущений водные процедуры делятся на холодные (ниже  $+20^{\circ}\text{C}$ ), прохладные ( $+21—33^{\circ}\text{C}$ ), тепловатые ( $+34—35^{\circ}\text{C}$ ), теплые ( $+36—40^{\circ}\text{C}$ ) и горячие ( $+41^{\circ}\text{C}$  и выше).

Водные процедуры бывают общие и местные. К местным относятся умывание (включая

шею и руки до локтя), обмывание стоп, обтирание частей тела, ножные ванны, полоскание горла. Общие процедуры могут проводиться в виде обтирания и обливания всего тела, душа, купания в водоеме или бассейне. Начинают все водные процедуры с температуры воды, близкой к температуре тела (для общих процедур) и температуре кожи нижних конечностей (для местных процедур).

Постепенно изменяются температура воды, время воздействия, а также увеличивается площадь кожных покровов, подвергающаяся действию водных процедур. Затем от местных переходят к общим водным процедурам.

Надо следить, чтобы перед началом водной процедуры ребенку не было холодно, поэтому чаще ее проводят после физической нагрузки. Необходимо наблюдать также за сосудистой реакцией. Если нет покраснения кожи, ее надо вызвать, растерев докрасна кожу сухим полотенцем.

Обливание под душем и купание в водоеме или бассейне сопровождается механическим воздействием струй воды, которые оказывают массирующее действие. Купание в открытом водоеме — один из лучших способов закаливания. На организм

ребенка одновременно действуют воздух, солнце, сопротивление воды и движение. Купание в открытом водоеме разрешается детям с 2 лет. Сначала ребенка окунают в воду (1—2 раза), затем слегка вытирают полотенцем. Далее длительность купаний постепенно увеличивается. Температура воды должна быть не ниже +20 °С при температуре воздуха не ниже +25 °С.

Плавание вызывает у детей ярко выраженные положительные эмоции. По мере повторения правильно подобранных процедур улучшаются сила, подвижность и уравновешенность процессов возбуждения и торможения в ЦНС, а также физическое и нервно-психическое развитие.

Изменение поведения и общего состояния ребенка отмечают по следующим показателям: настроение, самочувствие, аппетит, сон, возникновение утомления.

Ориентируясь на поведение детей, можно индивидуально подбирать закаливающие процедуры, устанавливать их силу и продолжительность.

## Литература

Логвиненко Ю.И. и др. Отдаленные последствия интенсивного закаливания и его влияние на состояние здоровья детей // Сибирское

- медицинское обозрение. 2006. Т. 39. № 2.
- Миниханова Р.Р., Тахаутдинов Р.Р.* Здоровый образ жизни как одно из условий формирования гармоничной личности // Система ценностей современного общества. 2013. № 31.
- Пивоваров Ю.П.* Гигиена и экология человека: Курс лекций. М., 1999.
- Прахин Е.И.* Методические рекомендации по дифференцированным режимам закаливания в условиях Крайнего Севера. М., 1988.
- Струков В.И.* и др. Актуальные проблемы профилактики и лечения часто болеющих детей // Известия высших учебных заведений. Медицинские науки. 2009. № 1.
- Шумская О.О.* Эффективность использования средств закаливания в физическом воспитании детей 4—7 лет с учетом биоклиматического пояса Дальневосточного муссона // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2007. Т. 18. № 44.

## **Оздоровительные приемы в работе с дошкольниками с нарушениями речи**

**Капитонова Т.В., Стадник Ю.В., Ушакова Н.А.,**  
*учителя-логопеды МАДОУ д/с № 14,*  
*г. Благовещенск Амурской обл.*

Использование здоровьесберегающих технологий в детском саду стало важной частью педагогического процесса. Понятие «здоровье» обширно и сложно. В современной медицине его принято определять как такое состояние организма, когда функции всех его органов и систем уравновешены с внеш-

ней средой и отсутствуют какие-либо болезненные изменения. Для дошкольников возможность посещать ДОО, овладение знаниями, умениями и навыками, предусмотренными программой, — показатели нормального функционального состояния их организма, уравновешенности с внешней средой. Контроль за

состоянием здоровья детей — основа всей профилактической, оздоровительной и воспитательной работы в ДОО.

**Основные показатели здоровья детей:**

- уровень физического и нервно-психического развития;
- степень сопротивляемости организма к болезнетворным влияниям;
- состояние основных психических функций организма, наличие или отсутствие хронических заболеваний, отклонений в раннем периоде развития (в течение беременности и родов, в период новорожденности).

К сожалению, в логопедической практике редко встречаются дети, которых можно назвать абсолютно здоровыми. Дошкольники с речевыми недостатками, особенно имеющими органическую природу, как правило, отличаются от своих сверстников по показателям физического и нервно-психического развития. В связи с этим в последние годы среди логопедов получила широкое применение здоровьесберегающая практика.

**Здоровьесберегающие образовательные технологии** — технологии воспитания валеологической культуры (культуры здоровья) детей. Задачи этих

технологий — формировать осознанное отношение ребенка к здоровью и жизни, знания о здоровье, умение оберегать, поддерживать и сохранять его валеологическую компетентность, позволяющую самостоятельно и эффективно решать задачи здорового образа жизни и безопасного поведения.

Логопедическая работа предполагает коррекцию не только речевых расстройств, но и личности в целом. Среди воспитанников с нарушениями речи высок процент тех, у кого имеются проблемы с развитием мелкой и общей моторики, памяти, внимания, а зачастую и мышления. Соответственно возникает необходимость проведения комплексной оздоровительно-коррекционной работы с данными детьми, которая включает в себя мышечную релаксацию, дыхательную, артикуляционную и пальчиковую гимнастики, упражнения для развития высших психических функций (внимания, памяти, мышления), физкультминутки, элементы логоритмики.

Для восстановления силы и снятия эмоционального возбуждения во время занятий детей проводится **мышечная релаксация** (фото 1).

Релаксация — комплекс расслабляющих упражнений, сни-

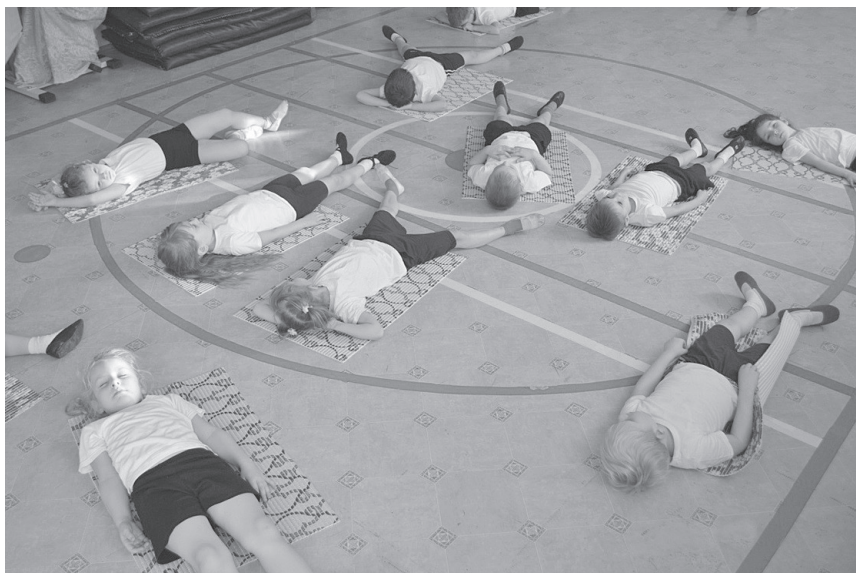


Фото 1. Мышечная релаксация

мающих напряжение мышц рук и ног, шеи и речевого аппарата.

У большинства детей с речевыми недостатками отмечаются нарушение равновесия между процессами возбуждения и торможения, повышенная эмоциональность, двигательное беспокойство. Любые, даже незначительные стрессовые ситуации перегружают их слабую нервную систему. Мышечная и эмоциональная раскованность — необходимое условие для становления естественной речи и правильных телодвижений. Детям нужно дать почувствовать, что мышечное упражнение по их воле может сменяться при-

ятным расслаблением и спокойствием.

Правильной речи способствует плавный длительный выдох, четкая ненапряженная артикуляция, а у детей с речевыми недостатками эти характеристики обычно нарушаются: дыхание становится поверхностным, аритмичным.

**Дыхательная гимнастика** на логопедических занятиях — уникальный оздоровительный метод, позволяющий насытить кислородом кору головного мозга и улучшить работу всех центров (фото 2).

Учитывая, что в симптоматике у подопечных логопеда синдром



Фото 2. Дыхательное упражнение «Мыльные пузыри»

нарушения физиологического и речевого дыхания, работа с такими детьми носит комплексный характер. Для этого используются статические и динамические дыхательные упражнения, направленные на выработку умения дышать носом, на развитие ротового выдоха, умения дифференцировать носовой и ротовой выдох, рационально использовать выдох в момент произнесения звуков, слогов, слов, фраз.

**Артикуляционная гимнастика** — выработка полноценных движений и определенных положений артикуляционных органов, необходимых для пра-

вильного произношения звуков, и объединение простых движений в сложные. Главная задача — достижение точности, силы, темпа, переключаемости движений.

Артикуляционная гимнастика включает упражнения для тренировки подвижности и переключаемости органов, отработки определенных положений губ, языка, правильного произношения всех звуков, а также для каждого звука той или иной группы.

Один из оздоровительных приемов коррекционной работы с детьми — **пальчиковая гим-**



**настика** (фото 3), влияющая на тонус речевого аппарата.

С этой целью на занятиях используются игры и упражнения на формирование движений пальцев рук (пальчиковые игры с мелкими предметами, со скороговорками, стихами, пальчиковая гимнастика, самомассаж кистей и пальцев рук с использованием «сухого бассейна», пальчиковая азбука, пальчиковый театр).

Высокой эффективностью, безопасностью и простотой обладает **су-джок терапия** (от корейского су — кисть, джок — стопа).

Использование су-джок-массажеров одновременно с упражнениями по коррекции звукопроизношения и развитию лексико-грамматических категорий способствует повышению физической и умственной работоспособности, создает базу для быстрого перехода на более высокий уровень двигательной активности мышц и возможность для оптимальной целенаправленной речевой работы с ребенком. Они применяются и для автоматизации поставленных звуков.

При утомлении, снижении работоспособности, потере ин-



Фото 3. Пальчиковая гимнастика



тереса и внимания в структуру занятия включаются **физкультминутки** — необходимое условие для поддержания высокой работоспособности и сохранения здоровья воспитанников.

На логопедических занятиях проводится **работа по развитию мышления, памяти, внимания**. Зачастую дети с речевыми нарушениями имеют ряд психолого-педагогических особенностей, затрудняющих их социальную адаптацию и требующих целенаправленной коррекции.

**Логопедическая ритмика** — составная часть комплексного метода преодоления речевых нарушений у дошкольников, средство перевоспитания речи через тренировку и развитие необходимых качеств общей и речевой моторики.

Занятия по логоритмике укрепляют костно-мышечный аппарат, развивают дыхание, моторные функции, формируют правильную осанку, походку, грацию движений, двигательные навыки и умения, развивают ловкость, силу, выносливость, координацию движений, организаторские способности.

В коррекционные занятия с элементами логоритмики включаются дыхательная, пальчиковая и артикуляционная гимна-

стики, движения под музыку, слушание музыки, рисование в воздухе и на бумаге, использование игровых ситуаций и драматизации, физкультминутки, выполнение заданий типа «дорисуй», «раскрась», «помоги».

Такие приемы не создают стрессовых ситуаций в процессе обучения и не приносят ущерба здоровью. Дети без напряжения и с интересом выполняют подобные задания.

Рассмотрев множество здоровьесберегающих приемов и методов и проанализировав их применение в практической деятельности, можно сделать вывод, что их использование в коррекционной работе с дошкольниками дает положительные результаты, а именно: снижение уровня заболеваемости, повышение работоспособности, выносливости, развитие психических процессов, улучшение зрения, формирование двигательных умений и навыков, правильной осанки, развитие общей и мелкой моторики, повышение речевой активности, увеличение уровня социальной адаптации.

Таким образом, применение элементов педагогики оздоровления способствует личностному, интеллектуальному и речевому развитию ребенка.

## Влияние экспериментальной деятельности на формирование культуры здорового образа жизни у дошкольников

**Ерихова Т.В.,**  
*воспитатель МАДОУ д/с № 14,  
г. Благовещенск Амурской обл.*

Здоровье — бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества. В настоящее время перед ДОО стоит задача чрезвычайной важности: воспитать ребенка как сознательного члена общества, здорового, инициативного, думающего, способного на творческий подход к любому делу. Поэтому на базе нашего детского сада осуществляется программа дополнительного образования для старших дошкольников по теме «Удивительное рядом».

*Цель программы:* создание условий для формирования интереса к здоровому образу жизни через познавательно-экспериментальную деятельность.

*Задачи:*

— выявлять уровень представлений у детей о росте и развитии растений и животных,

строении организма человека;

- разрабатывать цикл занятий по экспериментальной деятельности для формирования представления о здоровом образе жизни (ЗОЖ);
- формировать представление о ЗОЖ в ходе экспериментальной деятельности.

*Методы обеспечения:*

- наблюдения и плановые эксперименты, эксперименты как поиск ответов на детские вопросы;
- беседы, направленные на формирование представления о здоровье и ЗОЖ.

Экспериментальная деятельность включает в себя занятия по блокам, на которых дети узнают что-то новое и закрепляют свои знания в повседневной деятельности.



Фото 1. Опыты с водой

*Первый блок «Изучение свойств песка»*

- Опыт «Влажный песок». Дети узнают, что после игр в песочнице необходимо вымыть руки.
- Опыт «Ветер и песок». Дети понимают, зачем нужно защищать глаза во время ветра.

*Второй блок «Экспериментирование с водой» (фото 1)*

- Опыт «Вода разной температуры», формирующий представление детей о том, как регулируется температура воды и что при контакте с водой можно получить ожоги и обморожения. Также в этом блоке из практических опытов дошкольники узна-

ют о закаливании водой, учатся навыкам закаливания с помощью специальных водных процедур.

*Третий блок «Эксперименты с воздухом»*

- Опыт «Поиск воздуха» дает возможность с помощью разных предметов увидеть и доказать, что воздух окружает нас (человек вдыхает и выдыхает его составляющие). Дети знакомятся с тем, как загрязняется воздух.

В этом блоке экспериментов проводятся практические занятия с элементами дыхательных упражнений. Дети учатся правильно дышать — вдох через нос, выдох ртом.

*Четвертый блок «Наблюдения за растениями»*

В опытах для растений создаются разные условия. Наблюдая, дети понимают, как ведут себя растения в комфортных условиях и без них. Именно так формируется представление о значении для жизни света, тепла и воды.

*Пятый блок «Человек»*

• Опыт «Разные звуки» знакомит детей с функцией ушей, дается элементарное представление о строении слухового аппарата, объясняется, зачем человеку два уха. Обращается

внимание на гигиену ушной раковины.

• Опыт «Отрежь не глядя» (фото 2). В ходе опыта уточняется представление о функции глаз, их назначении, дети учатся проводить самостоятельно гимнастику для глаз, получают сведения о том, как сохранить зрение.

• Опыт «Нарисуй без рук».

• Опыт «Наши внутренние органы». Из этого опыта дети узнают о форме и размерах внутренних органов (сердце, легкие, желудок, печень), их расположении в организме человека.



*Фото 2. Опыт «Отрежь не глядя»*



Фото 3. Опыт «Пища на вкус»

- Опыт «Пища на вкус» (фото 3). Данный опыт формирует представление о вкусовых рецепторах, полезной пище, о том, почему нужно питаться правильно и как это может влиять на здоровье.

- Опыт «Уход за зубами». Дети знакомятся с тем, как нужно чистить зубы. Узнают о том, как влияют на здоровье зубов сахаросодержащие продукты.

Данные эксперименты знакомят детей с разными функциями органов человека.

#### *Шестой блок «Наблюдения за жизнью животных»*

Дети узнают о комфортных условиях жизни для разных животных, учатся создавать эти условия на территории своего детского сада.

Таким образом, с помощью специально организованной образовательной деятельности дошкольники узнают, что здоровье каждого человека зависит от его окружения. Помимо этого, очень важно, как он относится к своему здоровью.

**ВОСПИТАНИЕ ВЛИЯЕТ НА МАССУ ТЕЛА ДЕТЕЙ**

«У детей, родители которых последовательно устанавливают в семье определенные правила и систематически их придерживаются, индекс массы тела (ИМТ) несколько ниже, чем у их сверстников; они стройнее», — сообщает автор нового исследования почетный член научного общества Детского научно-исследовательского института им. Мердока в Мельбурне (Австралия) Паулина Дженсен. Мамы и папы, приучающие своих детей соблюдать внутрисемейные правила, положительно влияют на поддержание их нормальной массы тела — к такому заключению пришла П. Дженсен. В долгосрочном исследовании приняли участие более 4000 детей вместе со своими родителями.

Начиная с 2004 г., когда детям было по 4—5 лет, родители регулярно сообщали ученым их вес и рост и по два раза в неделю рассказывали о своих воспитательных методах.

Дженсен обнаружила связь между родительским воспитанием и массой тела детей. Большинство детей, чьи родители установили дома четкие правила поведения, имели ИМТ в пределах нормы; дети без строгих ограничений имели ИМТ выше нормы.

Что же подразумевается под систематичным воспитанием? О своем исследовании Дженсен говорит следующее: «Систематичность родительского воспитания, которую мы оценивали, не ограничивается одним образом жизни и бытовыми привычками, это несколько более общее понятие. Оно отображает степень того, насколько четко родители устанавливают и следят за выполнением правил, указаний и требований, соответствующих возрасту ребенка. Такая общая систематичность благотворно влияет на ИМТ ребенка».

Почему же методы воспитания влияют на массу тела детей? Родители, которые занимаются систематичным воспитанием, чаще устанавливают в семье четкие правила относительно здорового образа жизни: ограничивают время, которое ребенок проводит у телевизора или компьютера, отводят определенное время для занятия физической активностью, устанавливают режим дня, следят за временем приема пищи и продуктами, которые ест ребенок.

Существуют различные способы, которыми родители могут помочь своим детям поддерживать здоровый вес. «Установите для своей семьи определенные правила, к примеру, каждый день делать зарядку и есть фрукты и овощи, — говорит Дженсен. — Следите за тем, кто из детей выполняет эти правила, и поощряйте их за это. А когда правила успешно начинают выполнять вся семья, сходите куда-нибудь все вместе, чтобы отметить успех — в парк, зоопарк и т.д.».

Источник: [www.takzdorovo.ru](http://www.takzdorovo.ru)



## Синдром вегетативной дистонии у детей

**Чупак Э.Л.,**

*канд. мед. наук, ассистент кафедры  
детских болезней ГБОУ ВПО «Амурская  
государственная медицинская академия  
Минздрава России»;*

**Ларионова Е.А.,**

*врач функциональной диагностики отделения  
восстановительного лечения для детей  
ГАУЗ АО «Детская городская клиническая  
больница», г. Благовещенск Амурской обл.*



В последнее время отмечается рост числа детей, страдающих функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, пусковым механизмом которых нередко служит вегетативная дисфункция. В связи с этим актуальны ранняя диагностика синдрома вегетативной дисфункции (СВД), разработка новых методов его лечения и профилактики.

Дисбаланс вегетативного обеспечения деятельности внутренних органов обуславливает развитие СВД. Это одно из наиболее частых патологических состояний детей, его распространенность составляет 20—60%.

**Синдром вегетативной дисфункции** — симптомокомплекс, проявляющийся нарушениями вегетативной регуляции внутренних органов, сосудов, обменных процессов вследствие первично или вторично возникающих отклонений в структуре и функции вегетативной нервной системы [1; 2].

К ведущим факторам развития СВД относятся наследственная предрасположенность, поражение ЦНС в перинатальном периоде, острый и хронический стресс.



## Клинические проявления синдрома вегетативной дистонии

У детей они зависят от возраста. Уже с первых месяцев жизни обнаруживаются различные нарушения деятельности внутренних органов и особенности поведения ребенка.

В младенческом возрасте проявления вегетативной дистонии касаются прежде всего органов пищеварительной системы: беспокойство, метеоризм, частые срыгивания, склонность к запору, иногда чередование запора с поносом и наряду с этим беспокойный сон, вздрагивания, тремор конечностей, бодрствование ночью.

На 2—3-м году жизни желудочно-кишечные расстройства становятся менее выраженными. Выявляются повышенная чувствительность к инфекциям, метеотропным воздействиям, склонность к частым простудным заболеваниям, оставляющим после себя «температурные хвосты».

У детей дошкольного возраста возникают пароксизмальные состояния различного характера, фобии, чаще всего ночные страхи, аффективные респираторные и истерические припадки, нарастает частота функциональной кардиопатии, це-

фалгического синдрома в виде мигрени (только у мальчиков), нейрогенной дисфункции мочевого пузыря.

По мере взросления ребенка увеличивается частота цефалгического синдрома (головные боли) как в виде мигрени, так и головной боли напряжения, частота функциональной кардио- и вестибулопатии, гипервентиляционного синдрома, синкопальных состояний.

## Проявления вегетативной дисфункции у детей

- Со стороны кожных покровов это синюшность кистей и стоп (акроцианоз), они влажные и холодные на ощупь; мраморность кожных покровов («сосудистое ожерелье»); потливость ладоней и стоп.

- Нарушения терморегуляции (термоневроз) — возникновение гипертермических кризов (температура тела 38 °С и выше) на фоне эмоциональных переживаний (отмечаются жар, легкая головная боль). Для них характерны нормальная температура кожных покровов лба, конечностей, повышенная температура только в подмышечной впадине; как правило, температурные нарушения отсутствуют в период летнего отдыха детей и возобновляются осенью, с посещени-

ем детского сада; любые гипертермические проявления проходят при засыпании; отмечаются зябкость (плохая переносимость низких температур, сквозняков, сырой погоды), субфебрилитет, который может держаться месяцами.

В данной ситуации важен своевременный дифференциальный диагноз, поскольку родители, не видя эффекта от проводимого лечения, становятся тревожными (навязчивые измерения температуры), что ведет к фиксации ребенка на своем дефекте, у него формируются психогенные реакции фобического, депрессивного характера.

- Гипервентиляционный синдром (респираторный синдром, дыхательный невроз) — клинический синдром, характеризующийся нарушением вегетативной регуляции дыхательной системы, что приводит к неадекватному, избыточному увеличению вентиляции и появлению симптомов, обусловленных гипоканией и респираторным алкалозом. Ребенок жалуется на неудовлетворенность вдохом, нехватку воздуха, скованность дыхания, одышку, которые сопровождаются аффективными нарушениями. Характерная черта — редкий форсированный вдох с длинным шумным выдохом; часто на фоне обычного ды-

хания ребенок делает глубокие шумные вздохи, имеющие навязчивый характер. У некоторых детей регистрируют внезапную одышку во время умеренной физической нагрузки, пароксизмы невротического кашля (спазматический вагусный кашель) при эмоциональных переживаниях; приступы ночного спазматического кашля, одышки («псевдоастма»). Нередко наблюдаются учащенная зевота, носящая навязчивый характер, преодолеть которую очень трудно; дыхательные нарушения, выявляющиеся на фоне угнетенного настроения, тревоги, причем непосредственным поводом может быть любое волнение, неприятный разговор и т.п.

- Желудочно-кишечный тракт также становится предметом жалоб детей с СВД: на тошноту, боль в животе (на втором месте после головных болей), рвоту, изжогу, дискинетические проявления в виде запора или поноса, нарушения аппетита. Тошнота и рвота у детей — частые соматовегетативные проявления эмоциональных переживаний, которые, возникнув однажды после острой психогении, закрепляются и повторяются в ответ на стрессовые нагрузки. «Брюшная мигрень» — приступообразные боли в животе, сочетающиеся или чередующиеся с сильной го-

ловной болью мигренозной природы.

Детям с рецидивирующей болью в животе в комплекс обследования необходимо включать ЭЭГ-исследование. Ощущение кома в горле, боль за грудиной связаны со спастическими сокращениями мышц глотки и пищевода (чаще у невротичных, эгоцентрического склада детей). При отсутствии органической патологии наиболее часто диагностируются дискинезия желчевыводящих путей и синдром раздраженного кишечника. С возрастом можно проследить определенную динамику жалоб: в первый год жизни часты срыгивания, колики; в 1—3 года — запор и понос; в 3—6 лет — эпизоды кратковременных, нередко довольно сильных абдоминальных кризов, во время которых ребенок бледнеет, прекращает игру или просыпается с плачем, точно локализовать болевые ощущения не может. Возникает эпизодическая рвота. Приступы болей в животе имеют яркую вегетативную окраску, носят приступообразный характер. Диагностируют дискинезию желчевыводящих путей.

• Нарушения со стороны ЦНС наблюдаются у большинства детей с СВД. Наиболее часто они проявляются синдромом цефалгии (головная боль напряжения),

реже мигренью. В патогенезе этого синдрома у детей с вегетативной дисфункцией ведущую роль играют сосудистые нарушения.

Головная боль напряжения обусловлена спазмом сосудов головного мозга. Она может быть ежедневной или пароксизмальной, возникать в связи с переутомлением, локализоваться в височно-затылочной или лобно-височных областях, носить диффузный, ноющий, давящий, сжимающий характер, сочетаться с головокружениями, что нередко зависит от погодных условий, физической нагрузки, эмоционального напряжения.

При мигрени у детей наблюдаются пароксизмы головных болей, имеющие наследственный характер. Приступ головной боли чаще отмечается утром после сна, хотя может начаться в любое время суток. К факторам, провоцирующим мигрень у дошкольников, относят голодание, недосыпание или избыточный сон, яркий свет, сильный шум, резкие неприятные запахи, психоэмоциональные стрессы, чрезмерные физические нагрузки и др. Головная боль обычно односторонняя, локализуется в лобно-височной области, пульсирующая, сопровождается тошнотой и рвотой, непереносимостью света, звука.

Вестибулопатии — синдром, обусловленный недостаточностью вестибулярного аппарата: в транспорте, на качелях и каруселях появляются головокружение, тошнота, рвота, бледность кожи, брадикардия, снижение артериального давления (АД).

- Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы проявляются кардиальным синдромом (кардиалгии, изменения на ЭКГ, пролапс митрального клапана, различные варианты нарушений ритма и проводимости). Кардиалгии возникают спонтанно или после физического напряжения, при волнении и эмоциональных стрессах. Боль имеет ноющий, колющий, щемящий характер; часто сопровождается страхом смерти, сердцебиением. Интенсивность боли слабая или умеренная, нередко это ощущение дискомфорта в области сердца продолжается от нескольких минут до многих часов; боли проходят самостоятельно, уменьшаются при приеме препаратов валерианы.

Достаточно частое проявление СВД — изменения на ЭКГ: синусовые тахикардия, брадикардия; аритмия; эктопический предсердный ритм; миграция водителя ритма; правожелудочковая или наджелудочковая экстрасистолия; синоатриальная

блокада; атриовентрикулярная блокада I степени; неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Для пациентов с СВД характерны неустойчивость, чрезвычайная лабильность АД, которое на протяжении суток может неоднократно изменяться от низких значений до уровня пограничной гипертензии, спонтанно или в виде неадекватной реакции на эмоциональное напряжение, физическую нагрузку, гипервентиляцию, ортостатическое положение. АД необходимо измерять с 3 лет. К первому году жизни АД достигает 90—95/50 мм рт. ст. В дальнейшем отмечается ежегодное повышение систолического АД на 2 мм рт. ст., диастолического АД — на 0,5—1 мм рт. ст.

- Психологические особенности поведения детей с СВД проявляются беспокойством и тревогой, а также большим количеством страхов, возникающих в ситуациях, когда ребенку, казалось бы, ничего не грозит. Нередко дети имеют низкую самооценку и находятся в постоянном ожидании неприятных действий со стороны окружающих. Особенно это характерно для дошкольников, перед которыми родители ставят непосильные задачи, а в случае неудачи наказывают, унижают.

Дети становятся чувствительными к своим неудачам, отказываются от деятельности, в которой испытывают трудности. У них наблюдается разница в поведении на занятиях, где они зажаты и напряжены, и вне занятий, когда они живые, общительные и непосредственные. На вопросы педагога отвечают тихим и глухим голосом, могут даже начать заикаться, нередко возникает двигательное возбуждение.

Детям с СВД свойственны вредные привычки невротического характера (грызут ногти, сосут пальцы, выдергивают волосы, занимаются онанизмом). Манипуляции с собственным телом снижают эмоциональное напряжение, успокаивают. Многочисленные симптоматические проявления при СВД в большинстве случаев содержат негативный психоэмоциональный субстрат, который на протяжении длительного течения заболевания приводит к формированию реакций психосоматического типа, давая пациенту вторичную выгоду от болезни: освобождение от домашних обязанностей, любых нагрузок, снижение требований родителей, окружение заботой и вниманием, трепетное отношение к незначительным жалобам. Этот вариант вторичной выгоды ти-

пичен для часто болеющих детей, тревожных и гиперопекаемых родителями.

Также можно выделить вариант психосоматической реакции, проходящей по конверсионному типу: частое подавление негативных эмоций, хронические психотравмирующие ситуации, приводящие к тяжелым переживаниям, снижению фону настроения, раздражительности, эмоциональной возбудимости. В данном случае срабатывают защитные механизмы, которые вытесняют переживания, как бы игнорируя их. Такой тип реакций можно наблюдать у детей, долгое время находящихся в неблагоприятной семейной обстановке (ссоры между родителями, неправильное семейное воспитание).

- Сосудистые вегетативные кризы. У детей 2—3-го года жизни отмечаются зевота, потливость, слабость, затрудненное дыхание с одышкой, боли в животе с учащенной дефекацией, брадикардия, снижение АД и температуры тела. Длится криз от нескольких десятков минут до нескольких часов.

У детей 5—6 лет чаще наблюдается острое начало заболевания с появлением резкой пульсирующей головной боли, бледности кожи, похолоданием конечностей, тахикардией, по-

вышением АД, онемением губ, языка, кардиалгии, возбуждением, страхом. Такое состояние длится несколько минут.

## **Лечение вегетативной дистонии**

Лечение детей с СВД проводится педиатром совместно с кардиологом и неврологом. Характер рекомендаций определяется выраженностью и стойкостью вегетативных и психоэмоциональных нарушений.

Основные виды терапии СВД включают комплекс немедикаментозных и медикаментозных мероприятий. При легком течении предпочтение должно отдаваться немедикаментозным методам коррекции в сочетании с режимными мероприятиями и психотерапией. Детям с выраженными или длительно существующими проявлениями СВД назначают лекарственные препараты.

## **Немедикаментозная терапия**

- Режим дня — рациональное распределение времени на все виды деятельности и отдыха в течение суток. Основная его цель — обеспечить высокую работоспособность на протяжении всего периода бодрствования.

- Диета, содержащая все необходимые ингредиенты, богатая витаминами; показаны продукты, содержащие соли калия: картофель, баклажаны, капуста, чернослив, абрикосы, изюм, инжир, зеленый горошек, петрушка, помидоры, ревень, свекла, укроп, фасоль, шавель. Рекомендуется часть животных жиров заменить растительными (масло подсолнечное, кукурузное, оливковое). При повышении АД необходимы продукты, содержащие соли магния: гречневая, овсяная, пшеничные крупы, орехи, соя, фасоль, морковь, шиповник. Исключить из пищи соленья, маринады. Противопоказаны крепкий чай, кофе, шоколад.

- Психотерапия. Ее врач должен проводить с ребенком и родителями с целью выработки адекватной реакции на заболевание. В процессе беседы он выявляет характерологические особенности больного, обстановку в семье, по возможности уточняет психотравмирующий фактор. Детям и родителям необходимо разъяснить сущность заболевания, безопасность для жизни изменений сердечно-сосудистой системы и в то же время подготовить их к длительному лечению. Результаты терапии детей с СВД во многом будут определяться глубиной контакта с

врачом. Частная психотерапия у детей может быть индивидуальной, групповой и семейной. Она должна по возможности перестраивать личность ребенка, изменять и гармонизировать его отношения с социальной средой. Необходима работа с родителями («психотерапия среды»), поскольку аналогичные отклонения обнаруживаются у одного из них (чаще у матери). Психотравмирующее воздействие матери на ребенка называют материнским неврозом.

- Неправильное поведение родных поддерживает и усугубляет психоэмоциональные расстройства у детей, а формирование оптимального настроения родителей на лечение, изменение их взглядов на воспитание и привлечение к сотрудничеству с врачом в решении ряда семейных проблем создают предпосылки для эффективной психотерапии детей.

- Музыка оказывает позитивное действие при 15—25-минутном сеансе. Закрепляясь в подсознании, она впоследствии используется вегетативной нервной системой в качестве противодействующего стрессу инструмента.

- Ароматерапия. Эфирные масла — вещества, обладающие сильной испаряемостью и летучестью, легко распространя-

ются в воздухе; на ощупь они маслянистые, легче воды и нерастворимы в ней. Известно, что многие масла оказывают успокаивающее действие, снимают стресс и благоприятно влияют на работу сердечно-сосудистой системы, нормализуют давление и жировой обмен, улучшают сон и работоспособность.

- Лечебная физкультура. Дозированное применение физических упражнений уравнивает процессы возбуждения и торможения в нервной системе, повышая сократительную способность миокарда. Особенно благоприятное влияние на больных оказывают специальные физические упражнения.

Детям показаны утренняя гимнастика, дозированная ходьба, спортивные игры или их элементы, физические упражнения в воде и на тренажерах. К специальным относят упражнения на расслабление мышечных групп, развитие равновесия, координации, дыхательные и физические упражнения с дозированным усилием динамического характера.

- Физиотерапия достигла больших успехов в лечении вегетативной дистонии. Широко применяются ультразвук, синусоидальные модулированные токи, индуктотермия, электросон, гальванизация по рефлекторно-сегмен-



тарной методике или методом общего воздействия, аппликации парафина и озокерита на шейно-затылочную область. Наиболее активно используется электрофорез лекарственных веществ (с кальцием, кофеином, мезатоном, эуфиллином, папаверином, магнием, бромом).

- Водные процедуры (гидротерапия) оказывают значительное положительное влияние на течение вегетативной дистонии у детей. Можно рекомендовать плавание, контрастный и прохладный душ, обтирание, лечение ваннами.

- Детям с вегетативной дистонией необходим лечебный массаж области позвоночника и шейно-воротниковой зоны — точечный, сегментарный, общий.

## Медикаментозная терапия

Назначается в комплексе с немедикаментозными средствами или при неэффективности последних. Она должна быть индивидуальной, дифференцированной, минимально достаточной. Применяются наиболее щадящие средства, обладающие наименьшим побочным действием: фитопрепараты, витамины, препараты калия, кальция, магния.

К средствам с седативным эффектом относятся пустырник,

валериана, пион, пассифлора, Melissa, шалфей, шафран, душица, укроп, багульник. Седативная терапия проводится длительно, прерывистыми курсами со сменой препарата каждые 2—3 недели.

Общетонизирующим действием обладают одуванчик, фенхель, ламинария, морская капуста, тимьян, крапива, эхинацея, бадан.

Используются витамины В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, и витаминные комплексы (мильгамма, комбилипен, «Мульти-табс»).

## Профилактика СВД

*Первичная профилактика* СВД заключается в регулярной диспансеризации детей с обязательным измерением у них АД, разумной организации режима дня и двигательной нагрузки, борьбе с избыточной массой тела.

Следует выделить группу риска для диспансерного наблюдения, включить в нее детей с отягощенным семейным анамнезом, негармонично развитых, астеников и т.д. Большую роль играет санитарно-просветительная работа с детьми и их родителями.

*Вторичная профилактика* проводится во время диспансерного наблюдения за пациентами с СВД, проводимого не реже 1 раза в 3 мес. Она направлена

на предупреждение кризовых состояний и предусматривает определение оптимальных норм физической, умственной нагрузки и отдыха, лекарственное лечение и фитотерапию, превентивные курсы физиолечения.

## **Схема диспансерного наблюдения и реабилитации детей с СВД**

- Осмотр специалистами (педиатр, отоларинголог, стоматолог) 2 раза в год, по показаниям — консультации кардиолога, невролога, эндокринолога, гинеколога.

- При осмотре учитывать жалобы, в том числе на утомляемость, исходный вегетативный тонус, показатели АД, пульса, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, их динамику, реакцию на физическую нагрузку. Выделить ведущий синдром.

- Дополнительное обследование проводится 2 раза в год (общие анализы крови, мочи; анализ кала на яйца глистов и простейшие; ЭКГ; функциональная проба с нагрузкой; исследование вегетативного тонуса).

- Определение основных путей оздоровления:

— санация очагов хронической инфекции;

— лечение интеркуррентных заболеваний;

— посезонное профилактическое лечение (не менее 2 раз в год), даже при отсутствии «активных» жалоб, в виде назначения фито-, витаминно-, лазеротерапии, массажа, лечебной физкультуры, санаторно-курортное лечение 3—4 года подряд;

— кардиотрофики курсами 1—2 раза в год;

— пребывание на свежем воздухе, лыжные прогулки, плавание, циркулярный душ, лечебные ванны.

- Длительность наблюдения: не менее 2 лет, при стойких нарушениях ритма сердца — весь период детства.

- Профилактические прививки не противопоказаны.

Регулярное проведение названных мероприятий позволяет не только предупредить возникновение вегетативных пароксизмов, но и уменьшить перманентные проявления вегетативной дисфункции.

## **Литература**

1. Вегетативная дисфункция у детей и подростков / Под ред. Л.В. Козловой. М., 2008.
2. Кушинир С.М., Антонова Л.К. Вегетативная дисфункция и вегетативная дистония. Тверь, 2007.

## Открытое овальное окно у детей: норма или патология?

**Шанова О.В.,**

*канд. мед. наук, ассистент кафедры детских болезней  
ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская  
академия Минздрава России», г. Благовещенск Амурской обл.*

Заболевания сердечно-сосудистой системы по распространенности сегодня стоят на первом месте. Наличие открытого овального окна (ООО) в сердце детей настораживает и беспокоит многих родителей. Такой диагноз спустя некоторое время после рождения ставят около 80% детей. Часто эту патологию обнаруживают случайно во время профилактического осмотра или проведения эхокардиографического обследования.

Открытое овальное окно — малая аномалия сердца, представляющая собой щель между правым и левым предсердием и характеризующаяся частичным или полным сохранением естественного внутриутробного межпредсердного сообщения. Овальное отверстие находится в центральной части межпредсердной перегородки в области овальной ямки (*fossa ovalis*) и со стороны левого предсердия имеет клапанную заслонку, от-

крывающуюся в сторону левого предсердия (см. рисунок).

В период внутриутробного развития ООО обеспечивает «обходной» сброс крови из венозной системы большого круга и легочной артерии в левые отделы сердца и аорту, минуя нефункционирующие сосуды легких. При рождении, с первым вдохом ребенка и началом функционирования малого круга кровообращения легочный венозный возврат адекватно возрастает, давление в левом предсердии превышает давление в правом предсердии, клапан прижимается к овальному окну, и происходит его физиологическое закрытие. У 50% здоровых детей овальное окно перестает функционировать в ближайшие 3—5 ч постнатальной жизни, а через 2—12 мес. происходит его полная облитерация за счет сращения краев заслонки клапана и овального отверстия. У остальных 50% детей функционирование овально-

го окна продолжается до 5 лет, у 25% из них ООО сохраняется и во взрослом возрасте. В большинстве случаев ООО наблюдается без гемодинамического функционирования. Поскольку эта аномалия присутствует у всех новорожденных, она не является врожденным дефектом. ООО — самое часто встречающееся «отверстие» в сердце [3].

Причиной персистирующего овального окна может быть некомпетентность клапана или неполное слияние первичной и вторичной перегородок. Это может наблюдаться при генетической предрасположенности, в большинстве случаев такая аномалия передается по материнской линии. Кроме того, существует ряд других причин. Незаращению овального отверстия могут способствовать заболевания или состояния, при которых в правых полостях сердца повышено давление, обусловленное перегрузкой, сопротивлением или объемом крови. Большую роль играет воздействие неблагоприятных факторов на плод во время внутриутробного развития, курение и недостаточное и несбалансированное питание женщины во время беременности, наркомания или алкоголизм матери, плохая экология, стрессы.

Клинические проявления ООО зависят от величины оваль-

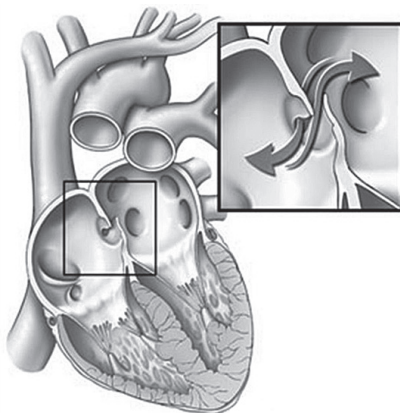


Рис. Схематичное изображение открытого овального окна

ного отверстия, разницы давления между предсердиями, направления межпредсердного сброса крови и сопутствующих заболеваний.

При малых величинах отверстия (до 5 мм) межпредсердного сброса крови нет или он гемодинамически незначим, и ООО выявляется в ходе эхокардиографического исследования. Если отверстие имеет размеры более 7—10 мм, ООО становится гемодинамическим аналогом небольшого дефекта межпредсердной перегородки, и при ультразвуковом исследовании сердца с доплерографией может регистрироваться межпредсердный сброс крови. У новорожденных на фоне относительно высокого физиологического давления в легочной артерии при

длительном беспокойстве, плаче, крике, нутуживании, дефекации происходит еще большее его повышение. Это сопровождается транзиторным сбросом венозной крови через ООО справа налево и проявляется кратковременным цианозом. У детей старшего возраста в покое и при бытовых физических нагрузках шунтирования крови нет. Однако при приступообразном кашле, нутуживании, нырянии, а также во время тяжелой физической работы или изометрических упражнений, сопровождающихся длительным нутуживанием и задержкой дыхания, возникает сброс крови через ООО [1; 2].

При большом сбросе крови отмечаются повышенная утомляемость, частые простудные заболевания; дети плохо переносят физические нагрузки. При небольшом, но длительном сбросе крови через ООО могут наблюдаться признаки дефицита кислорода, выявляемого как при больших физиологических нагрузках (занятия видами спорта, требующими длительной задержки дыхания и напряжения: ныряние, подводное плавание, синхронное плавание, плавание с аквалангом или дайвинг, спортивная гимнастика, тяжелая атлетика), так и при различных заболеваниях легких, сопровождающихся повышением дав-

ления в легочной артерии (бронхиальная астма, муковисцидоз и бронхоэктатическая болезнь, эмфизема легких, состояние после резекции сегментов и долей легких).

При гемодинамически значимых размерах ООО у детей старшего возраста выявляются умеренное снижение толерантности к физическим нагрузкам, дыхательный дискомфорт, бледность и умеренный пероральный цианоз при выполнении интенсивных изометрических нагрузок. У некоторых детей может наблюдаться склонность к обморокам и динамическому нарушению мозгового кровообращения.

Течение этой аномалии развития, как правило, доброкачественное, за исключением случаев большого, «зияющего» ООО, когда могут развиваться такие же осложнения, как при небольших центрально расположенных дефектах межпредсердной перегородки. К опасным осложнениям ООО относят парадоксальные эмболии — парадоксальное прохождение эмбола любой природы из венозной системы большого круга кровообращения в артериальную. Это могут быть тромбы, образующиеся в правом предсердии, особенно при аневризме межпредсердной перегородки. Парадоксальная

эмболия локализуется в любом органе (коронарных и мозговых сосудах, артериях почек, селезенки, конечностей) и сопровождается развитием тромбозов, инфарктов, инсультов. Как и все септальные дефекты, ООО может осложняться наложением вторичного инфекционного (септического) эндокардита. Однако инфекционный эндокардит, как и вторичный дефект межпредсердной перегородки, редко осложняется ООО [2].

Для установления точного диагноза «открытое овальное окно» используются инструментальные исследования и методы визуализации: электрокардиография (в покое и после физической нагрузки), обычная и доплер-эхокардиография.

На электрокардиограмме являются изменения, свидетельствующие о повышении нагрузки на правые отделы сердца, особенно на правое предсердие. У новорожденных и детей раннего возраста применяют трансторакальную двухмерную эхокардиографию, позволяющую визуально определить наличие ООО и его диаметр, получить графическое изображение движений створок клапана во времени, исключить дефект межпредсердной перегородки. Доплер-эхокардиография в графическом и цветовом режиме помогает уточнить нали-

чие и размер открытого овального окна, выявить турбулентный поток крови в области овального отверстия, его скорость и примерный объем сброса. У детей более старшего возраста для диагностики ООО используют более информативную эхокардиографию, дополненную пробой с натуживанием.

Тактика лечения основывается на наличии или отсутствии симптоматики, анатомических особенностей отверстия. При отсутствии клинических симптомов, малых размерах ООО без сброса крови специального терапевтического или хирургического лечения не требуется. Достаточно наблюдения кардиологом с оценкой динамики состояния овального окна по данным эхокардиографии. Терапия кислородом показана детям, у которых возникает проходящий цианоз, а также пациентам с право-левым сбросом через овальное окно при легочной гипертензии. Больным с парадоксальной эмболией необходим прием антикоагулянтов.

При большом, «зияющем» клапанно-неполноценном ООО, сопровождающимся гемодинамическими нарушениями, аналогичными тем, что наблюдаются при дефекте межпредсердной перегородки, выполняется эндоваскулярное транскатетерное закрытие отверстия

окклюдирующим устройством. Эта новая техника имеет ряд преимуществ.

Дети с выявленным ООО, особенно сопровождающимся систолическим шумом или другими малыми аномалиями сердца и сосудов, должны быть поставлены на учет у кардиолога для динамического наблюдения.

При наличии относительно большого ООО (более 5—7 мм) не рекомендованы занятия видами спорта, сопровождающимися длительным натуживанием и изометрическим напряжением (подводные виды плавания, художественное, синхронное плавание, спортивная гимнастика, тяжелая атлетика), а также выбор профессий, связанных с экстремальными ситуациями (летчики, шахтеры, водолазы) [1].

Пациенты с ООО не более 4 мм и без сброса крови должны наблюдаться в плановом порядке кардиологом раз в год (физикальное обследование, электрокардиография, ультразвуковое исследование сердца). Им разрешены физкультурные занятия в подготовительной группе (исключены соревнования и изометрические нагрузки).

Пациенты с ООО более 4 мм и с умеренным сбросом крови должны быть отнесены к III и IV группам здоровья и наблюдаться кардиологом 3—4 раза в

год (физикальное обследование, электрокардиография, ультразвуковое исследование сердца, рентгенография грудной клетки раз в год). Дети занимаются физкультурой в специальной медицинской группе или лечебной физкультурой. Необходима медикаментозная профилактика инфекционного эндокардита антистрептококковыми препаратами при проведении малых хирургических операций и манипуляций (аденотомия, тонзиллэктомия, экстракция зубов, катетеризация мочевого пузыря и др.).

Специфической профилактики ООО не существует. Чтобы не допускать открытия незаросшего овального окна, нужно контролировать физические нагрузки и не перенапрягаться, вовремя лечить острые респираторные заболевания, не допускать их осложнений [4].

Прогноз при ООО благоприятный. Обычно цианоз в неонатальном периоде из-за ООО исчезает при снижении легочного сосудистого сопротивления. У больных с врожденными пороками сердца, напротив, право-левый сброс через ООО и цианоз усиливаются с возрастом. У детей с заболеваниями легких и высокой легочной гипертензией также повышен риск парадоксальной эмболии через ООО.



Таким образом, в современной медицине ООО больше относится к особенностям строения сердца, нежели к серьезным порокам развития, поскольку в большинстве случаев функциональная нагрузка на сердце остается в пределах нормы. Однако из-за локализации данной аномалии в жизненно важном органе — сердце — преуменьшать ее значимость не стоит. В любом случае тактику ведения пациента определяет врач-кардиолог индивидуально для каждого ребенка.

## Литература

1. Белозеров Ю.М. Детская кардиология. М., 2004.
2. Земцовский Э.В., Малев Э.Г. Малые аномалии сердца: Моногр. СПб., 2012.
3. Миролюбов Л.М. Врожденные пороки сердца у новорожденных и детей первого года жизни. Казань, 2008.
4. Мутафьян О.А., Цыганова О.Н. Малые аномалии сердца у детей и подростков // Российский семейный врач. 2004. № 2. Т. 8.

## Ожирение у детей

**Бабцева А.Ф.,**

*д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой детских болезней;*

**Приходько О.Б.,**

*д-р мед. наук, доцент кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии;*

**Романцова Е.Б.,**

*д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой педиатрии;*

**Журавлева О.В.,**

*детский эндокринолог, ассистент кафедры педиатрии ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Благовещенск Амурской обл.*

Ожирение относится к гетерогенной группе наследственных и приобретенных заболеваний, связанных с избыточным накоплением жировой ткани в орга-

низме. Это заболевание настолько распространено во всем мире (в среднем 30%), что ВОЗ провозгласила его глобальной эпидемией. В высокоразвитых странах

(США, Германия, Великобритания) этот показатель составляет 45—50%. В России 30% трудоспособного населения имеют ожирение (индекс массы тела (ИМТ) — более 30 кг/м<sup>2</sup>) и 25% — избыточную массу тела (ИМТ более 25 кг/м<sup>2</sup>). В мире последний показатель отмечен у 30 млн детей и подростков, 15 млн страдают ожирением.

Рост числа детей с ожирением и избыточной массой тела происходит также и в России. В разных регионах страны число детей с избыточной массой тела колеблется от 5,5 до 11,8%, а ожирением страдают около 5,5% детей, проживающих в сельской местности, и 8,5% городских. Ожирение, начавшееся в детском возрасте, неблагоприятно сказывается на соматическом здоровье, ухудшая его прогноз на годы вперед.

Страдает также психосоциальное здоровье, поскольку избыток массы тела значительно снижает качество жизни детей. Кроме того, ожирение — фактор риска возникновения других заболеваний, один из основных компонентов формирования метаболического синдрома (МС), который трактуется как симптомокомплекс метаболических, гормональных и психосоматических нарушений. В их основе

лежит абдоминально-висцеральное (центральное) ожирение с инсулинорезистентностью и компенсаторной гиперинсулинемией. Поэтому очень рано могут развиваться такие симптомы и заболевания, как артериальная гипертония, дислипидемия, сахарный диабет II типа и другие патологические изменения гормонально-метаболического статуса, ортопедические проблемы и психические расстройства. Раньше считали, что МС характерен исключительно для взрослых людей, однако сегодня его проявления широко распространены в детской и подростковой популяции и имеют четкую тенденцию к росту. И это напрямую связано с увеличением количества детей с ожирением.

Ожирение — многофакторное заболевание, при котором имеют значение внешние, внутренние, демографические, социальные, национальные, гормональные и наследственные факторы. Среди них наибольшую роль играют внешние факторы: переедание, гиподинамия, стрессовые ситуации.

Установлено, если ожирением и МС страдают родители, резко возрастает риск его развития у потомства.

У ребенка с ожирением необходимо оценить следующие

данные анамнеза, говорящие в пользу раннего развития МС:

- отягощенная наследственность по СД-2 (I—II ст. родства);
- отягощенная наследственность по артериальной гипертензии;
- отягощенная наследственность по нарушениям липидного обмена;
- масса тела при рождении более 4000 г;
- масса тела при рождении менее 2500 г;
- раннее возникновение ожирения (в возрасте до 7 лет);

При наличии двух и более указанных признаков ребенок должен наблюдаться в группе повышенного риска развития МС.

Основным фактором, приводящим к ожирению, считают нарушение равновесия между поступлением в организм энергетического материала и его потреблением. Возрастными периодами, критическими для формирования ожирения, считаются:

- период раннего возраста (до 3 лет);
- 5—7 лет;
- подростковый возраст.

В группу риска по ожирению входят дети, имеющие отягощенную наследственность:

- родители которых страдают избыточной массой тела или ожирением;
- родственники которых имеют (или имели) сахарный диабет



Рис. Количество детей с ожирением (в %) в г. Благовещенске в 2005—2011 гг. (по данным О.В. Журавлевой)

или другую эндокринную патологию;

- имеющие нарушения в питании: рано переведенные на искусственное вскармливание (особенно несбалансированными и высококалорийными смесями); питающиеся несбалансированно после года, со значительной долей жира в питании; недоношенные и маловесные дети; дети с наследственными заболеваниями и эндокринной патологией;
- дети, ведущие малоподвижный образ жизни.

Поскольку непосредственно оценить количество жировой ткани в организме сложно, наиболее информативно определение индекса массы тела, который рассчитывается как отношение массы тела в килограммах к квадрату роста человека, выраженному в метрах. ИМТ коррелирует с количеством жировой ткани в организме как у взрослых, так и у детей. Диагностика ожирения у дошкольников проводится по данным перцентильных таблиц или стандартных отклонений ИМТ (SDS — standard deviation score). В них учитываются не только рост и вес, но также пол и возраст ребенка. Это связано с тем, что значение ИМТ у детей по мере их развития меняется:

высокое в первый год жизни, оно снижается в период раннего детства (2—5 лет) и постепенно возрастает в период полового развития, что в целом отражает изменения в количестве жировой ткани в организме.

Ожирение классифицируют по следующим причинам (В.А. Петеркова и О.В. Васюкова):

- простое (конституционально-экзогенное, идиопатическое) — при избыточном поступлении калорий в условиях гиподинамии и наследственной предрасположенности;
- гипоталамическое — при наличии и лечении опухолей гипоталамуса и ствола мозга;
- ожирение при нейроэндокринных заболеваниях (гиперкортицизме, гипотиреозе и др.);
- ятрогенное (вызванное длительным приемом глюкокортикоидов, антидепрессантов и других препаратов);
- моногенное (появившееся вследствие мутаций генов);
- синдромальное (возникающее при хромосомных и других генетических синдромах).

Кроме того, выделяют особенности ожирения по наличию осложнений и коморбидных состояний и по степени ожирения в зависимости от SDS и ИМТ.

При выяснении анамнеза очень важны вес при рождении, возраст, в котором началось развитие ожирения, психомоторное развитие, наследственный анамнез по ожирению (включая рост и вес родителей), сахарному диабету II типа и сердечно-сосудистым заболеваниям, динамике роста, наличию неврологических жалоб (головные боли, нарушение зрения).

Кроме параметров веса и роста имеют значение характер распределения подкожной жировой клетчатки, артериальное давление, наличие и характер стрий, наличие фолликулярного кератоза, андрогензависимой дермопатии (у девочек гирсутизм, акне, жирная себорея), стадия полового развития и специфические фенотипические особенности.

Обязательны биохимическое и гормональное обследование, тест на толерантность к глюкозе и инсулинорезистентность. УЗИ печени также показано всем детям с ожирением для выявления неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) или жирового гепатоза, который диагностируется у 25—45% подростков с ожирением. При длительном ожирении с течением времени прогрессирование процесса ведет к фиброзу и циррозу печени. В США неалкогольная жировая

болезнь печени — наиболее частая причина развития цирроза у подростков.

Всем пациентам с ожирением, независимо от возраста и клинических проявлений, обязательно измеряют артериальное давление (АД) согласно «Рекомендациям по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии у детей и подростков», разработанным экспертами Всероссийского научного общества кардиологов и Ассоциации детских кардиологов России.

При оценке АД учитываются возраст, пол и рост ребенка. Для диагностики артериальной гипертензии, выявленной при обычном измерении, предпочтительно проведение суточного мониторингирования АД.

Очень важно, чтобы родители ребенка вели «Дневник питания». Как правило, это тетрадь (блокнот, файл в компьютере, телефоне), где записываются все съеденное и выпитое за день (в ложках, чашках, граммах) с указанием времени приема пищи, а также с пометкой, почему это съедено (испытывал чувство голода, нервничал, «за компанию» с семьей, с друзьями, от ничегонеделания, «родители заставили» и т.д.). Это позволяет получить подробную исходную информацию о количестве и ка-

честве пищи для составления персонализированной диеты, а также контролировать и при необходимости корректировать рекомендации по питанию в процессе снижения веса.

Ведение «Дневника питания» выявляет и эмоциональные нарушения, что требует дополнительной помощи родителей и врача-психолога, психотерапевта.

При подозрении на моногенное ожирение и синдромальные формы необходима консультация генетика (определение кариотипа, поиск мутаций определенных генов). Особенностью синдромальных форм ожирения считается выраженная неврологическая симптоматика: задержка психомоторного развития, сниженный интеллект и др.

Моногенные формы ожирения отличаются ранним дебютом (с первых месяцев жизни), полифагией с развитием выраженного, нередко морбидного ожирения к возрасту 3—5 лет. Самая частая форма связана с мутацией гена MC4R (частота встречаемости не более 0,5—4%). Это ожирение, клинически характеризующееся сочетанием раннего морбидного ожирения на фоне полифагии и высокорослости. В связи с этим при наличии у ребенка до 3 лет выраженного ожирения показано исследование гена MC4R.

Подход к диагностике и лечению детей с ожирением комплексный, с участием педиатра, эндокринолога, диетолога, врача ЛФК, психолога, иногда невропатолога, кардиолога, отоларинголога, гастроэнтеролога, генетика и гинеколога.

У детей с ожирением часто выявляются симптомы психологического дискомфорта, отражающиеся на всей последующей жизни. Г.А. Сластухина, занимающаяся психодиагностикой и психокоррекцией, отмечала, что для детей с ожирением характерны чувство неполноценности (81,7%), зависимость (80,5%) незащищенность (53,7%), агрессивность (52,4%), демонстративность (52,4%). У них выявлены повышенный уровень общей тревожности (74,3%), а также самооценочный (28%) и межличностный (39%) виды тревожности.

В семьях, воспитывающих дошкольников с ожирением, выявлены низкие показатели независимости, сплоченности и экспрессивности, слабая ориентация на достижение цели.

Поэтому в лечение ребенка с ожирением должна быть вовлечена вся семья. Существуют «Школы ожирения» для больных и их близких. Очень важны мотивационная поддержка таких детей, смена образа жизни не толь-

ко для ребенка, но и для всех значимых близких. Основу терапии составляют коррекция пищевого поведения, диетотерапия и адекватные физические нагрузки.

Диетотерапия при ожирении — стол № 8 по Певзнеру. Согласно рекомендациям ВОЗ адекватная физическая активность для детей и подростков 5—17 лет подразумевает ежедневные занятия продолжительностью не менее 60 мин. Физическая активность свыше 60 мин в день дает дополнительные преимущества для здоровья. Для снижения веса большая часть ежедневной физической активности должна быть посвящена аэробике. Под физической активностью понимаются игры, состязания, занятия спортом, поездки, оздоровительные мероприятия, физкультура или плановые упражнения в семье, в детском саду, во дворе по месту жительства.

Медикаментозная терапия не проводится. Лечение ожирения, как правило, процесс длительный. В целом у детей с ожирением отмечают ухудшение качества жизни по сравнению с их здоровыми сверстниками, снижение физического, социального и эмоционального функционирования.

Критериями эффективности терапии ожирения у детей слу-

жат: в краткосрочной перспективе — удержание значения SDS ИМТ в течение 6—12 мес. наблюдения; в долгосрочной — уменьшение величины SDS ИМТ, достижение уровня «избыточная масса тела» и далее нормальной массы тела.

Профилактика ожирения предполагает выявление детей с ИМТ более 1,0 SDS в возрасте 2—9 лет, обучение родителей культуре питания и здоровому образу жизни вместе с детьми, грудное вскармливание минимум до 6 мес. и обучение беременных правильному кормлению и профилактике гипогалактии, а также занятия по питанию в «Школе для беременной», «Школе молодой мамы» и расширение физической активности в детском саду для детей из группы риска развития ожирения.

## Литература

- Дедов И.И. и др. Жировая ткань как эндокринный орган // Ожирение и метаболизм. 2006. № 1.
- Сластухина Г.А. Роль психологической коррекции в лечении ожирения у детей: Автореф. ... канд. д-ра мед. наук. Саратов, 2009.
- Федеральные клинические рекомендации по ведению детей с эндокринными заболеваниями / Под ред. И.И. Дедова, В.А. Петерковой. М., 2014.



## Реабилитация детей, перенесших гипоксически-ишемическую энцефалопатию

**Юткина О.С.,**

*канд. мед. наук, ассистент кафедры детских болезней  
ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская  
академия Минздрава России», г. Благовещенск Амурской обл.*

Гипоксическое поражение плода и новорожденного, вызванное хронической внутриутробной гипоксией плода и асфиксией в родах, — основная проблема перинатальной неврологии. Кислородная недостаточность приводит к характерным изменениям метаболизма, гемодинамики и микроциркуляции при рождении у каждого второго ребенка и нарушает процессы адаптации в первые дни жизни у 50—75% детей.

Перечень психоневрологических расстройств, развивающихся при перинатальных поражениях ЦНС, широк: от задержки психомоторного развития до тяжелых форм детского церебрального паралича. От 35 до 70% детей-инвалидов — пациенты с перинатальным поражением нервной системы. Частота глубокой задержки нервно-психического развития составляет от 2 до 7 случаев на 1000 детей.

Пусковым механизмом развития перинатальной гипоксической энцефалопатии выступают предрасполагающие факторы: заболевания матери, сопровождающиеся гипоксемией и гипоксией, гестозы беременной, угроза прерывания беременности, иммунологические отклонения в системе «мать — плацента — плод», травматическое, токсическое, радиационные, метаболические и стрессовые воздействия, профессиональные и бытовые вредности, включающие прием лекарств во время беременности, курение, употребление алкоголя. Все это приводит к возникновению хронической фетоплацентарной недостаточности.

Следствия хронической фетоплацентарной недостаточности: задержка роста и развития плода, морфофункциональная незрелость, изменения обменных процессов у детей, нарушение

их адаптации и высокая частота поражения ЦНС.

Основа патогенеза гипоксической энцефалопатии — теория метаболической катастрофы (дефицит кислорода, в результате чего возникают нарушение метаболических процессов в организме и повреждение мозга токсическими продуктами обмена веществ) и цереброваскулярная теория (патологическое воздействие дефицита кислорода на механизм ауторегуляции мозгового кровообращения).

В первые годы жизни ребенка пластические и регенераторные свойства клеток и тканей высоки. Несмотря на повреждающие механизмы гипоксии и гибель нервных клеток нервная система ребенка обладает способностью к восстановлению. Это объясняется возникновением компенсаторно-приспособительных механизмов, направленных на замещение функционального и структурного дефицита нервной ткани. Поэтому создаются оптимальные предпосылки для коррекции функциональных отклонений и предотвращения формирования психосоматических заболеваний и грубых психоневрологических нарушений. Нервные клетки, подвергшиеся воздействию гипоксии, способны выполнять свои функции, их функциональные возможности можно улуч-

шить, проведя адекватные терапевтические мероприятия.

Восстановительный период гипоксически-ишемической энцефалопатии включает синдромы:

- задержки речевого, психического и моторного развития;
- гипертензионно-гидроцефальный;
- вегето-висцеральных дисфункций;
- гиперкинетический, эпилептический, цереброастенический;
- двигательных нарушений;
- повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

Отдаленными последствиями родовой спинальной травмы могут быть цервикальная недостаточность, нарушения мозгового и спинального кровообращения, близорукость, нарушение слуха, энурез, судорожные состояния, гипертоническая болезнь, синдромы рвоты и срыгивания, минимальной мозговой дисфункции, нарушения внимания с гиперактивностью (СДВГ).

Основной принцип восстановительной медицины в детской неврологической практике — выявление доклинических и ранних клинических форм заболеваний с целью предотвращения их развития. Главная задача восстановительного лечения — активизировать репаративные процессы в

ЦНС, пользуясь феноменом самореабилитации и высокой нейропластичностью мозга ребенка.

## Основные принципы реабилитации

Реабилитация детей, перенесших гипоксически-ишемическую энцефалопатию, проходит в специализированных стационарах (отделениях неврологии раннего возраста, центрах реабилитации маловесных и недоношенных детей, центрах нейропсихологической коррекции), отделениях реабилитации в детских поликлиниках (стационарзамещающие технологии).

Применяются средства патогенетической направленности: вазоактивные препараты, модуляторы синаптической проводимости, антиоксиданты и антигипоксанты, метаболиты и поливитаминные комплексы, нейропротективные препараты, нейропептиды и их аналоги, производные пиридоксина, цереброваскулярные препараты, многокомпонентные лекарственные средства.

## Немедикаментозная реабилитация

- Физическая реабилитация (лазеро-, свето- и цветотерапия, сухая иммерсия, естественные источники тепла, холода, вибра-

ция, аэроионо-, баро-, рефлексотерапия, гидротерапия и др.).

- Лечебная гимнастика и массаж (физическая активность, постуральные упражнения, специальные физические нагрузки для стимуляции «нормальных» двигательных паттернов, лечебная гимнастика в воде и др.).

- Новые коррекционные и обучающие методики: развивающие и корригирующие компьютерные игры («КИД/Малыш», «Сделаем мультфильм» и др.), в том числе основанные на принципах биологической обратной связи (БОС) с возможностью компьютерного тестирования, нейропсихологической диагностики и коррекции.

- Физиолечение: электрофорез с эуфилином 0,5% и никотиновой кислотой 0,25%; электрофорез с прозерином 0,05%; электрофорез с кофеином 1%; парафинолечение; синусомодулированные токи; ультратонотерапия.

- Метод сухой иммерсии. Снижает гиперрефлекторную возбудимость, гипертонус конечностей, уменьшает нарушения микроциркуляции ткани. Продолжительность процедуры 10—30 мин. Курс 10—15 сеансов.

- Свето- и цветотерапия с использованием лампы Биоптрон. Под действием поляризованного видимого света повышаются активность ферментов лимфоцитов

и клеточных мембран. Улучшаются метаболизм, двигательная и рефлекторная активность.

- Психопедагогическая коррекция (музыкотерапия, коррекционная педагогика, метод тактильно-кинестетических стимуляций). При возбуждении используют народные и лирические песни, романсы и произведения А. Вивальди, В. Моцарта, Ф. Шуберта, П.И. Чайковского, И.-С. Баха, при угнетении ЦНС — музыку в маршевом и плясовом ритме. Коррекционная педагогика основана на индивидуальном подходе к обучению детей и направлена на формирование возрастных реакций и умений, она активизирует процессы психического воздействия.

- Логопедические коррекционные занятия. Повреждения ЦНС влияют на развитие речевой функции ребенка. Для детей с различными нарушениями предречевого и речевого развития важны специальные занятия с логопедом. Доказано, что логопедическая коррекция должна начинаться не в возрасте 3 лет, а как можно раньше, на первом году жизни ребенка. Лучшие результаты достигаются, когда занятия с ребенком проводят совместно логопед, педагог и при необходимости психолог.

- Метод тактильно-кинестетических стимуляций. Установлено

положительное влияние пальцевого тренинга на формирование рефлекторных реакций и повышение двигательной активности. Этот метод снижает флексорный гипертонус кисти, развивает слуховое сосредоточение, тонкую моторику и речь.

Достижение максимального эффекта реабилитации детей с перинатальными поражениями ЦНС возможно при условии комплексного подхода, соблюдения принципов этапности, преемственности и непрерывности, при рациональном сочетании всех форм восстановительного лечения (физические методы, психолого-педагогическая коррекция).

## Литература

- Галактионова М.Ю., Осадцева Е.А. Перинатальные поражения нервной системы у детей и их последствия: подходы к терапии // Вопросы практической педиатрии. 2013. № 2.
- Клименко Т.М., Тарасова И.В., Касян С.Н. Перинатальное гипоксическое поражение центральной нервной системы: современный взгляд на проблему // Вопросы практической педиатрии. 2013. № 4.
- Юткина О.С. и др. Анализ факторов риска развития перинатальной энцефалопатии у детей первого года жизни по данным ДГКБ г. Благовещенска: Мат-лы науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы педиатрии». Благовещенск, 2014.

## Реабилитация детей с патологией органов дыхания в условиях детской городской клинической больницы

**Моисеева В.Н.,**

*зав. физиотерапевтическим отделением,  
врач-физиотерапевт ГАУЗ АО «Детская  
городская клиническая больница»,  
г. Благовещенск Амурской обл.*

Болезни органов дыхания (БОД) у детей, в том числе и хронические, — одна из самых актуальных проблем современной педиатрии. Длительная медикаментозная терапия нередко служит причиной аллергических, токсических и других побочных явлений.

Сегодня, как никогда, актуально развитие профилактического направления, основной принцип которого — не только «возврат» здоровья, утраченного в результате хронического заболевания, но и его постоянное воссоздание у здоровых детей с помощью оздоровительных мероприятий и недопущение хронизации процесса, в том числе и БОД.

В детской городской клинической больнице (ДГКБ) г. Благовещенска широко применяются методы немедикамен-

тозного воздействия на органы бронхолегочной системы, одно из них — галотерапия (ГТ) с использованием управляемого лечебного микроклимата (патент № 1793 932). На стены галокамеры нанесено специальное солевое покрытие, служащее буферной емкостью по отношению к атмосферной влаге и способствующее поддержанию асептических условий среды.

В этом помещении создается лечебная аэродисперсная среда, насыщенная сухим аэрозолем хлорида натрия с преобладающей респираторной фракцией частиц. С целью поддержания заданных оптимальных параметров микроклимата установлены датчики непрерывного измерения массовой концентрации аэрозоля хлорида натрия, а также температуры и относительной влажности воз-

духа. Микропроцессор поддерживает указанные параметры лечебной среды на заданном уровне. Использование сухого аэрозоля создает оптимальные температурно-влажностные условия. Это позволяет избежать развития отека слизистой дыхательных путей и бронхоспазма, возникающих при применении влажных аэрозолей.

Положительный эффект ГТ объясняется следующим. Как известно, одним из патогенетических механизмов обструктивных заболеваний легких служит нарушение мукоцилиарного клиренса. Аэрозоль хлорида натрия улучшает реологические свойства бронхиального содержимого, способствуя нормализации клиренса, что ведет к улучшению дренажной функции дыхательных путей: облегчается отделение мокроты, снижается ее вязкость. Аэрозоль натрия хлорида оказывает бактерицидное и бактериостатическое действие на микрофлору дыхательных путей, повышает гуморальный и клеточный иммунитет, снижает содержание IgE у больных бронхиальной астмой. К концу курса общее состояние больных позволяет отменить или снизить дозу ингаляционных адрено- или симпатомиметиков.

### Показания к применению ГТ:

- острые заболевания органов дыхания с затяжным течением и хронические заболевания органов дыхания в фазе вялотекущего или затихающего обострения;
- острый бронхит, протекающий более двух недель;
- хронический необструктивный и обструктивный бронхит;
- бронхиальная астма;
- бронхоэктатическая болезнь;
- муковисцидоз;
- врожденные аномалии и пороки развития легких, трахеи и бронхов;
- частые респираторные заболевания.

Применение ГТ улучшает дренажную функцию бронхов, поэтому данный вид лечения наиболее целесообразно назначать больным с клиническими признаками дискринии при наличии жалоб:

- на кашель с вязкой, трудноотделяемой мокротой;
- сухой, приступообразный кашель, сопровождающийся дистантными хрипами;
- приступы тяжелого дыхания или удушья, сопровождающиеся затрудненным выделением небольшого количества мокроты;

— низкую эффективность отхаркивающих средств.

Противопоказания к применению ГТ:

- грипп, ОРИ с высокой лихорадкой;
- кровохарканье;
- абсцесс, эмфизема;
- острые и хронические заболевания почек;
- наличие новообразования или подозрение на него.

### Результаты применения ГТ

Клинические испытания данной технологии на базе ведущих медицинских учреждений (Институт пульмонологии МЗМП РФ, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова и др.) свидетельствуют о ее высокой эффективности. Положительные результаты получены в 80% случаев у больных бронхиальной астмой. Ремиссия сохраняется от 3 до 12 мес. У детей, получавших ГТ, в 1,5 раза реже отмечаются обострения бронхолегочного процесса. По нашим наблюдениям, снижаются количество и тяжесть течения респираторных заболеваний у детей до трех лет в группе часто болеющих детей, что подтверждает эффективность галотерапии.

Таким образом, применение ГТ предупреждает развитие ос-

ложнений, повышает эффективность лечения и может быть рекомендована на всех этапах медицинской реабилитации детей с бронхолегочной патологией.

### Аэроионотерапия

В настоящее время для оздоровления часто болеющих детей используется биоуправляемая аэроионотерапия, позволяющая дозировать ионную нагрузку и контролировать поглощенную дозу аэроионов. Это определяет эффективность данного метода. Аэроионотерапия улучшает функциональное состояние вегетативной нервной системы, нормализует показатели иммунитета, повышает уровень физической подготовленности детей, значительно снижает частоту случаев ОРВИ.

### Низкочастотная магнитотерапия

Этот метод лечения эффективен в 82% случаев. Катамнестические наблюдения, проведенные в течение 12 мес., свидетельствуют о стойкости его терапевтического эффекта, что выражается в сокращении количества приступов затрудненного дыхания, особенно ночных, улучшении самочувствия, исчез-



новении признаков вегетативной и эмоциональной лабильности. Этот метод рекомендован на всех этапах восстановительного лечения детей с респираторной патологией.

## Применение светового излучения

Для лечения и оздоровления детей с патологией органов дыхания используется инфракрасное лазерное и красное светодиодное излучение оптического диапазона (фотохромотерапия СПЕКТР-ЛЦ, МИЛТА Ф 8-01) (см. фото).

Применение этого метода стимулирует иммунные механизмы и фагоцитарную реакцию клеточных ретикуло-эндотелиальных элементов, что оказывает противовоспалительное действие, улучшает метаболические процессы в патологических зонах.

## Применение различных методов электротерапии

Методы электротерапии направлены на улучшение дренажной функции бронхов, психоэмоционального состояния (электростимуляция, транскраниальная

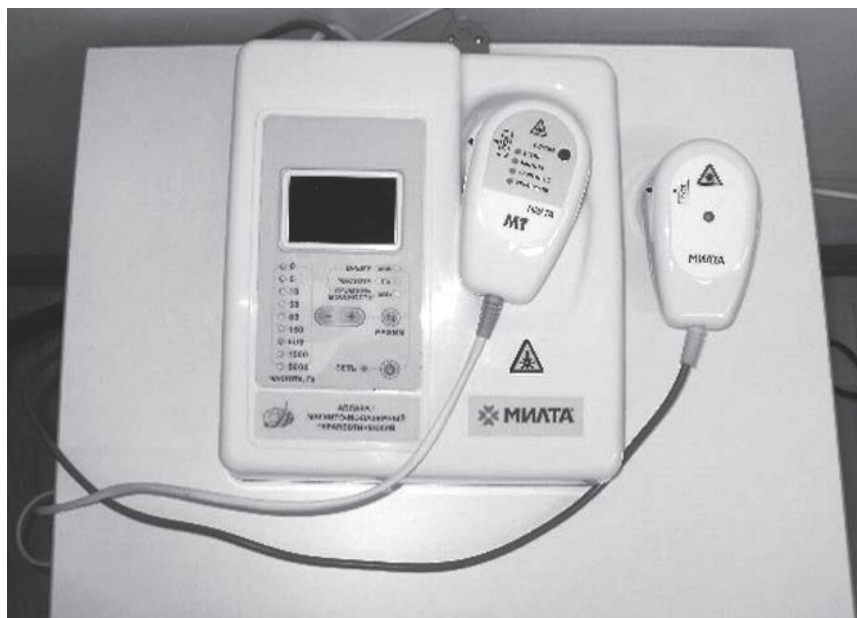


Фото. Аппарат МИЛТА Ф 8-01

электростимуляция, электросон, общие методики гальванизации по Вермелю, Щербаку).

## **Гидромассажный комплекс для общего вихревого массажа и хромотерапии**

Гидромассажный комплекс дает возможность сочетанного подводного автоматического вихревого и воздушно-вихревого массажа и хромотерапии. Вихревой массаж проводится по 5 анатомическим зонам через 16 эргономично расположенных вихревых дюз.

Гидромассажные процедуры с эффектом прибора обеспечиваются запрограммированной подачей воды с чередованием вихревого и воздушно-пузырькового массажа.

Гидромассажный комплекс включает душ Шарко, циркулярный, восходящий со стулом, и дождевой душ с возможностью пультового управления и индивидуального подбора для каждого пациента.

Для оздоровления часто болеющих детей применяются методы гипербарической оксигенации, эрготерапия, в кабинетах лечебной физкультуры проводятся сеансы дыхательной гимнастики.

Для создания необходимого психоэмоционального настроения

и мотивации к выздоровлению с детьми занимается психотерапевт.

Ингаляционная терапия проводится с помощью аппаратов фирмы «ОМРОН».

Таким образом, в ДКГБ г. Благоевченска созданы условия для проведения современных реабилитационных мероприятий для детей с острой и хронической бронхолегочной патологией, в том числе имеющих трудности адаптации к ДОО, входящих в группу часто болеющих детей.

Персонализированный подход к пациентам в отделении физиотерапии позволяет выбрать индивидуальную программу реабилитации для каждого ребенка с учетом особенностей его респираторного тракта и психофизиологических характеристик.

## **Литература**

- Разумов А.Н.* и др. Оздоровительные технологии восстановительной медицины в педиатрии: Учеб. пособие для врачей. М., 2008.
- Разумов А.Н.* и др. Применение галотерапии в педиатрии. М., 2007.
- Хан М.А.* и др. Медицинская технология применения галотерапии для оздоровления детей в общеобразовательных учреждениях: Учеб. пособие для врачей. М., 2009.

## Профилактика зрительных расстройств у детей с миопией

Тимошенко Т.А.,

канд. мед. наук, врач-офтальмолог Центра коррекции зрения «Сфера», г. Благовещенск Амурской обл.

В структуре заболеваемости детей и подростков патология органов зрения занимает одно из ведущих мест и составляет, по данным различных авторов, от 29 до 57%. Одной из основных причин зрительных расстройств служат аномалии рефракции, среди которых лидирующее место занимает врожденная и приобретенная миопия [1].

Наибольшее медико-социальное значение миопии в структуре зрительных расстройств у детей определяется не только высокой частотой в популяции, но и склонностью к развитию осложнений [3]. По данным М.И. Разумовского и соавт., в различных регионах РФ до 80,7% офтальмопатологии у детей приходится на миопию. При этом заболеваемость миопией имеет тенденцию к ежегодному увеличению: за последние 10 лет она выросла в 1,5 раза. Среди выпускников школ частота этого заболевания

достигает 20—26%, из них миопия высокой степени встречается в 6,8% случаев [3].

Роль зрительного анализатора велика и уникальна. Зрение — основное звено, связывающее человека с окружающим миром. Главная функция органов зрения — центральная, определяемая остротой. Снижение остроты зрения, особенно в раннем детском возрасте, приводит к появлению вторичных отклонений в психическом и физическом развитии. В первую очередь страдают функции, тесно связанные со зрением, а именно восприятие предметов и явлений действительности, ориентация в пространстве, формирование представлений и измерительных действий. К тому же в известной степени замедляются процессы запоминания, затрудняются мыслительные операции. При нарушении зрения также отмечаются недостатки формирования дви-

гательных функций: скорости, точности, координации движений. Это в определенной степени ограничивает возможность получения профессионального образования и трудоустройства в будущем, приводит к негодности юношей к военной службе (по состоянию здоровья), что, безусловно, имеет социальное значение.

Миопия, возникающая нередко в дошкольном и младшем школьном возрасте, впоследствии прогрессирует, приводя к серьезным изменениям в структурах глаза и значительной потере зрения. В настоящее время существует множество подходов к лечению этой патологии, включающих проведение как консервативных, так и оперативных мероприятий [2]. Однако несмотря на это терапия зачастую не дает значительных результатов, требуется дальнейший поиск новых, более эффективных методов лечения.

Профилактика как первичная, так и вторичная способствует сохранению зрения.

Первичная профилактика миопии у детей заключается в предупреждении ее возникновения, вторичная — в замедлении или остановке ее прогрессирования. Однако без учета этиопатогенетических механизмов осуществить это в полной мере

невозможно. Известно, что в появлении миопии большую роль играют наследственные и средовые факторы [2]. Особое значение в патогенезе этого заболевания имеют нарушения гидродинамики глаза, изменения прочностных свойств склеры, регионарной гемодинамики, приводящие к снижению уровня трофики оболочек глаза.

В патогенезе этого заболевания большую роль играют склеральный фактор, а также нарушение кровоснабжения глаза. Эти нарушения проявляются в уменьшении пульсового и минутного объема крови, циркулирующего в интрасклеральных сосудах, снижении реографического коэффициента, отображающего изменения объемной скорости кровотока в увеальном тракте, уменьшении давления крови в центральной артерии сетчатки, замедлении кровотока в глазу, наличии морфологических изменений в сосудах хориоидеи и сетчатки при высоких степенях миопии. Гемодинамические нарушения в глазу при миопии отмечаются уже на начальных этапах ее развития. Об этом свидетельствуют показатели недостаточного кровоснабжения при разных степенях этого заболевания.

Слабость аккомодации при миопии и ее прогрессирова-

ние некоторые исследователи связывают с нарушениями кровообращения в вертебробазилярной системе, что выступает следствием родовой травмы в области шейного отдела позвоночника. При обследовании детей с миопией в 52% случаев выявляются симптомы ишемических нарушений в переднероговых структурах шейного отдела спинного мозга и ретикулярной формации ствола головного мозга. Это выражается в гипотрофии мышц плечевого пояса, кривошеи, асимметрии надплечий и т.д.

По данным разных авторов, миопия возникает на фоне общего ослабления организма, связанного не только с патологией кровообращения в вертебробазилярных сосудах и ЦНС, но и с гипо- и авитаминозами, анемиями, хроническими инфекционными, вегетативными и кардиологическими заболеваниями, дисфункцией различных этиологий гепатобилиарного и желудочно-кишечного трактов [4].

В ходе научных исследований выявлена связь между развитием миопии и наличием у детей экстраокулярных общесоматических заболеваний. Так, у школьников с миопией в 43,5% случаев диагностированы заболевания ЦНС и в 20,3% — нарушения осанки [4].

Более того, единственным и первым симптомом перечисленных заболеваний детского организма часто становится аномалия рефракции в сторону ее «усиления» с последующим снижением зрения.

В механизме развития миопии принято выделять три основных звена (Э.С. Аветисов): нарушение аккомодации, ослабление склеры и наследственную предрасположенность. Эти факторы — патогенетические звенья возникновения миопии, а их причиной могут служить выше-названные симптомокомплексы общесоматических заболеваний детского организма.

Таким образом, своевременное выявление и проведение соответствующей лечебной коррекции этих изменений может способствовать профилактике возникновения и прогрессирования миопии у детей.

Для предупреждения развития и прогрессирования зрительных расстройств у детей, в том числе при миопии, необходимо своевременное (начиная с раннего возраста) проведение комплекса профилактических мероприятий, имеющих личную и медицинскую направленность. Только совместное их осуществление будет способствовать профилактике зрительных расстройств у детей.

Не менее важно предотвратить осложнения, к которым может привести уже возникшая глазная патология (вторичная профилактика), а именно миопия.

Личная профилактика включает:

- ведение здорового образа жизни: рациональное и здоровое питание, адекватная физическая активность, соблюдение режима труда и отдыха, гармоничные семейные отношения, психогигиена, отсутствие вредных привычек;
- соблюдение гигиенических требований и норм;
- своевременное консультирование со специалистами в области укрепления здоровья и предупреждения заболеваний;
- выполнение рекомендаций по ведению здорового образа жизни.

Первичная медицинская профилактика заключается в разработке гигиенических требований к условиям окружающей среды; экологический и социально-гигиенический мониторинг; индивидуальное и групповое консультирование, направленное на формирование здорового образа жизни; улучшение организации и повышение качества всех видов профилактических медицинских

осмотров, формирование мотивации к контролю за здоровьем; диспансеризация населения для выявления рисков развития хронических соматических заболеваний и оздоровление лиц и контингентов населения, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов с применением мер медицинского и немедицинского характера; иммунопрофилактика; оздоровление.

Вторичная медицинская профилактика включает целевое санитарно-гигиеническое воспитание и консультирование, обучение конкретным знаниям и навыкам; проведение целевых медицинских профилактических осмотров для раннего выявления заболевания, диспансеризацию лиц с повышенным риском заболеваемости, направленную на снижение влияния модифицируемых факторов риска, своевременную диагностику заболеваний и их лечение; проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления.

Одним из факторов, способствующих развитию миопии у детей, служит чрезмерная зрительная нагрузка, которая в большинстве случаев несопоставима с возрастной адаптационной способностью. Это обстоятельство свидетельствует о

большом значении правильной организации занятий, связанных со зрительным напряжением.

Наибольшая нагрузка на зрение у детей возникает во время выполнения обязательных занятий, поэтому контроль за их продолжительностью и рациональным построением очень важен, особенно в дошкольном и раннем школьном возрасте. Длительность зрительной работы на близком расстоянии в младшей группе не должна превышать 10 мин, а в старшей и подготовительной к школе группах — 20 мин. Такие занятия следует чередовать с занятиями, не связанными со зрительным напряжением (пересказ прочитанного, чтение стихов, дидактические игры и др.) или с 2—3-минутной физкультурной паузой.

В случае проведения двух и более занятий в день необходимо соблюдать 10-минутный перерыв между ними. В него следует включить выполнение упражнений, предполагающих чередование фиксации взгляда на близко и далеко расположенных объектах.

Большую роль для охраны зрения детей играет правильная организация занятий не только в образовательных учреждениях, но и в домашних условиях.

Занятия дома выполняются на фоне большого статического напряжения и требуют постоянного активного участия зрения (рисование, лепка, чтение, письмо, сборка детского конструктора, бисероплетение и др.). Поэтому родители должны тщательно следить за характером деятельности ребенка дома.

Общая продолжительность занятий дома в течение дня не должна превышать 40 мин для детей 3—5 лет и 1 ч — для детей 6—7 лет. Желательно, чтобы дошкольники занимались как в первую, так и во вторую половину дня и чтобы между утренними и вечерними занятиями было достаточно времени для активных игр, пребывания на воздухе, трудовой деятельности.

Для охраны зрения важны не только правильная организация обязательных занятий, но и режим дня в целом. Правильное чередование в течение дня разных видов деятельности — бодрствования и отдыха, достаточная двигательная активность, максимальное пребывание на воздухе, своевременное и рациональное питание, систематическое закаливание — вот комплекс необходимых условий для правильной организации режима дня. Систематическое выполнение их будет способствовать хорошему самочувствию детей, поддержа-



нию на высоком уровне функционального состояния нервной системы и, следовательно, положительно повлияет на процессы роста и развитие как отдельных функций, в том числе зрительных, так и всего организма.

В режим дня любого современного ребенка включены просмотр детских развлекательных телепередач и мультипликационных фильмов на экране телевизора или мониторе компьютера, а также игры на различных электронных устройствах, длительное увлечение которыми оказывает неблагоприятное влияние на зрительные функции.

Разрешая детям смотреть телевизионные передачи, необходимо регулировать их частоту, длительность и создать благоприятные условия для просмотра. Рекомендуется смотреть только специальные детские передачи с соблюдением возрастных ограничений с длительностью непрерывного просмотра в течение не более 30 мин, с оптимального расстояния до экрана (не ближе 2 м) и расположением непосредственно перед ним, в комнате с естественным или искусственным освещением. Длительность занятия с компьютером или другим электронным устройством не должна превышать 10—15 мин (и только для детей не младше 6 лет).

Проведение профилактических мероприятий невозможно без совместного участия врачей-офтальмологов, педиатров и ряда квалифицированных медицинских работников. Необходимо создавать новые высокотехнологичные специализированные детские учреждения по лечению зрительных нарушений (кабинеты охраны зрения, детские сады, санатории для детей с заболеваниями глаз, стационары), которые позволят обеспечить этапность, преемственность и высокую эффективность оказания помощи детям с патологией зрения.

## Литература

1. *Кравченко И.А.* Заболеваемость детей дошкольного возраста, по данным выборочного исследования // Организация здравоохранения. 2013. № 2.
2. *Обрубов С.А., Тумасян А.Р.* К лечению прогрессирующей близорукости у детей // Вестник офтальмологии. 2005. № 4.
3. *Таррута Е.П., Кушнаревич Н.Ю., Иомдина Е.Н.* Прогнозирование осложненного течения миопии у детей // Вестник офтальмологии. 2004. № 3.
4. *Четыз Р.Р.* Роль экстраокулярной патологии в патогенезе близорукости у детей и ее комплексное лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007.

## Пробиотики в практике педиатра

**Романцова Е.Б.,**

*д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой педиатрии  
ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская  
академия Минздрава России», г. Благовещенск  
Амурской обл.*

Огромную роль в процессе жизнедеятельности макроорганизма играет микрофлора. Общее число микроорганизмов, населяющих различные отделы человеческого организма, более чем на порядок превышает численность его собственных клеток и составляет около  $10^{14}$ — $10^{15}$ . Внутренний микробный мир нашего организма (микробиота) участвует во всех процессах метаболизма, он жизненно важен для структурного и функционального состояния кишечника, имеет огромное значение для здоровья человека в целом. Без участия бактерий не обходится ни один процесс в организме. Кишечный микробиоценоз — сложная высокоорганизованная экосистема, насчитывающая более 500 видов микроорганизмов, которая реагирует качественными и количественными сдвигами на динамическое состояние ор-

ганизма человека в различных условиях жизнедеятельности, здоровья и болезни. Разрушение этой системы может привести к развитию многих заболеваний. Общий геном населяющих нас микроорганизмов содержит генов в 100 раз больше, чем человеческий геном.

Международный проект «Микробиом человека» (Human Microbiome Project), реализуемый с 2007 г., в котором участвуют США и многие страны Европы, связан с новыми ДНК-технологиями, достижениями в области биоинформатики. С появлением методов изучения генома представления о внутричеловеческих экосистемах сегодня могут радикально измениться. И очень важно понять механизмы взаимодействия микроорганизмов между собой и с макроорганизмом, поскольку кишечный микробиоценоз рассматривается как основная детерминанта здо-

ровья или заболевания людей, а каждый взрослый человек «носит в себе» от полутора до трех килограммов микробов.

Цель проекта — расшифровка 900 полных геномов микробов. В конечном счете это будет лишь малой толикой информации о всех микробах, живущих в человеческом теле, которые составляют так называемый *микробиом*. Этот проект служит логическим развитием и продолжением проекта «Геном человека», цель которого — полная расшифровка человеческого генома.

Первые результаты генетического анализа биоматериала говорят о том, что в человеческом организме обитают свыше 10 тыс. видов различных микробов. Такое разнообразие микробиома обеспечивает человека гораздо большим количеством генов, чем представляли ранее. Для сравнения: в геноме человека содержится 22 тыс. генов, кодирующих белки для регуляции метаболизма. Микробиом добавляет еще около 8 млн уникальных бактериальных генов. Ученые убедились, что не существует какого-то основного состава микроорганизмов, которые выполняют определенные функции. Это могут делать разные сочетания бактерий. Содержание микробов в организме меняется

в зависимости от местности проживания человека, его диеты, приема антибиотиков, стрессов и других факторов. Кишечные палочки одного вида могут заменяться другими, при этом не менее эффективными.

Ученые говорят об открытии нескольких энтеротипов кишечника человека, а это заставляет думать о роли энтеротипа в реализации заболевания. Отмечено, что кишечная флора различна не только у людей, проживающих на разной территории. На ее формирование оказывает влияние и уровень жизни и гигиены людей: чем ниже уровень гигиены, тем большее разнообразие микроорганизмов и ниже уровень аллергии. По бактериальному составу кишечника можно приблизительно определить наш возраст, конституцию или регион проживания. Однако для ученых и сегодня остается загадкой роль многих уже изученных бактерий и вирусов, геном которых полностью секвенирован.

Кишечник человека — один из самых густозаселенных микроорганизмами участков нашего тела. Человек вместе с живущими в его кишечнике микробами представляет собой единый «сверхорганизм». Обмен веществ в нем в значительной степени определяется ферментами,

гены которых локализованы не в человеческих хромосомах, а в геномах симбиотических микробов.

Широкое распространение дисбиотических нарушений делает важным разработку методов комплексной коррекции микробиоценоза, направленных не только на восстановление эволюционно обусловленных микробных популяций, но и обеспечивающих воздействие на макроорганизм в целом.

Формируется микробиота еще на этапе внутриутробного развития плода: об этом говорят многочисленные работы отечественных и зарубежных ученых (плод получает от матери какое-то количество индигенных микроорганизмов). Важна первичная колонизация микрофлорой новорожденного в раннем неонатальном периоде, поскольку в дальнейшем состоянии здоровья, предрасположенность к ряду заболеваний зависит от характера кишечной микрофлоры и ее активности. Определяется этапность заселения микрофлоры новорожденного: массивная колонизация в момент рождения, первый этап — «условно-асептическая», второй этап — «нарастающей колонизации», 10—20 ч после родов, с 3—5-го дня — третий этап, когда происходит «трансформа-

ция микрофлоры», вытеснение бифидофлорой других микроорганизмов. Очень важно, как сформировалось расселение микроорганизмов в течение первых двух лет жизни. После этого можно говорить, что ребенок является иммунологически зрелым. Каждый из нас имеет свой неповторимый состав микрофлоры.

Сегодня существует точка зрения, что ребенка не следует растить в стерильных условиях, наоборот, нужно дать ему возможность приобрести иммунологическую толерантность, что защитит малыша от большого количества патогенных микроорганизмов.

Микробиота выполняет множество функций: иммуномодулирующую, метаболическую (участие в метаболизме белков, пептидов, желчных кислот, синтезе витаминов, ферментации неперевариваемых углеводов с образованием короткоцепочечных жирных кислот).

На формирование микробиоты влияют:

- способ родоразрешения (естественные роды предпочтительнее кесарева сечения);
- характер вскармливания (естественное).

При естественных родах колонизация бактериальными штаммами у ребенка осущест-

вляется за счет вагинальной флоры и флоры желудочно-кишечного тракта матери. Бактерии, которые находятся во влагалище беременной женщины, имеют свойства меняться во время беременности, как полагают ученые, возможно, для того, чтобы создавалась наиболее благоприятная здоровая среда при рождении ребенка. Различия в штаммах бактерий сохраняются на протяжении всего периода младенчества. Дети, рожденные путем кесарева сечения, имеют более медленную диверсификацию микробиоты (ее изменение, увеличение), что наблюдается и через несколько месяцев после рождения или даже через несколько лет. Раннее приобретение условно-патогенной микрофлоры может влиять на иммунофизиологическое развитие ребенка, в результате чего формируется повышенный риск развития отдельных заболеваний.

Очень много еще неизвестно о микробиоте: значимость для организма такого большого разнообразия микроорганизмов, общий генетический аппарат бактерий в сотни раз превосходит наш собственный по количеству генов и их разнообразию, некоторые бактерии (например, стрептококки) обладают противоопухолевым эффектом, а серо-

тонина «наши» микроорганизмы вырабатывают в десять раз больше, чем клетки головного мозга. Соматические заболевания связаны с нарушением микробиоты, что говорит о большой значимости и важности изучения микробиома человека.

Очень легко нарушить этот природный баланс: необдуманное применение антибиотиков «как профилактика инфекций», соматических заболеваний, излишняя гигиена, когда нарушается микромир человека. Восстановить и скорректировать микробиоту в организме — задача пробиотиков.

Пробиотики — живые микроорганизмы, которые при введении в адекватном количестве оказывают положительное действие на организм хозяина. Они влияют на рН в просвете толстой кишки, образуя молочную и уксусную кислоты, тем самым подавляя рост патогенных микроорганизмов.

Пробиотики — класс микроорганизмов и веществ микробного и иного происхождения, использующихся в терапевтических целях, а также пищевые продукты и биологически активные добавки, содержащие живые микрокультуры. И.И. Мечников первым из ученых провел исследования возможности восстановления кишечной микрофлоры

с помощью молочнокислой палочки (*Lactobacillus delbrueckii subsp. bulgaricus*).

По определению ВОЗ, пробиотики — непатогенные для человека микроорганизмы, способные восстанавливать нормальную микрофлору органов, а также губительно воздействовать на патогенные и условно-патогенные бактерии.

Иными словами, пробиотиками называют микробы, которые в норме составляют микрофлору человека.

#### **Факторы возникновения дисбиоза:**

- антибиотики (используемые при лечении детей и в пище);
- ожирение;
- нарушения гигиены;
- стресс;
- инфекции с патогенными бактериями.

В настоящее время к пробиотикам относят следующие микроорганизмы:

- лактобактерии (*L. acidophilus*, *L. plantarum*, *L. casei*, *L. bulgaricus*, *L. lactis*, *L. reuteri*, *L. rhamnosus*, *L. fermentum*, *L. jonsonii*, *L. gassed*);
- бифидобактерии (*B. bifidum*, *B. infantis*, *B. longum*, *B. breve*, *B. adolescents*);
- непатогенные разновидности *Escherichia Coli*;
- непатогенные разновидности *Bacillus* (*B. subtilis*);

— непатогенные разновидности *Enterococcus* (*Enterococci faecium*, *E. salivarius*);

— молочнокислый стрептококк (*Str. thermophilus*);

— дрожжевые грибки *Saccharomyces boulardii*.

#### **Позитивные аспекты симбиоза:**

- снижение активности воспаления;
- качественный эпителиальный барьер;
- регуляция нейтрофильной активности;
- регуляция функции иммунной системы.

#### **Последствия дисбиоза:**

- усиление и дисрегуляция воспалительного ответа;
- аутоиммунные заболевания;
- онкопатология;
- дисбаланс в иммунной системе.

Воздействие пробиотиков связано:

- с нормализацией проницаемости слизистой оболочки кишки;
- препятствием для проникновения чужеродных агентов через слизистую кишечника.

Пробиотики модулируют иммунный ответ, увеличивая фагоцитарную активность, стимулируют секрецию sIgA, поддерживают баланс Т-хелперов, стимулируют секрецию антимикробных веществ, увеличивают продукцию

муцина. Это ведет к ингибированию возбудителя и регуляции воспалительной реакции.

Применение пробиотиков улучшает баланс между представителями нормальной микрофлоры и патогенными или условно-патогенными микроорганизмами. Они продуцируют витамин К, биотин, ниацин и фолиевую кислоту; понижают концентрацию холестерина в крови, нормализуют моторную функцию кишечника, устраняют вздутие живота, метеоризм, колики, стимулируют и улучшают функции местного иммунитета, устраняют интоксикацию, губительно воздействуют на бактерию *Helicobacter pylori*, восстанавливают микрофлору кишечника после антибиотикотерапии; купируют понос, вызванный острой кишечной инфекцией.

Описанные эффекты в большей или меньшей степени свойственны всем микроорганизмам, относящимся к пробиотикам, хотя они разные по составу и их использование должно быть очень грамотным.

Пробиотики подразделяются на две группы — жидкие и сухие.

В зависимости от бактерий, содержащихся в препарате, пробиотики классифицируются на следующие группы:

— молочнокислые штаммы — пробиотики содержат *L. Acidophi-*

*lus*, *L. plantarum*, *L. bulgaricum*, *L. casei*, *L. fermentum*, *B. lactis*. В норме они составляют 5—7% общей микрофлоры кишечника. Молочнокислые штаммы вырабатывают молочную кислоту и создают необходимую для нормального роста и жизни основных микроорганизмов кислотность среды кишечника;

— донорские штаммы — пробиотики содержат *B. bifidum*, *B. longum*, *B. infantis*, *B. adolescents*, *L. rhamnosus*, *E. faecium*, *L. salivarius*; они представляют собой бактерии, составляющие нормальную микрофлору кишечника (в норме 90—93% таких штаммов).

— антагонисты представляют собой бактерии, которые в норме не живут в кишечнике человека, но оказывают полезное действие при их приеме внутрь. Антагонисты — *B. subtilis*, *S. boulardii*. Они полностью удаляются из кишечника примерно в течение суток после последнего приема, подавляют рост патогенных микроорганизмов (вирусы, шигеллы, сальмонеллы, холерный вибрион и т.д.).

В зависимости от состава препарата пробиотики подразделяют на следующие группы:



- монокомпонентные — содержат только один штамм бактерий (например, Бифидумбактерин, Лактобактерин, Колибактер и др.);
- поликомпонентные — содержат несколько разновидностей бактерий (обычно 2—3). Примеры поликомпонентных пробиотиков — Бифилонг (2 вида бактерий), Бифинорм (3 вида), Ацилакт (3 вида), Аципол (2 вида), Бифидин (2 вида), Линекс (3 вида), Бифиформ (3 вида), Полибактерин (3 вида);
- комбинированные (синбиотики) — содержат бактерии нормальной микрофлоры и какие-либо вещества, создающие оптимальные условия для данных микроорганизмов, например, Кипацид (лактобациллы + иммуноглобулины), Бифилиз (бифидобактерии + лизоцим), Биофлор (кишечная палочка + экстракт сои и прополиса); Нормобакт L;
- сорбционные — содержат бактерии нормальной микрофлоры в сочетании с энтеросорбентами, например, Бифидумбактерин форте, Пробиофор, Бификол форте, Экофлор;
- рекомбинантные — содержат генно-модифицированные бактерии, которым вживлен ген с определенными характеристиками, например Субалин.

Пробиотики также разделяются по родовой принадлежности бактерий на содержащие:

- бифидобактерии: Бифидумбактерин, Бифидумбактерин-форте, Бифилиз, Бифиформ, Бификол, Пробиофор и др.;
- лактобактерии: Лактобактерин, Аципол, Ацилакт, Линекс, Биобактон, Гастрофарм и др.;
- кишечную палочку: Колибактерин, Бификол, Биофлор и др.;
- ациллы, сахаромикеты или энтерококки: Бактисубтил, Бактиспорин, Споробактерин, Биоспорин, Энтерол, Линекс, Бифиформ и др.

Среди проявлений дисбаланса микрофлоры ЖКТ наиболее выражен дефицит лактобактерий, который отмечается более чем у 1/3 пациентов. У пациентов с острой кишечной инфекцией (ОКИ) также наблюдаются снижение уровня бифидобактерий, дефицит типичной кишечной палочки.

Терапевтический эффект пробиотиков при острых инфекционных диареях зависит от времени их назначения. Ранее существовало мнение о целесообразности назначения пробиотиков в период реконвалесценции ОКИ. Впоследствии было доказано, что применение пробио-

тиков необходимо в «стартовой терапии» ОКИ (А.В. Горелов и соавт.). Клинически подтверждено преимущество данного подхода: применять эти препараты «не позднее 3 суток от момента начала заболевания у детей от 6 мес. до 14 лет».

У пациентов статистически значимо наблюдалось улучшение по следующим симптомам:

- диарея;
- рвота;
- бледность, мраморность кожи;
- боли в животе.

Пробиотики для лечения остро-го инфекционного гастроэнтерита (по рекомендациям, разработанным рабочей группой ESPGHAN, 2014) должны соответствовать следующим характеристикам:

- оставаться жизнеспособными и стабильными при хранении и попадании в ЖКТ;
- реализовывать свои основные эффекты на уровне кишечной экосистемы.

Многочисленные исследования демонстрируют эффективность некоторых пробиотиков в профилактике или предотвращении и сокращении продолжительности симптомов:

- острой диареи (в частности, ротавирусного гастроэнтерита);
- рецидивов бактериального вагиноза;

- атопического дерматита;
- пищевой аллергии;
- младенческих колик;
- некротического энтероколита;
- антибиотик-ассоциированной диареи;
- диареи путешественников;
- респираторных инфекций;
- синдрома раздраженной кишки;
- воспалительных заболеваний кишечника;
- инфекций урогенитального тракта.

Различают следующие виды пробиотиков:

- пробиотические комплексы, содержащие пробиотики, пребиотики, сорбенты, витамины, минералы, аминокислоты и другие вещества, полезные для работы кишечника: Бифидумбактерин-форте (бифидобактерии и активированный уголь), Пробиофор (бифидобактерии и активированный уголь) и др.;
- пробиотики вместе с пребиотиками (симбиотики): Биофлор (кишечная палочка + экстракт сои и прополиса), Эубикор (*Saccharomyces cerevisiae*, пищевые волокна и витамины), Нормобакт L (лактобактерии, фруктоолигосахариды) и др.;
- симбиотики (несколько пробиотиков) — лекарственные препараты, в состав кото-

рых входит несколько видов микроорганизмов-пробиотиков или несколько штаммов одного и того же типа бактерии. Например, любой препарат, содержащий 2—3 вида лактобактерий или бифидобактерии и молочно-кислые стрептококки, будет симбиотиком;

- синбиотики — лекарственные препараты, которые содержат комбинацию из пробиотиков и пребиотиков (комплексные препараты);
- монокомпонентные пробиотики: Ацилакт (лактобактерии); Бактиспорин (Бациллюс субтилюс); Лактобактерин (лактобактерии) и др.;
- многокомпонентные пробиотики (симбиотики): Ацидобак (9 видов лактобактерий); Аципол (лактобактерии, грибки кефирные); Линекс (лактобактерии, бифидобактерии, энтерококки) и др.;
- пребиотики — органические соединения, создающие наилучшие условия для роста и размножения бактерий из групп пробиотиков. К пребиотикам относятся клетчатка, неочищенные злаки, отруби, свежие молочные продукты, фрукты, овощи.

Существуют смеси с пробиотиками и пребиотиками для детского питания, снижающие

частоту поносов, метеоризма, расстройств пищеварения и срыгиваний у грудничков.

В педиатрической практике в качестве пробиотиков рекомендованы лактобациллы и бифидобактерии, являющиеся наиболее распространенными представителями флоры ребенка. Препараты, содержащие пробиотики (*Bifidobacterium Lactis* — Bb12, *Bifidobacterium Bifidus*, *Bifidobacterium infantis*), с успехом используют в профилактике некротизирующего энтероколита, *Lactobacillus GG* — для профилактики экземы, *Lactobacillus Reuteri* — в редуцировании симптомов колик, запоров, гастроэзофагеального рефлюкса.

Были проведены двойные слепые плацебоконтролируемые исследования в отношении *Lactobacillus rhamnosis GG*, входящего в состав препарата Нормобакт L. Штамм LGG выделен из кишечника здорового человека с максимально высоким содержанием бактерий — 4 млрд лактобактерий в одном саше. Содержит пребиотик: фруктоолигосахариды — 800 мг. Сокращенное название штамма LGG происходит от имен двух ученых, запатентовавших его в 1985 г. (Ш. Горбач и Б. Голдин). Штамм LGG абсолютно безопасен для человека.

В ходе исследований было выявлено, что препарат усиливает сопротивляемость ротавирусам, выделяет ферменты и витамины, увеличивает продукцию sIgA, продуцирует молочную кислоту, перекись водорода, лизоцим, конкурирует за места обитания с другими штаммами бактерий, стимулирует фагоцитоз, устойчив в кислой среде. Таким образом, LGG повышает защитные функции кишечника, стимулирует неспецифический иммунитет, снижает гиперчувствительность к пищевым аллергенам, благодаря ему проявляется выраженная антагонистическая активность в отношении условных и условно-патогенных микроорганизмов, в том числе к *Helicobacter pylori*.

*Lactobacillus GG* (по данным системного анализа, 2013: 15 рандомизированных и контролируемых клинических исследований) статистически значительно уменьшает продолжительность диареи по сравнению с плацебо или отсутствием лечения (среднее различие 1,5 дня). Наиболее эффективно назначение в ежедневной суточной дозе более  $10^{10}$  КОЕ.

Рабочая группа ESPGHAN по пробиотикам / пребиотикам (2014) по результатам анализа отнесла *Lactobacillus GG* к пробиотикам с высоким уровнем ре-

комендательной базы при ОКИ у детей и включила их в перечень для стран Европы в составе комплексной терапии с высокой ежедневной дозой LGG ( $> 10^{10}$  КОЕ/день) как для стационарных больных, так и для пациентов, находящихся на амбулаторном лечении. Штамм LGG положительно влияет на восстановление микрофлоры при остром гастроэнтерите, на 1,5 дня снижает продолжительность диареи. Препарат можно назначать с первого месяца жизни.

В достаточном терапевтическом титре, рекомендованном ESPGHAN, LGG находится в препарате Нормобакт L ( $4 \times 10^9$  КОЕ). Штамм LGG безопасен с точки зрения мутаций и выделения токсических веществ, устойчив в кислой среде.

LGG имеет подтвержденную эффективность в профилактике и лечении атопического дерматита у детей в стратегии раннего пищевого вмешательства.

Нормобакт L обеспечивает максимальную выживаемость и восстановление нормальной микрофлоры уже через 10 дней после начала приема.

Препарат применяется в комплексной терапии у детей и взрослых:

— при диареях инфекционного происхождения (ОКИ, ротавирусная инфекция);

- в комплексном лечении детей с пищевой аллергией и атопическим дерматитом;
- в период антибактериальной терапии (профилактика антибиотик-ассоциированной диареи);
- при хронических воспалительных заболеваниях кишечника;
- при терапии у детей, страдающих частыми ОРИ (ЧБД);
- у детей с признаками гиповитаминоза В-группы;
- у детей, находящихся на искусственном и смешанном вскармливании;
- при изменении привычного рациона питания.

Способ применения:

- от 1 мес. до 3 лет: по 1 саше в день во время еды;
- дети старше 3 лет и взрослые: по 1—2 саше в день во время еды;
- для детей до 3 лет содержимое саше растворяют в жидкости (не более 100 мл или добавляют в сцеженное грудное молоко);
- для детей старше 3 лет содержимое саше растворяют в йогурте, воде или молоке (препарат легко растворяется в пищевых жидкостях).

Продолжительность приема 10—14 дней.

В период приема антибиотиков и по окончании лечения

антибиотиками курс Нормобакта L может составлять 2—3 недели. Этот препарат относится к БАДам.

Таким образом, кишечная микробиота имеет важное иммуномодулирующее действие, последствия которого сказываются на годы вперед.

Важно помнить, что применение пробиотиков должно быть основано на принципах доказательной медицины. Прежде чем использовать пробиотик, необходимо ознакомиться с данными о безопасности штамма и его подтвержденной эффективности.

## Литература

- Веселова Ж.В.* и др. Микробиологическая характеристика кишечной микрофлоры у детей с аллергическими заболеваниями // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2012. № 2 (84).
- Захарова И.Н.* и др. Формирование микробиоценоза кишечника у детей, находящихся на естественном и искусственном вскармливании // Вопросы современной педиатрии. 2010. Март — апрель.
- Лифшиц К.Х.* Роль кишечной микробиоты и пробиотиков в педиатрии // Вестник современной клинической медицины. 2013. Т. 5. Вып. 1.
- Суворов А.* Драгоценная микробиота // Медицинский вестник. 2015. № 28 (713).

## Методика проведения гимнастики у детей 1–3 лет

**Костюк Р.Г.,**

*заслуженный врач Российской Федерации,  
врач лечебной физкультуры и спортивной  
медицины физиотерапевтического отделения,  
ГАУЗ АО «Детская городская клиническая больница»,  
г. Благовещенск Амурской обл.*

Во всех возрастных периодах важными показателями, характеризующими нервно-психическое и физическое развитие ребенка, выступают статические и динамические функции (двигательные навыки). Двигательный анализатор функционирует во взаимосвязи с другими анализаторами (зрительным, слуховым, вестибулярным) и отделами ЦНС. Раздражения — импульсы, поступающие через анализаторы в последнюю, способствуют ее развитию и поддерживают ее тонус.

Значение двигательного анализатора огромно. Мышечная деятельность — один из важнейших стимуляторов развития сердечно-сосудистой, дыхательной, выделительной и других систем. Таким образом, движения в дошкольном возрасте играют доминирующую роль. Они выступают одним из важнейших стимуляторов роста и развития органов и ЦНС, способствуют развитию психики и речи ребенка.

К особенностям ребенка второго и третьего года жизни относятся нарастание мышечной массы, изменение ее структуры, увеличение количества мышечных волокон, развитие которых обуславливает проявление быстроты, ловкости, силы и выносливости. В этот период совершенствуется ходьба, появляются элементы бега и сам бег, прыжки.

Развиваются лазанье, метание (бросание предметов) — моторика.



Каждый вид движения претерпевает несколько стадий (фаз):

- первая — генерализация. Ее особенность — широкая иррадиация возбуждательного процесса в коре больших полушарий;
- вторая — концентрация процессов возбуждения и постепенное становление двигательного стереотипа;
- третья — формирование двигательного навыка и его закрепление. Процессы возбуждения и торможения чередуются в определенной последовательности, что обуславливает точное выполнение движений и завершение формирования двигательного навыка (ходьба, бег, лазанье, сохранение равновесия, метание).

Совершенствование движений (ходьбы, прыжков, метания, лазанья, умения сохранять равновесие) происходит одновременно с развитием моторных зон в коре больших полушарий, тесно связанных с высшими сенсорными и вегетативными центрами, поэтому оно способствует развитию психических функций.

При развитии и совершенствовании движений (подвижные игры, производные движения, гимнастика) необходимо учитывать анатомо-физиологические особенности детей дошкольного возраста:

- незаконченное дифференцирование клеток коры головного мозга, в том числе соответствующих психомоторных центров, затрудняет движения, которые вызывают быстрое утомление;
- быстро растущий мягкий скелет легко подвергается разнообразным искривлениям из-за хрящевой ткани. Суставной и связочный аппарат находится в состоянии растяжения, поэтому легко могут возникнуть смещения и асимметрия в расположении основных частей скелета. Это следует учитывать при занятиях с детьми, предостерегая родителей от применения силовых движений, связанных с чрезмерной нагрузкой на плечевой пояс и длительных статических положений;
- в развитии и функциональном становлении ЦНС дошкольников большую роль играют положительные эмоции, поэтому двигательная активность (игра, гимнастика) должна всегда доставлять удовольствие.

## **Методика проведения гимнастических занятий**

- Детям до 2 лет необходимы индивидуальные занятия продолжительностью не более 10 мин,



поскольку у них не уравновешены основные нервные процессы, отмечается слабость процесса торможения (фото 1).

- С детьми 2—3 лет занимаются в малых группах в игровой, имитационной форме.

- Необходимо чередовать упражнения для всех мышечных групп, обязательно включать упражнения дыхательные и на расслабление.

- Следует избегать длительных статических положений.

- На каждом занятии должны выполняться упражнения для мышц спины, живота и ягодич-

ных мышц, которые способствуют развитию нормальной осанки, а исходные положения быть преимущественно горизонтальными.

- В каждом занятии нужны также упражнения на развитие и совершенствование ходьбы, бега, прыжков, лазанья, метания и сохранения равновесия, поскольку они стимулируют деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

- Упражнения вводятся последовательно по степени трудности. Они должны соответствовать умениям каждого ребенка.



Фото 1. Занятия ЛФК

• Занятия следует проводить систематически с постепенно увеличивающейся нагрузкой.

• Занятия обязательно должны вызывать положительные эмоции.

• Гимнастика проводится ежедневно.

• Занятия строятся по принципу развития основных движений (ходьба, бег, прыжки, лазанье, сохранение равновесия, метание).

• Физическая нагрузка повышается путем частых повторений упражнений и увеличения длительности занятий.

• Самостоятельно дети начинают ходить с 10—13 мес. Сначала появляются первые неуверенные шаги, в дальнейшем ходьба совершенствуется. Имитационная ходьба развивается параллельно пониманию речи. При этом важную роль играет ознакомление с образами животных. Для формирования ритмичной ходьбы применяются упражнения на координацию.

Примерный комплекс упражнений для развития и совершенствования ходьбы: ходьба через палочку с опорой и без нее, с мешочком на голове, между булавками и т.д.

Во время их выполнения необходимо постоянно следить за осанкой. Бегом дети овладевают к 2—3 годам. В беге развиваются

быстрота, выносливость. В этом движении участвует большое количество мышц.

Упражнения для формирования умения сохранять равновесие способствуют развитию координации движений, ловкости, смелости, внимания.

В прыжках вырабатываются ловкость и координация движений.

Ползание, подползание, лазанье предполагают движения, способствующие уменьшению нагрузки на позвоночник, которая в возрасте 2—3 лет уже достаточно велика из-за длительного сидения за столом во время приема пищи и на занятиях.

Метание (бросание предметов вниз или в горизонтальную цель) позволяет воспитать ловкость, добиваться координации движений.

### Примерный комплекс упражнений для детей 2—3 лет

- Ходьба через обручи.
- Бег, как у лошадок.
- Пробежать вокруг палки.
- Прыжки в обруч и обратно.
- Приседания. Стоя в обруче, присесть, затем встать, держа его в руках, поднять над головой, при этом посмотреть на него («Я на крышу погляжу»), переместить («Я в окошко погляжу»), затем



Фото 2. Занятие в кабинете эрготерапии

положить обруч перед собой на пол («И на место положу»).

- Подлезание под скамейку.
- Лежа на полу на спине захватывание мяча двумя ногами.
- Лазанье по вертикальной лесенке свободно чередующимися шагами.
- Метание предмета каждой рукой попеременно.
- Толкание и катание обруча («Кто дальше?») и т.д.

Большинство упражнений в данном возрасте выполняется с предметами (обручем, спортивной палкой, мячом, кубиками,

булавами, на массажном коврике). Нужны также упражнения на формирование правильной осанки, дыхательные упражнения, упражнения для развития мелкой моторики, эрготерапию (трудотерапию) (фото 2).

Упражнения повторяются по 3—4 раза и больше в зависимости от состояния здоровья ребенка и его двигательных навыков. Упражнения для мышц спины и живота, особенно при вялой и нарушенной осанке, выполняются большее число раз.

## Плавание как эффективное средство закаливания дошкольников

**Кабакова Г.А.,**

*инструктор по физической культуре МАДОУ д/с № 14,  
г. Благовещенск Амурской обл.*

Плавание — одно из самых эффективных средств закаливания, поскольку вода обладает высокой теплоемкостью. Во время плавания на ребенка влияют воздух, механическое воздействие водяных потоков и химический состав воды. Кроме того, плавание сопутствуют двигательная активность, приятные эмоции, нервная разрядка.

Мы провели экспериментальную работу для определения значения плавания в закаливании дошкольников.

*Задачи эксперимента:*

- провести опрос родителей, чтобы выявить наличие закаливающих процедур в семье;
- анализировать динамику уровня заболеваемости детей с целью дальнейшей оценки эффективности закаливания.

Наш детский сад успешно работает по единой методической теме «Разработка оптимальных способов физического развития, сохранения и укрепления здоро-

вья детей через коррекцию педагогических, психологических и медицинских воздействий на воспитанников».

*Результаты работы:*

- снижение заболеваемости детей на 1,4%;
- обновление программы детского сада;
- проведение дополнительного, более глубокого обследования детей, консультирование педагогов и родителей специалистами ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия».

Для последовательного и систематического обучения плаванию был разработан перспективный план. Учебный материал рассчитан на 32 занятия. Определены задачи каждого из них, подобраны игровые упражнения, предусмотрены последовательность их разучивания и постепенное введение более сложных элементов. Составлены примерные конспекты занятий.

Обучение плаванию состоит из трех этапов: подготовительного, основного и заключительного.

Подготовительный этап проводился в галерее бассейна. Он включал несколько общеразвивающих упражнений для разогревания, разминки и имитирующие подготовительные и подводящие упражнения, способствующие лучшему усвоению в воде техники плавательных движений.

Основной этап проходил на воде: выполнялись упражнения по овладению техникой плавания, повторялось пройденное, проводились игры на совершенствование усвоенных движений (фото 1).

Заключительный этап — самостоятельное произвольное плавание.

Обучение велось одновременно в трех направлениях:

- развивали силу дыхания, формировали умение делать быстрый глубокий вдох и продолжительный выдох;
- учили различным передвижениям в воде, погружению в воду, всплыванию;
- формировали культурно-гигиенические навыки и такие качества, как смелость, ловкость, выносливость.

Мы заметили, что гораздо труднее научить плавать очень подвижного ребенка: находясь



Фото 1. Упражнения в бассейне



Фото 2. Обучение плаванию

в воде, он сильно возбуждается, плохо слышит воспитателя, хуже усваивает технику плавательных движений. Занимаясь с такими детьми, мы старались учить их сдерживать эмоции, контролировать себя. Индивидуального подхода требовали и медлительные дошкольники, темп двигательной реакции которых ниже, чем у других. Для них были подобраны игры и занятия, повышающие двигательную активность: игры со сменой медленных движений на быстрые, и наоборот, а также со сменой одного вида движений на другой. Уже вскоре после начала индивидуальных занятий продолжительностью 15—20 мин поведение детей менялось: они заметно оживлялись.

На первых порах мы не объединяли в одну группу подвижных и медлительных детей, поскольку подвижные дошкольники ставили медлительных в неблагоприятные условия, и у последних пропадал интерес к занятиям. Со временем таким детям давали роли ведущих, когда им нужно было проявить самостоятельность.

Иначе говоря, средства для закаливания разнообразны, среди них вода имеет особое значение. В сочетании с другими факторами закаливающего воздействия, а также с занятиями физическими упражнениями плавание становится незаменимым средством укрепления здоровья, повышения жизнестойкости организма.



## Дети и гаджеты

### Советы родителям по профилактике киберзависимости

**Рудакова Е.М.,**

*канд. истор. наук, председатель Общественного экспертного совета при Уполномоченном по правам ребенка в Амурской области, г. Благовещенск Амурской обл.*

В газете «Дейли мейл» сообщалось, что первое слово каждого восьмого малыша в Туманном Альбионе не «мама», а «планшет». По данным аналитического агентства Common Sense Media, в США 38% детей до 2 лет постоянно заняты с планшетами или смартфонами. Американская академия педиатрии считает, что использование электронных устройств детьми может им только навредить. В докладе академии 2013 г. особо подчеркивалось, что приобщение детей раннего возраста к мультимедийным устройствам опасно для их развития. Самую большую опасность представляет Интернет.

Ученые из Бостонского университета медицины провели сравнительное исследование и выяснили, что чем раньше планшеты и смартфоны попадают в руки детей, тем сильнее они влияют на их развитие. Активное использование гаджетов ведет к

отрешенности от внешнего мира. Детям практически неведомы очень важные человеческие чувства, например, сопереживание и сострадание. Наблюдаются и проблемы с мелкой моторикой, хуже развивается речь. Наконец, у детей, которые с пеленок «работают» со смартфонами, отсутствуют воображение и образное мышление, а это страшная патология!

Сегодня и в России никто не удивится, если увидит ребенка со смартфоном в руках. Дошкольники порой разбираются в гаджетах лучше взрослых. И многие родители не задумываются о том, чем чревато для их детей пребывание наедине с планшетом или смартфоном.

Ученые доказали, что чрезмерное пользование гаджетами тормозит физическое и умственное развитие детей. На практике это замечают воспитатели ДОО, психологи и учителя. Современные педагоги отмечают, что



нынешнее поколение детей стремительно деградирует. А виной тому новинки IT-индустрии — гаджеты.

В век информационных технологий гаджеты завладели нашей жизнью. Сейчас растет совершенно другое поколение детей, развлечения во дворе с друзьями предпочитают компьютерные игры, общение в социальных сетях и селфи.

Исследователи из российского Центра электромагнитной безопасности утверждают, что электромагнитное излучение современных коммуникационных устройств оказывает негативное влияние на ЦНС. Причем наиболее подвержен его влиянию именно детский организм.

Исследования показали, что если дети регулярно используют планшеты и смартфоны, у них отмечаются рассеянность внимания и снижение коэффициента развития интеллекта. Российские санитарные нормы не рекомендуют детям использовать гаджеты с высокочастотным электромагнитным излучением: телефоны, смартфоны, планшеты.

### **Проблемы в развитии детей, увлекающихся гаджетами**

- *Нарушение режима.* Учтите, что Интернет работает кру-

глосуточно, у интернет-пользователей, независимо от возраста, часто теряется чувство времени и как следствие нарушается режим отдыха и питания. Прием пищи чаще происходит «на месте», у компьютера, и все больше сводится к употреблению бутербродов, чипсов и прочей не очень полезной еды.

У детей незрелая нервная система. Из-за длительного пребывания у монитора, особенно в динамичных играх, у ребенка может нарушаться сон (он плохо засыпает, разговаривает во сне, ему часто снятся плохие сны, вызывающие неприятные эмоции после пробуждения). В итоге может появиться бессонница или продолжительность сна сократится на 2—3 ч. Утром ребенок чувствует себя невыспавшимся и усталым.

- *Переутомление нервной системы.* От постоянного сидения с гаджетами у детей возникает гиперстимуляция мозга. Это приводит к тому, что они становятся возбудимыми, агрессивными, им трудно управлять собой. От перевозбуждения появляется быстрая утомляемость, снижается внимание и ухудшается кратковременная память. «Уход» детей в компьютерные игры и паутину Интернета приводит также к эмоциональной

нестабильности, утрате смысла жизни, духовности, любви. Восполнить дефицит этих эмоций ребенок самостоятельно не может, из-за этого возникают чрезмерная раздражительность и конфликтность.

- *Трудности в общении.* Гаджеты не предполагают общение детей друг с другом, а значит, не учат их учитывать интересы собеседника, согласовывать действия, разрешать конфликты. Интернет-общение (чат, переписка, блоги, сети, скайп) не позволяет «считать» информацию, которая передается невербальным путем. «Заразившись» Интернетом, дети отходят от непосредственного общения, контактов, им сложно сопереживать друг другу, испытывать симпатию, любить, понимать другого. Любители виртуальной переписки бывают дезориентированы при личном общении, им трудно устанавливать контакты в реальности.

- *Высокая нагрузка на органы зрения.* Дефектологи отмечают у детей проблемы зрительного восприятия. При злоупотреблении компьютером может возникнуть так называемый синдром сухого глаза из-за редкого моргания, переутомление и даже боль в глазных яблоках. Появляется также синдром бегающего

взгляда. Когда ребенок очень долго занят игрой на планшете, у него не развивается способность концентрировать внимание на статичных объектах, поскольку игры на планшете предполагают восприятие в основном движущихся предметов. Ему, к примеру, сложно читать, потому что это требует умения последовательно проследить строки слева направо.

- *Большие нагрузки на опорно-двигательный аппарат.* Когда ребенок увлечен работой или игрой, он не замечает, в какой позе сидит. Часто дети горбят спину, втягивают голову, отклоняя ее назад, руки согнуты в локтевых суставах. Из-за этого нарушается кровообращение, в результате чего наблюдается раннее возникновение радикулита, онемение пальцев рук, шейный и грудной остеохондроз, искривление позвоночника и т.д.

Медики обращают внимание, что преобладающее статичное положение тела деформирует осанку у детей, их мышечная масса снижается. От чрезмерной работы за компьютером резко падает физическая активность, многие дети испытывают сложности при выполнении физических упражнений. Действия, которые ребенок совершает с планшетом или смартфоном,

очень однообразны и не позволяют получить богатый сенсорный, двигательный и тактильный опыт.

У детей, проводящих много времени за сенсорным экраном, начинаются проблемы с координацией действий между командами головного мозга и движениями рук. Наблюдались случаи, когда они не могли даже кинуть мяч по прямой линии, поскольку верхние конечности неадекватно реагировали на сигналы головного мозга.

Постоянное использование мышки может привести к тому, что у ребенка начнут неметь и болеть пальцы правой руки (или левой, если он левша и держит мышку левой рукой). Это так называемый туннельный синдром — однообразная нагрузка на кисть приводит к сдавливанию нервов.

• *Не развивается моторика рук.* До 5 лет мелкая моторика служит катализатором развития мыслительных процессов. Некоторые специалисты утверждают, что компьютерная мышь и клавиатура способствуют развитию мелкой моторики. Другие же ставят это предположение под сомнение, считая, что работают далеко не все группы мышц кисти, дети потом пишут медленно, и почерк у них неров-

ный. Важно, чтобы ребенок имел возможность не только играть с планшетом, но и учиться работать с различными предметами. В этом случае мозг получает информацию о разнообразных тактильных стимулах, развивается мелкая моторика, ребенок начинает осваивать мир предметов, т.е. узнавать, для чего они нужны и как с ними можно взаимодействовать.

• *Замедляется интеллектуальное развитие.* Очень важным моментом в развитии ребенка служит общение с родителями, педагогами и другими людьми. Родители часто сами дают ребенку в руки гаджеты, чтобы отвлечь его, пока они заняты другим делом. Соответственно время общения с детьми сокращается. Родителям кажется, что это развивает ребенка. Однако это не так. У него должна быть мотивация к общению, должно возникать желание что-то спросить, сказать, поделиться впечатлениями. Гаджет этого не вызывает. В итоге у детей наблюдаются задержка речи, нарушения ее развития.

• *Не развивается воображение.* Родители любят давать детям игрушки, которые сами читают сказки или отвечают на вопрос при нажатии на кнопку. Многие дошкольники, увлекшиеся ком-

пьютером, теряют интерес к книге, а между тем чтение — один из главных факторов умственного развития ребенка, так как именно книга формирует воображение и способность размышлять. Кроме того, многие дети отказываются рисовать карандашами на бумаге, предпочитая графические программы. Основное условие развития воображения у детей дошкольного возраста — игровая деятельность, рисование, конструирование. Это побуждает ребенка реализовывать различные замыслы, придумывать новых персонажей. К сожалению, планшеты и смартфоны такими возможностями не обладают, дети ничего не придумывают, а лишь действуют по заданным алгоритмам.

Есть три мотива использования гаджетов.

Во-первых, смартфон — источник информации, в том числе полезной и развивающей.

Во-вторых, в Интернете можно играть в какую угодно игру и при этом не бояться рисковать, можно почувствовать себя сильным и быстрым, стать победителем без особых усилий.

В-третьих, социальные сети дают возможность общаться. Хотя это и не настоящее общение, а его суррогат, благодаря Интернету доступ к общению с

другими стал практически безграничен.

Чем раньше ребенок знакомится с гаджетом, тем выше вероятность, что он станет киберзависимым. Ученые ставят киберзависимость в один ряд с алкогольной и наркотической. Всемирная ассоциация здравоохранения причислила компьютерную игровую зависимость к разряду тяжелых заболеваний. Игровые автоматы, компьютерные игры, Интернет — не безобидные развлечения, а опасная страсть. Оградить ребенка от гаджетов полностью не удастся, но мы можем сократить общение маленького человека с информационными технологиями, которые призваны облегчить жизнь, а не завладеть ею полностью.

*Признаки киберзависимости:*

- ребенок с нетерпением ждет момента, когда сможет сесть за компьютер;
- часами пребывает перед экраном, не ощущая времени, забывая о чувстве голода;
- при отсутствии возможности доступа к компьютеру не знает, чем себя занять;
- проявляет агрессию при попытке близких «оторвать» его от монитора;
- старается любыми способами увеличить время пребывания в виртуальном мире;

- у ребенка появляются повышенная раздражительность, приступы гнева, безразличие к окружающему миру;
- снижается интерес к общению с близкими.

Если вы заметили у своего ребенка подобные признаки, ни в коем случае не изолируйте его от компьютера насильно, кроме еще большего отчуждения, вы ничего не добьетесь. Вместо придумывания уловок, как отвлечь его от компьютера, попробуйте понять, почему он бежит от реальности.

Не надо путать гаджеты с камерой хранения, куда можно сдать ребенка, освободив себя для других дел. Такая привычка «обезвреживания» малыша может привести к печальным последствиям. Лучше предложить ребенку заняться вместе интересными делами (приготовление обеда, уборка), чем усаживать его перед экраном или давать в руки телефон.

### Рекомендации для родителей

- Ребенку можно давать смотреть на компьютере позитивные обучающие мультфильмы или играть в развивающие игры. Но это должно быть эпизодически, а не регулярно.
- Чаще общайтесь с детьми. Даже если вы стоите в очереди

в магазине, старайтесь занять ребенка какой-нибудь историей, сказкой.

- Подайте ребенку хороший пример. Дети неосознанно копируют поведение взрослых. Если вы постоянно сидите за компьютером или планшетом, то и ваш ребенок будет вести себя так же.
- Заполните досуг ребенка. Пусть он посещает различные кружки, секции, факультативы. Тогда у него не останется времени на сидение с гаджетами.
- Прививайте ребенку моральные ценности. Объясняйте, что важно быть хорошим человеком, специалистом, гражданином, и что именно это определяет статус человека в обществе, а не наличие айфона последней модели.

### Литература

- Игрушки против планшетов: как отучить ребенка от компьютеров и гаджетов // Амурская правда. 2014. 30 янв.
- Материалы проекта «ЧИСтое детство». [https://vk.com/chistoe\\_detsvo](https://vk.com/chistoe_detsvo).
- Современные гаджеты способствуют стремительной деградации детей // Вечерний Брест. 2015. 29 сент.
- Что делают с детьми гаджеты? // Интернет-газета «Дни.ру». <http://www.dni.ru/tech/2015/11/26/320469.html>.

### ПОЛЬЗУЙТЕСЬ МОБИЛЬНЫМ ТЕЛЕФОНОМ УМЕРЕННО

Современные технологии занимают слишком большое место в жизни молодежи, предупреждают ученые из Университета Мэриленда, США.

Некоторые подростки, лишившись телефонов, сравнивают свое состояние с фантомом конечности — ложным ощущением наличия конечности после ее ампутации.

Специалисты отмечают, что помимо мобильных телефонов подростки также зависят от компьютеров, mp3-плееров и телевизоров.

Исследователи провели эксперимент на более чем 1000 студентах из 10 разных стран. Молодые люди должны были провести 24 часа без каких-либо развлекающих устройств и отмечать свое состояние. У большинства студентов в результате эксперимента возникли физические и психологические недомогания, а также симптомы зависимости и депрессии.

«Участники рассказывали, как им было страшно, и какими зависимыми они себя чувствовали, — рассказывает автор исследования С. Меллер. — Они ждали, что будут ощущать фрустрацию. Но неожиданными для них стали психологические эффекты — чувство одиночества, паники, тревоги и учащенное сердцебиение».

Более 50% участников эксперимента не продержались без техники полные 24 часа. Все студенты утверждали, что испытали своего рода абстинентный синдром. «Я чувствовал что-то похожее на фантом конечности, только это был фантом телефона, — объясняет участник эксперимента студент Райан Блондино. — Мне казалось, что телефон вибрирует, и я получаю сообщения, хотя его у меня не было».

Эксперты отмечают, что, несмотря на разницу между странами, в которых проводилось исследование, реакция молодых людей практически не отличалась.

Ученые предупреждают, что слишком активное использование мобильного телефона может привести к травмам. Юристы из Великобритании недавно заявили о «синдроме большого пальца» — заболевании, встречающемся у тех, кто активно использует мобильные телефоны для отправки смс-сообщений и электронных писем. А люди со сниженным вниманием, например, старшего возраста, рискуют попасть под машину, разговаривая по телефону при пересечении оживленных улиц.

*Источник: [www.takzdorovo.ru](http://www.takzdorovo.ru)*

# Страхи наших детей

## Из опыта работы

**Алдухова С.Ф.,**

*педагог-психолог МАОУ для детей дошкольного  
и младшего школьного возраста, прогимназия,  
г. Благовещенск Амурской обл.*

Страхи наших детей разнообразны и могут приводить к усилению тревоги, невротическим состояниям, отказу от пищи.

К нам обратились родители девочки 6 лет с просьбой о помощи. Кристина, так назовем нашу героиню, отказывается от еды. За день она выпивает несколько ложек бульона и меньше стакана воды. Родители напуганы. Сделаны все возможные анализы и пройдены консультации специалистов: педиатра, невролога, гастроэнтеролога. Все отмечают, что анализы в норме и с их стороны патологии не выявлено.

Психиатр назначила препараты, снимающие тревожное состояние. Девочка за последние три недели похудела и ослабла.

При встрече Кристина вела себя непринужденно, говорила, что не хочет есть. Из бесед с мамой выяснилось, что сначала она отказалась есть хлеб, а затем твердую пищу.

Для начала мы использовали метафорические карты Г. Кац и Е. Мухаматулиной «Из сундука прошлого». Девочка выбирала две карточки. На одной была изображена бабушка, сидящая за накрытым столом, а под столом — ребенок, а на другой девочка, предлагающая яблоко плачущему ребенку.

Кристина интерпретировала изображения так: «Здесь бабушка. Она расстроена. Ребенок не хочет кушать. А здесь девочка предлагает яблоко мальчику, он не хочет это яблоко и поэтому плачет».

В ходе беседы выяснилось, что страх приема пищи «живет» в груди. Он большой, черный, расплывчатый, как клекса, и твердый. И это он не разрешает есть, иначе заболит горло.

Мы прорисовали этот страх, затем разорвали лист бумаги и на чистом листе изобразили радость. Рисунок девочка забрала домой. Затем мы провели кон-



сультацию для родителей. Выяснилось, что к девочке со стороны значимых близких предъявлялись высокие требования по поводу того, как она должна вести себя в детском саду, группе. Кристина тревожна и не уверена в себе. Тетя девочки работает методистом в образовательном учреждении, куда ходит ребенок.

Родителям были даны рекомендации, а на консультацию пригласили тетю девочки, с ней провели беседу.

На второй встрече девочка выбрала те же карточки. Объяснения дала такие же. Мы предложили поместить страх, который не разрешает ей есть, на стул, находящийся напротив. Кристина, наблюдавшая за страхом, сказала, что он клякса, которая танцует, веселится, балуется. Мы разрешили этой кляксе вести себя так, как она хочет. Выяснили, что она хочет громко кричать. После того как клякса повеселилась, покричала, она начала меняться, становиться белой и смешной. Мы нарисовали с девочкой эту смешную кляксу. Рисунок, как и при первой встрече, отдали ей. Договорились с Кристиной о том, что к следующей встрече она научится громко кричать «А-а-а-а!», тем более что в выходные

дни семья девочки собиралась выехать за город.

Мы пригласили маму девочки на индивидуальное занятие. Работали с желанием всё и всех контролировать (мама занимает высокую должность) и чувством страха. Также разобрали родительскую установку соответствовать всегда и во всем требованиям и правилам общества.

На третьей встрече мы вместе с Кристиной сочинили сказку о принцессе, которую заколдовала ведьма, и та перестала есть, просто лежала и пила компоты. А королева бегала вокруг принцессы, и другие люди тоже старались помочь. Но принцесса жалела их, а есть не могла. И тогда появился маг, он прочитал заклинание, и принцесса начала есть хлеб (наша подсказка). Все радовались: и звери и птицы.

Затем мы перевели разговор на девочку.

— А тебе что сейчас мешает принимать пищу?

— Страх.

— Посади его на стул. Какой он? Почувствуй себя. Какая ты?

— Я большая. А страх меньше меня.

— Смотри на него. Что с ним происходит?

— Он исчезает, растворяется, пусто.

— Теперь, когда пусто, скажи: «Я есть уверенность!» Еще громче, еще.

Мы предложили Кристине съесть кусочек хлеба. Она начала плакать, говорила, что не может. Мы сказали, что в слезах растворяется страх, назвали ее девочкой сильной и уверенной, предложили повторить. Девочка громко повторила: «Я сильная и уверенная девочка».

— Страх есть?

— Нет.

— Вот видишь, ты победила свой страх. Ты победитель. Осталось победить себя. Возьми хлебушек. Съешь столько, сколько захочешь.

Кристина взяла кусок хлеба, откусила от него, медленно пережевывала.

Слезы радости: «Я могу! Я победитель!»

Затем мы провели совместную работу с мамой.

Кристина нарисовала веселую принцессу и радующихся птиц и зверей. Всем животным она «раздала» пищу — яблоки, груши, вишни.

— Птички и звери едят, радуются. Теперь и ты съешь кусочек хлеба.

Девочка съела хлеб. Попросила воды.

Нарисовала себя на пьедестале, на первом месте. На вопрос:

«Ты можешь кушать?» отвечает: «Да». Рисунок девочка забрала с собой.

На четвертом занятии Кристина отметила, что ей стало легче, она начала есть кашу. Однако девочка все еще чувствовала напряжение.

Мы нарисовали это состояние. Изобразили кактус и мага на коне. Волшебник выше кактуса и своей волшебной палочкой до-трагивается до колючего растения, оно начинает выпускать не иголки, а цветочки. Кристина засмеялась. Сказала, что кактус смешной. Предложили девочке хлеб и воду. Она стала отщипывать хлеб и дорисовывать на рисунке птичек, которые клюют крошки. Девочка довольная ушла домой.

Через день позвонила мама Кристины. Благодарила за работу. Девочка попросила приготовить пиццу и с аппетитом съела несколько кусочков.

Через неделю Кристина пришла на занятие довольная и радостная. Рассказала о своих успехах. Нарисовала чувство радости и сказала по секрету, что научилась громко кричать «А-а-а!», когда семья бывает на природе.

Мы дали рекомендации родителям по психологическому сопровождению ребенка.

## Санаторно-курортное лечение детей в здравницах Приамурья

**Шамраева В.В.,**

*канд. мед. наук, доцент кафедры педиатрии;*

**Холодок Л.Г.,**

*канд. мед. наук, ассистент кафедры педиатрии;*

**Романцова Е.Б.,**

*д-р мед. наук, профессор зав. кафедрой педиатрии  
ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская  
академия Минздрава России», г. Благовещенск  
Амурской обл.*

**Актуально!**



Приближается летняя пора, что заставляет родителей думать об оздоровлении ребенка, о выборе подходящего санатория или курорта. При принятии этого непростого решения следует пользоваться рекомендациями врача, наблюдающего дошкольника в течение года, знающего его особенности и состояние здоровья. Местность для отдыха имеет большое значение, что связано с природно-климатическими условиями, которые показаны ребенку. Физиология детского организма требует особого подхода: дошкольнику сложно адаптироваться к непривычному климату, окружению, удаленности от родителей, смене часовых поясов. Все это предполагает выбор в пользу местной климатической зоны, поскольку привычный для дошкольника климат, качество воды, воздуха позволяют значительно уменьшить период адаптации и избежать неблагоприятных последствий, связанных с резкой сменой привычной обстановки (обострение хронических заболеваний, ослабление иммунологической толерантности и т.п.). Важна материальная сторона вопроса (прежде всего затраты на проезд), учитывая значительную отдаленность

Дальневосточного региона от основных широко известных курортов.

Для жителей Приамурья курортами служат здравницы Амурской и Еврейской автономной областей, Хабаровского края.

На территории Еврейской автономной области в Облученском районе с 1924 г. функционирует **курортный комплекс «Кульдур»**, расположенный у отрогов Малого Хингана в долине горной реки Колоболок. Кульдурские горячие минеральные ключи известны местному тунгусскому населению с незапамятных времен (Кульдур — в переводе с тунгусского означает «горячий», а Колоболок — «возле котла»). Эти термальные ключи и прилегающая местность ранее считались священными, их местоположение сохранялось в строгой тайне.

Сегодня санаторий «Кульдур» — здравница федерального значения. В его составе детские поликлиники с современным лечебно-диагностическим оборудованием, круглогодичный детский лагерь. На территории санаторно-курортного комплекса функционирует санаторий «Горняк».

*Показания к санаторно-курортному лечению в санаториях «Кульдур» и «Горняк»:*

- частые респираторные инфекции у детей;
- заболевания костно-мышечной системы: заболевания суставов нетуберкулезного характера: реактивный, ревматический артриты, ревматоидный артрит с минимальной и средней активностью процесса;
- последствия переломов костей туловища и конечностей: хронические синовиты; бурситы различной локализации; тендовагиниты; птозы; фибромиозиты; миалгии; эпикондилиты; гематогенный остеомиелит (кроме туберкулезного), не требующий хирургического вмешательства;
- заболевания нервной системы: нарушения вегетативной нервной системы, заболевания лицевого и тройничного нервов, неврозы, последствия энцефалитов, менингоэнцефалитов, энцефалопатий;
- заболевания кожи и подкожной клетчатки: псориаз (распространенные и ограниченные формы), нейродермит ограниченный и диффузный, экзема истинная и себорейная;
- хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, лор-органов и дыхательной

системы в стадии ремиссии (хронические тонзиллиты, ларингиты, бронхиты) (при комплексном лечении детей с заболеваниями ЖКТ применяется диетотерапия);

- заболевания сердечно-сосудистой системы: нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу.

Санаторно-курортный комплекс «Кульдур» принимает на лечение детей от 4 лет. В отделении «Мать и дитя» дети находятся вместе с родителями, что значительно улучшает качество процедур.

Основной лечебный фактор санаториев — горячие минеральные источники. По химическому составу они относятся к азотно-кремнистым слабоминерализованным гидрокарбонатно-хлоридно-натриевым щелочным водам, содержат больше, чем другие источники, натрия, калия, лития, молибдена, меди, вольфрама, фтора и других элементов. Общая минерализация воды равна 0,4 г/л, температура воды на розливе 72 °С, рН = 9,3. Наиболее активные химические компоненты кульдурской воды — кремневая кислота и азот. Критерием лечебных азотно-кремнистых вод считается 50 мг кремниевой кислоты на 1 л воды. В кульдурском же ис-

точнике ее содержание составляет 112 мг. Кремнистые воды способствуют выведению из организма мочеислых солей, быстрому прекращению воспалительных процессов, улучшению кровоснабжения кожи, глубоких тканей, ускоряют восстановление поврежденных тканей, повышают их эластичность, увеличивают объем движения. Кремнистые соединения избирательно воздействуют на токсические вещества, способствуя их выведению из организма в обезвреженном состоянии. Вода, имеющая такой состав, лечит болезни кожи, опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы.

*Виды бальнеологического лечения, применяемые в санаторно-курортном комплексе «Кульдур»:* общие, камерные минеральные ванны, души, бассейн с минеральной водой.

Лечение проводится с различной экспозицией минеральной воды: от щадящего до усиленного курса. Также используют общий подводный душ-массаж, лечебный эффект которого обусловлен сочетанием теплового, химического и механического факторов. Напор струи воды вызывает периодическое сжатие и расслабление тканей, в результате улучшается

кровообращение и трофические процессы кожи, глубоких тканей, что способствует быстрому прекращению воспалительных, пролиферативных процессов, повышению эластичности тканей, увеличению объема движений.

Души из минеральной воды освежают, бодрят, тонизируют. Струя воды под давлением вызывает гиперемию кожи и изменение кровообращения, увеличивается систола, удлиняется диастола, повышается ударный объем сердца. Механизм действия различных душей разной температурой неоднороден. При их назначении учитываются состояние нервной системы и общее состояние всего организма. Минеральный душ на голову назначается при невритах, невралгиях затылочного, лицевого, тройничного нервов, заболеваниях кожи головы (псориаз, экзема, дерматиты и др.).

Применяются жемчужные ванны, при которых вода бурлит (большое количество движущихся пузырьков различного размера). Больной испытывает приятное ощущение от раздражения кожи, вызываемого движением воды и контрастом температур, обусловленным различной теплоемкостью и теплопроводимостью воды и газа.

*Ингаляции* с мелкораспыленной минеральной водой используются при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей и легких.

Прием внутрь гидрокарбонатно-натриево-кальциевой железистой минеральной воды «Бирская» показано при хронических заболеваниях ЖКТ: гастритах, хронических колитах, хронических заболеваниях печени, желче- и мочевыводящих путей, болезнях обмена веществ. Эта минеральная вода, производимая в пос. Бира Еврейской автономной области, обладает уникальными целебными свойствами благодаря удачному сочетанию химических элементов, имеет приятный вкус, прекрасно утоляет жажду. Вода «Бирская» получила всероссийское признание, с каждым годом расширяется ее распространение. Тюбажи с этой минеральной водой назначаются при заболеваниях печени и желчевыводящих путей.

*Лечебная физкультура* (групповая и индивидуальная), различные виды массажа, в том числе массаж эластичным псевдокипящим слоем, — один из видов аппаратного массажа, новый способ интенсивной терапии (постукивание по телу человека большим числом шариков: до 200 шт. при массаже кистей;

600 — стоп; 800 шт. — спины). Интенсивность массажа устанавливают, ориентируясь на ощущение ребенком комфортности. Массаж можно принимать, не снимая одежды.

*Вакуумный* — еще один вид аппаратного массажа. Проводится врачом или медицинской сестрой при помощи специальных насадок. Его делают на участках тела, где достаточно выражен мышечно-жировой слой (поясничная область, шейно-воротниковая зона, область плеча, бедра).

Применяются *физиотерапевтические процедуры*, в том числе лазеротерапия, ультразвук, гальванизация и электрофорез с лекарственными препаратами, электросон, токи Дарсонваля и др.

Используется также фитотерапия — чай из местных трав, уникальных дальневосточных растений, дающие общеукрепляющий, тонизирующий эффект.

В число процедур входит *спелеотерапия* — лечение длительным пребыванием в условиях соляных копей. Их микроклимат характеризуется постоянством температуры, влажностью воздуха, его газового и иного состава, низкой относительной влажностью, преобладанием отрицательных ионов, наличием повышенных концентраций солей, от-

сутствием бактериальной флоры и аллергенов. Благодаря этим особенностям спелеотерапия оказывает стимулирующее воздействие на дыхательные пути и кровообращение, улучшает окислительно-восстановительный процесс и электролитный обмен, обладает противовоспалительным и гипосенсибилизирующим действием.

Спелеотерапия показана больным атопической бронхиальной астмой легкого и среднетяжелого течения, обструктивными бронхитами, артериальной гипертензией. Маленькие дети могут получать эти лечебные процедуры вместе с одним из родителей.

При грязелечении используются торфяные грязи дальневосточных болот в виде местных грязевых аппликаций.

*Ароматерапия* — метод лечения, основанный на воздействии воздуха, насыщенного летучими веществами растений. Душистые вещества активно влияют на организм, в силу чего могут применяться с оздоровительными целями (для повышения тонуса, иммунитета, настроения, снятия усталости, восстановления сил и др.).

*Аэроионотерапия* — применение с лечебной и профилактической целями ионизированного воздуха с подавляющим преоб-



ладанием в нем отрицательных аэроионов, действующих на организм человека в основном через дыхательные пути, в меньшей степени через кожные покровы. Отрицательно ионизированный воздух нормализует функциональное состояние центральной и периферической нервной системы, повышает активность мерцательного эпителия трахеи, усиливает окислительно-восстановительные процессы в тканях.

Выбор объема лечения определяется состоянием здоровья, возрастом, сопутствующими заболеваниями.

Во время лечения возможно развитие бальнеореакции (появление или усиление болей, ограничения в движениях, усиление кожных процессов). Ограничением для лечения в полном объеме служат чаще всего сердечно-сосудистые заболевания (высокое артериальное давление). В таком случае назначается щадящее лечение без общих ванн.

**Санаторий «Бузули»** расположен в Амурской области в 20 км от г. Свободного в живописном сосновом бору, на берегу реки Пера. Его особенность в том, что он работает круглый год, сюда можно приезжать всей семьей на выходные дни, отдохнуть

по путевке «Мать и дитя» (принимаются дети с 3 лет).

На сегодняшний день это один из лучших санаториев Амурской области, предлагающий следующие виды лечения:

- водолечение — гидромассажная и жемчужная ванны с добавлением солей и травяных экстрактов, циркулярный, восходящий и нисходящий души, душ Шарко;
- грязелечение. Грязь действует на все основные функции нашего организма: кровообращение, обмен веществ, дыхание и прочее с помощью комплекса термических, химических, механических, биотонических и электрических свойств. В составе грязей много минеральных веществ, органических и неорганических, железа, серы, марганца, сероводорода, йода, микроэлементов. Считается, что лечебное воздействие грязей связано с всасыванием этих отдельных частиц, а также с тем, что в ее составе много биологически активных веществ, которые обладают антибактериальным и гормоноподобным эффектом, действуя как природный антибиотик;
- галотерапия (нахождение в соляной пещере) — уникальный немедикаментозный ме-

- тод лечения, оздоровления и профилактики широкого спектра заболеваний;
- физиотерапия: магнитотерапевтическая установка, лазеротерапия, внутривенное лазерное облучение крови и др.;
- массаж (классический и аппаратный);
- лечебная физкультура.

*Показания к лечению в санатории «Бузули»:*

- заболевания органов дыхания (хронические заболевания дыхательных путей, бронхиальная астма);
- заболевания лор-органов (хронические синуситы, тонзиллиты, заболевания верхних дыхательных путей);
- болезни нервной системы (неврозы, невриты, последствия травм спинного и головного мозга, вегетососудистые дистонии);
- заболевания системы кровообращения (артериальная гипертензия);
- заболевания желудочно-кишечного тракта (болезни печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей, хронические гастродуодениты, язвенная болезнь);
- болезни опорно-двигательного аппарата (артриты, нарушение осанки, сколиоз);

- заболевания мочеполовой системы (пиелонефриты, дисметаболические нарушения, мочекаменная болезнь) и др.

**Детский санаторий «Белые горы»** расположен в одном из красивейших мест Амурской области на вершине высокой сопки в 40 км от г. Райчихинска на берегу реки Бурея. Климат здесь континентальный: лето теплое, зима холодная, солнечная (средняя температура в июле +30 °С, январе — -24 °С).

В санатории дети имеют возможность полноценно отдыхать и укреплять свое здоровье круглый год. Принимаются дошкольники с 6 лет.

*Показания к лечению в санатории «Белые горы»:*

- заболевания органов дыхания нетуберкулезного происхождения;
- функциональные нарушения ЦНС;
- болезни опорно-двигательного аппарата;
- заболевания желудочно-кишечного тракта;
- кожи;
- сердечно-сосудистой системы.

В лечении и реабилитации пациентов большое место занимают лечебные физические факторы (климат, воздух, солнце, вода).

*Виды лечения в санатории  
«Белые горы»*

• Водно- и физиолечение: ванны хвойные, хлоридно-натриевые, жемчужные, «Биофит»; ванны с противовоспалительным комплексом и минеральными солями «Тонус плюс» и «Легран». Для ванн используется пресная вода с лечебными добавками валерианы, хвои, мяты, белокопытника, березового и смородинового листа. Применяются различные виды препаратов, их сочетания, температурный режим, имеется возможность назначать ванны при всех группах заболеваний, причем уменьшается количество противопоказаний для назначения ванн с минеральной водой.

Уникальные методики, применяемые в санатории «Белые горы», благодаря взаимодействию с Томским научно-исследовательским институтом курортологии и физиотерапии значительно расширили возможности физиотерапевтического оборудования.

Кроме того, открытие водолечебницы позволило получить уникальный комплекс препаратов «Тонус плюс», прекрасно зарекомендовавший себя в крупнейших лечебно-профилактических и санаторно-оздоровительных комплексах России.

«Тонус плюс» — комплексное высокоэффективное лечебно-профилактическое средство, созданное на основе веществ исключительно природного происхождения, используется для ванн, ингаляций.

Это средство — производное трех основных компонентов: пелоида, экстрактов растений, соляных носителей. В его изготовлении участвуют два вида пелоидов: бессульфидная иловая и пресноводная (сапропель) грязи. В качестве соляных носителей присутствуют хлорид и сульфат натрия. Все составные части средства соединены в соответствии с авторской методикой профессора В.С. Москвина (Томск, ПК «Технофит»). В основе технологии лежат оригинальные способы получения молекулярных комплексов из живых природных биологически активных веществ без нарушения естественных структур молекулы, что позволяет сохранить биологическую активность компонентов «Тонус плюс» и определяет его высокую терапевтическую активность.

Для электрофорезов используют лечебно-профилактические одноразовые гидрофильные прокладки «ПО-Кур», содержащие биологически активные элементы минеральных йодобромных

вод наружного применения (йод, бром, бор, фтор, калий, магний) и т.д. Результатами химического воздействия становятся:

- седативное влияние на ЦНС;
- улучшение проводимости по нервам, повышение тонуса скелетных и гладких мышц;
- регуляция тонуса симпатической и парасимпатической нервной системы;
- усиление диссимилиации;
- улучшение эластических свойств тканей;
- противовоспалительный, десенсибилизирующий эффект;
- антиспастическое, противоречное действие.

Использование препарата «ПО-Кур» позволяет значительно расширить возможности физиоаппаратуры.

В числе средств физиотерапии есть комбинированный препарат «Легран», состоящий из кристаллов морской соли, фитокомплекса, эфирных масел. В лечебной практике санатория используется два его вида: «Легран для ванн» и «Легран для ингаляций».

«Легран для ванн» назначается при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, кожных заболеваний, органов дыхания. При сочетании ванн с ингаляциями, физиотерапевти-

ческими процедурами, душами, фитотерапией эффект применения этого препарата особенно сильный.

Бассейны, наполняемые водой из скважины (закрытый круглогодичного действия и открытый летний), позволяют проводить закаливающие общеукрепляющие процедуры для детей в любую погоду и выполнять лечебную гимнастику.

Используется физиотерапия, в том числе электросон, направленный на лечение миопии, дальновзоркости, синдрома вегетативной дисфункции, энуреза, посттравматических синдромов. Лечение сопровождается успокаивающей музыкой.

- Парафинолечение применяется в комплексе с массажем после переломов, при артритах, нарушениях опорно-двигательного аппарата.

- Светолечение: общее и местное ультрафиолетовое облучение. В солярии проводится лечение таких заболеваний, как ангина, тонзиллит, ринит, гайморит.

- Различные виды ингаляционной терапии (солянощелочные, с минеральной водой, отварами трав через ультразвуковой ингалятор; галоингаляция — подобие соляных пещер), аэрофитотерапия (использование эфирных масел различных растений пу-

тем принудительного испарения без нагрева через фитогенератор «Аэровин»). Эти методы показаны при заболеваниях дыхательной и нервной систем.

- Галотерапия: пребывание в искусственных соляных пещерах.

- Лечебная физкультура. Утренняя гигиеническая гимнастика обязательна для всех отдыхающих. В летнее время она проводится на улице. Врачи дают рекомендации, какими видами спорта ребенку можно заниматься, а какие противопоказаны. Имеется кабинет лечебной физкультуры с набором тренажеров, где проводятся групповые и индивидуальные занятия. Лечебная физкультура включает корригирующую гимнастику для лечения сколиоза, нарушений осанки, плоскостопия; дыхательную гимнастику для лечения бронхита, пневмонии; гимнастику для глаз; отдельные занятия на тренажерах с детьми после переломов.

- Фитотерапия. В санатории есть фитобар, в котором отдыхающие принимают минеральную воду «Амурская», «Гонжинская», «Ласточка», кислородные коктейли, фиточаи.

- Массаж в основном ручной классический для различных участков тела. Кроме того, есть

аппарат для баночного вакуумного массажа.

- При неврозах и синдроме вегетативной дисфункции детям назначается массаж головы и воротниковой зоны, при нарушении осанки, сколиозе любой степени — массаж спины, при плоскостопии — массаж стоп.

- Терренкур. От корпусов санатория к берегу реки Бурей ведут не менее 300 ступенек, по которым дети ежедневно спускаются и поднимаются несколько раз в день, что благотворно влияет не только на опорно-двигательный аппарат, но и на укрепление дыхательной, сердечно-сосудистой систем, развивает выносливость.

**Амурский областной детский санаторий «Василек»** — единственное на Дальнем Востоке детское противотуберкулезное учреждение, специализируется в основном на профилактике и лечении болезней органов дыхания, уха, горла, носа, костно-мышечной и нервной систем, гинекологических заболеваний у детей от 4 до 16 лет. В лечении используется местная питьевая маломинерализованная гидрокарбонатно-натриевая вода. Применяются также климато-, физио-, фито-, арома-, цветотерапия, массаж, ЛФК, лечение

парафином, целебные ванны, хорошо воздействующие на психологическое здоровье, терренкур и лечебная ходьба.

Проводится психопрофилактика, включающая в себя музыкотерапию, психологическую и педагогическую коррекцию, аутотренинги, индивидуальную и групповую психотерапию. В основе организации Центра для беременных «Мама плюс» лежит замкнутый репродуктивно-сберегающий оздоровительный цикл, который подразумевает преемственность оздоровительного процесса женщины и ребенка.

#### **Общие противопоказания для направления детей на санаторно-курортное лечение**

- Все заболевания в остром периоде.
- Соматические заболевания, требующие лечения в условиях стационара.
- Перенесенные инфекционные болезни до окончания срока изоляции.
- Бациллоносительство дифтерии и кишечных инфекционных заболеваний.
- Все инфекционные и паразитарные заболевания кожи и глаз.
- Злокачественные новообразования, злокачественная анемия, лейкоemia (кроме специализированных санаториев).

- Амилоидоз внутренних органов.

- Туберкулез легких и других органов (кроме специализированных санаториев).

- Судорожный синдром, умственная отсталость (кроме специализированных санаториев для детей с церебральными параличами), патологическое развитие личности с выраженными расстройствами поведения и социальной адаптации.

- Наличие сопутствующих заболеваний, противопоказанных для данного курорта или санатория.

- Заболевания, при которых пациенту необходим постоянный индивидуальный уход.

- Все заболевания, требующие нахождения больного в стационаре или хирургического вмешательства.

- Психические заболевания.

Таким образом, в здравницах Приамурья есть возможность полноценно оздоровить детей с учетом благоприятного воздействия местной климато-географической зоны.

Природные богатства Дальневосточного края, современная диагностическая и лечебная базы обеспечат быструю реабилитацию, закаливание, восстановление физических и душевных сил организма ребенка.

## 40 лет в педиатрии

*Коллектив детской поликлиники № 3, г. Благовещенск  
Амурской обл.*

Для врача любой специальности чрезвычайно важно не только иметь высокий уровень профессиональных знаний, обладать высокими моральными качествами, но и любить своих пациентов. Именно таким специалистом и является педиатр Семененко Тамара Ильинична. Она родилась 2 октября 1947 г. в селе Равнец Тюменской области. В 1966 г. окончила Тобольское медицинское училище по специальности «Фельдшер-акушер» и приехала в Амурскую область в поселок Поярково, где построили новую больницу. Проработала там два года и фельдшером на «Скорой помощи», затем в родильном доме акушеркой, в хирургическом отделении. Однако хотелось развиваться дальше в профессии, поэтому в 1969 г. поступила на лечебный факультет Благовещенского государственного медицинского института и успешно окончила его в 1975 г. по специализации «Педиатрия». Затем была направлена участковым педиатром в детскую консультацию при больнице водников г. Благовещенска.

С тех пор Тамара Ильинична лечит маленьких пациентов. Не-



смотря на то что уже несколько лет она находится на пенсии, продолжает трудиться в отделении организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях в детской поликлинике № 3 г. Благовещенска, следит за их здоровьем в двух городских детских садах.

За многолетний и добросовестный труд и достойное отношение к выполнению профессиональных обязанностей Т.И. Семененко неоднократно награждалась почетными грамо-



тами и дипломами. Она ветеран труда. Любовь к своей профессии и верность ей Тамара Ильинична хранит на протяжении 40 лет. Не одно поколение выросло на ее глазах. Бывшие пациенты приходят к ней уже в качестве родителей.

Она так отзывается о своей профессии и маленьких пациентах: «Я люблю детей в любом возрасте, они замечательны, ког-

да только родились, и потом, на каждом этапе своего развития. И когда ребенок вырос на твоих глазах, приходит и говорит уже басом, это тоже возраст прекрасный, хотя и сложный». Она учит молодых родителей: «Чтобы ребенок рос здоровым, надо просто его любить. Тогда вы и прививки сделаете, и за питанием проследите, и за его психическим состоянием. Любви много не бывает».

### «ЛЕДИ СО СВЕТИЛЬНИКОМ»

Флоренс Найтингейл (англ. Florence Nightingale) — сестра милосердия и общественный деятель Великобритании — родилась 12 мая 1820 г. во Флоренции в богатой аристократической семье, получила блестящее образование. В 20 лет Флоренс решила стать сестрой милосердия. Преодолев сопротивление семьи, она уехала в 1851 г. в Кайзерверт в общину сестер пастора Флендера, где получила сестринское образование, а в 1853 г. стала управляющей частной больницей на Харли-стрит в Лондоне. В октябре 1854 г., в период Крымской кампании, Флоренс работала в полевых госпиталях сначала в Скутари (Турция), а затем в Крыму. Она разработала основы ухода за ранеными. В результате менее чем за 6 мес смертность в лазаретах снизилась с 42 до 2,2%. После Крымской войны Флоренс Найтингейл стала национальной героиней. Вернувшиеся с фронта солдаты рассказывали о ней легенды, называли ее «леди со светильником», потому что по ночам с лампой в руках она сама обходила палаты с больными.

Флоренс Найтингейл написала книги «Заметки о факторах, влияющих на здоровье, эффективность и управление госпиталями британской армии» и «Как нужно ухаживать за больными». В 1860 г. она открыла Найтингельскую испытательную школу для сестер милосердия при больнице Святого Фомы в Лондоне.

Умерла Флоренс Найтингейл в Лондоне 13 августа 1910 г. В ее честь назван психологический синдром, или эффект (англ. Florence Nightingale effect): врач или медсестра, ухаживающие за больным, начинают испытывать к нему чувства, которые могут перерасти в любовь.

14 мая 1912 г. на IX Международной конференции Красного Креста, проходившей в Вашингтоне, была учреждена медаль Флоренс Найтингейл в память о добрых делах английской сестры милосердия.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет новинки



## ПРОСТРАНСТВО ДЕТСКОГО САДА: МУЗЫКА, ДВИЖЕНИЕ

Под ред. Т. Лапкиной, А. Русакова, М. Ганькиной

Пространственная организация детского сада связана с отказом от линейного планирования и жестко регламентированной организации жизни. Она реализуется через совокупность образовательных пространств, в которых ребенок свободно действует, создает и поддерживает вместе с другими нормы и правила этих пространств.



## МОДЕЛЬ ИННОВАЦИОННЫХ КОМПЛЕКСОВ ПРИ ОСВОЕНИИ ФГОС ДО

Авторы — Русаков А.С., Эпштейн М.М.

Практика работы многих педагогов на основе инновационных подходов показала, как различными способами могут быть решены ключевые проблемы в области качественного для всех детей дошкольного и начального школьного образования. Но очевидна и необходимость системной организационной поддержки тех педагогов, исследователей, методистов, которые реализуют и развивают лучшие педагогические практики, обеспечивающие успешное образование для всех детей.



## ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИИ

Методические рекомендации

Авторы — Танцюра С.Ю., Кононова С.И.

В книге даны психолого-педагогическая характеристика обучающихся с различными нарушениями, модели включения «особых» детей в среду нормально развивающихся сверстников в условиях инклюзии. Обобщен опыт специалистов, представлены индивидуально-образовательный маршрут ребенка с ОВЗ, рекомендации педагогам и родителям.

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

**E-mail:** sfera@tc-sfera.ru

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

Издательство «ТЦ Сфера» представляет новинки



## ПОУЧИТЕЛЬНЫЕ СКАЗКИ

Учимся смекалке и мудрости у сказочных животных

Автор — Волобуев А.Т.

В новую детскую книгу известного поэта и прозаика, пишущего для взрослых и детей, члена Союза писателей России Александра Волобуева вошли сказки, в которых действующими лицами выступают животные. Описываются их опасные приключения, положительные и отрицательные поступки. В конце сказок помещены короткие выводы, объясняющие авторскую позицию и подтверждающие общепринятые принципы добра и зла и др.



## СЛОВ ВОЛШЕБНОЕ ЗВУЧАНИЕ

Речевые праздники для старших дошкольников

Автор — Демидова Г.Ю.

В пособии представлены сценарии праздников для детей с речевыми нарушениями, которые можно применять и как фрагмент интегрированного занятия, и как отдельное мероприятие. Занятия с их использованием развивают инициативность, творческие способности, коммуникативные навыки, привлекают к активному участию родителей. Творчество становится ступенькой к дальнейшей успешности, самореализации и социальной значимости каждого ребенка с речевыми нарушениями.



## КАК ОРГАНИЗОВАТЬ ПРОЕКТ С ДОШКОЛЬНИКАМИ

Авт.-сост. А.А. Сидорова

Представленные материалы с одинаковым успехом могут быть использованы как специалистами методических служб для повышения педагогической компетентности педагогов дошкольного образования, так и воспитателями для самостоятельной работы при построении образовательного процесса с детьми дошкольного возраста на основе проектной деятельности. Каждый раздел содержит краткое описание, приложение из опыта работы и практикум для самостоятельной деятельности.

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

**Тел.:** (495) 656-75-05, 656-73-00

**E-mail:** sfera@tc-sfera.ru

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

## Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги серии «Библиотека современного детского сада»



### ПОДВИЖНЫЕ ИГРЫ НА ПРОГУЛКЕ

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

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



### ПРОГУЛКИ В ДЕТСКОМ САДУ

В 2 книгах:

Младшая и средняя группы

Старшая и подготовительная

к школе группы

Авторы — Кравченко И.В., Долгова Т.Л.

Пособие содержит полное описание прогулок в разное время года. Адресовано воспитателям и методистам ДОО.



### «РОСТОК»

Условия и методика развития ребенка

Авторы — Сиротюк А.Л., Сиротюк А.С.

Раскрыты вопросы психического развития детей от рождения до 9 лет, особенностей и повреждающих факторов психического развития детей и их последствий. Даются конкретные методики, помогающие направить развитие ребенка в естественное русло. Адаптивная коррекционно-развивающая парциальная программа «Росток» направлена на развитие высших психических функций ребенка, стабилизацию межполушарного взаимодействия, обеспечение саморегуляции его психической деятельности.

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

**Тел.:** (495) 656-75-05, 656-73-00

**E-mail:** sfera@tc-sfera.ru

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

**Издательство «ТЦ Сфера» представляет  
книги по работе с дошкольниками летом**



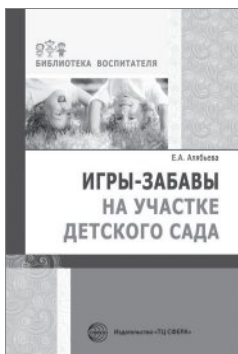
## **ЛЕТО КРАСНОЕ — ПРЕКРАСНОЕ!**

### **Методические рекомендации**

*Авт.-сост. — А.Н. Чусовская*

В предлагаемый сборник вошли развлечения, досуги, игры, которые можно провести летом с детьми в детском саду, на улице, дома. Они ориентированы на дошкольников всех возрастных групп. Кроме того, представлено тематическое планирование. Собранный материал сделает летний отдых детей интересным, веселым и познавательным.

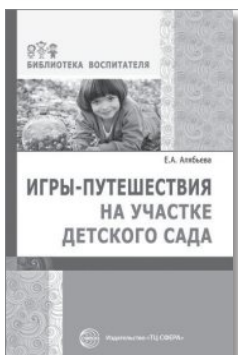
Пособие предназначено для воспитателей и педагогов ДОО, родителей, гувернеров.



## **ИГРЫ-ЗАБАВЫ НА УЧАСТКЕ ДЕТСКОГО САДА**

*Авт.-сост. — Алябьева Е.А.*

В методическом пособии систематизированы игры из разных источников и представлены авторские варианты игр-забав, которые воспитатель может использовать на участке детского сада особенно в летний период. Эти игры будят фантазию детей, их творческую инициативу, доставляют удовольствие от общения друг с другом и с воспитателем, способствуют укреплению здоровья. Многие игры развивают пластику, артистические способности, разные виды восприятия.



## **ИГРЫ-ПУТЕШЕСТВИЯ НА УЧАСТКЕ ДЕТСКОГО САДА**

*Авт.-сост. — Алябьева Е.А.*

В пособии представлены авторские игры-путешествия для детей 5—7 лет по самым разным темам. Они помогут педагогам организовать прогулки детей в разное время года, особенно летом. Игры-путешествия развивают воображение, память, ориентировку в пространстве, пантомимическую и речевую выразительность, артистичность, творчество, физические навыки; способствуют активизации знаний, закреплению самых разных понятий.

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

**Тел.:** (495) 656-75-05, 656-73-00

**E-mail:** sfera@tc-sfera.ru

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

## Уважаемые коллеги!

Издательство «Творческий Центр СФЕРА» приглашает вас к сотрудничеству. Творческий Центр Сфера — одно из ведущих российских издательств в области учебного книгоиздания, работающее с 1995 г., лидер на рынке книг для дошкольного образования. Нас отличает:

- **широкий ассортиментный ряд:** комплексные и парциальные программы дошкольного образования, методические пособия, рабочие тетради, развивающие и детские книги, журналы, наглядные пособия, праздничная и оформительская продукция, печатные игры и многое другое;

- **охват большой целевой аудитории:** заведующие, методисты и воспитатели ДОО, музыкальные работники, логопеды, учителя начальной и средней школы, психологи, родители, дети дошкольного и школьного возраста;

- **репутация надежного партнера:** за двадцать лет работы мы показали себя стабильно и успешно развивающейся организацией, которая заботится о своих имени и имидже;

- **профессионализм специалистов:** с нами работают известные авторы и художники. Большинство ведущих сотрудников издательства имеют высшее педагогическое образование, а директор и главные редактора журналов — степени кандидатов наук.

«Творческий Центр СФЕРА» — это постоянно обновляющийся ассортимент книг, рабочих тетрадей, плакатов и наглядных пособий для детей, педагогов и родителей, а также поздравительных открыток, дипломов, грамот. Все книги издаются в соответствии с новыми требованиями к образованию.

С каталогами нашей продукции можно ознакомиться на сайте [www.tc-sfera.ru](http://www.tc-sfera.ru).

В 2016 г. мы объявляем **АНТИКРИЗИСНУЮ АКЦИЮ** для образовательных организаций:

*продукция издательства «ТЦ Сфера» по оптовым ценам с бесплатной доставкой до дверей!*

### Как оформить заказ.

- скачайте прайс и каталоги на нашем сайте;
- отметьте в колонке прайса «Заказ» необходимое количество в экземплярах (НЕ УДАЛЯЙТЕ И НЕ ПЕРЕИМЕНОВЫВАЙТЕ КОЛОНКИ «КОД» И «ЗАКАЗ»). Есть ограничения по минимальной сумме заказа;
- вышлите оформленный заказ и свои реквизиты с указанием адреса доставки на электронный адрес [sfera@tc-sfera.ru](mailto:sfera@tc-sfera.ru);
- заполните полученный от нас договор, отсканируйте и вышлите его на [sfera@tc-sfera.ru](mailto:sfera@tc-sfera.ru);
- оплатите полученный от нас счет;
- после поступления оплаты на наш расчетный счет получите от нас сообщение об отправке Вашего заказа и времени его поступления.

Сориентироваться в многообразии предлагаемых товаров, сделать выбор и оформить заказ вам поможет менеджер вашего региона.

С наилучшими пожеланиями, руководитель отдела реализации

Владимир Николаевич Пусь ([vladimir@tc-sfera.ru](mailto:vladimir@tc-sfera.ru))

### УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Движение вперед, достижение новых вершин — кредо издательства «Творческий Центр СФЕРА». Прошел только год после запуска сайта подписных изданий **www.sfera-podpiska.ru**, а мы подготовили для вас несколько приятных сюрпризов.

Во-первых, мы обновили дизайн и возможности сайта. Надеемся, что вам понравится.

Во-вторых, расширились **возможности подписки** на наши журналы и приложения к ним. Теперь можно подписаться и оплатить подписку, **не выходя из дома!** На сайте **www.sfera-podpiska.ru** открыта возможность подписаться:

- Напрямую через редакцию.
- На электронные версии журналов и приложений к ним.

Подписавшись на *электронную версию* наших периодических изданий, вы получите:

- доступ к журналу в день доставки тиража, не зависящий от прихода почтовой доставки,
- неограниченное количество просмотров журнала,
- возможность использовать материалы для своих работ, выполненных на ПК,
- **БЕСПЛАТНЫЙ ДОСТУП** к архиву журналов, на которые вы подписались!

Что нужно сделать, чтобы подписаться на электронный журнал? Для этого зайдите на сайт **www.sfera-podpiska.ru**, в раздел Подписка. И выполните необходимые действия по инструкции.

**Спасибо, что вы с нами!**

С наилучшими пожеланиями,  
канд. пед. наук, член-корр. МАНПО  
генеральный директор и главный редактор

*Цветкова Т.В.*





**Издательство «ТЦ Сфера»**  
**Периодические издания**  
**для дошкольного образования**

Наименование издания (периодичность в полугодии)	Индексы в каталогах		
	Роспечать	Пресса России	Почта России
<b>Комплект для руководителей ДОУ (полный):</b> 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.	<b>36804</b>  Подписка только в первом полугодии	39757  Без рабочих журналов	10399  Без рабочих журналов
<b>Комплект для руководителей ДОУ (малый): «Управление ДОУ» с приложением (5) и «Методист ДОУ» (1)</b>	82687		
<b>Комплект для воспитателей: «Воспитатель ДОУ» с библиотекой (6)</b>	<b>80899</b>	39755	10395
<b>Комплект для логопедов: «Логопед» с библиотекой и учебно- игровым комплектом (5)</b>	<b>18036</b>	39756	10396
Журнал «Управление ДОУ» (5)	80818		
Журнал «Медработник ДОУ» (4)	80553	42120	
Журнал «Инструктор по физкультуре» (4)	48607	42122	
Журнал «Воспитатель ДОУ» (6)	58035		
Журнал «Логопед» (5)	82686		

Чтобы подписаться на все издания для специалистов дошкольного воспитания Вашего учреждения, вам потребуется **три индекса:**  
**36804, 80899, 18036 — по каталогу «Роспечать»**

Если вы не успели подписаться на наши издания,  
то можно заказать их в интернет-магазине: [www.tc-sfera.ru](http://www.tc-sfera.ru).  
Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, (499) 181-34-52.

На сайте журналов: [www.sfera-podpiska.ru](http://www.sfera-podpiska.ru) открыта подписка  
редакционная и на электронные версии журнала

## В следующем номере!

- Организация занятий физической культурой в специальных медицинских группах
- Особенности формирования школьно-необходимых функций у детей 6 лет на современном этапе
- Национальные календари прививок стран Европы и США: общее и различия

### Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера журнала «Медработник ДОУ», книги оздоровительной тематики в интернет-магазине [www.tc-sfera.ru](http://www.tc-sfera.ru). В Москве можно заказать курьерскую доставку изданий по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, e-mail: [sfera@tc-sfera.ru](mailto:sfera@tc-sfera.ru). (В заявке укажите свой точный адрес, телефон, наименование и требуемое количество.)



**«Медработник ДОУ»**  
**2016, № 4 (64)**

**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](mailto:dou@tc-sfera.ru)

**[www.tc-sfera.ru](http://www.tc-sfera.ru); [www.sfera-podpiska.ru](http://www.sfera-podpiska.ru)**

. (495) 656-75-05, 656-72-05

19.04.16.

60×90<sup>1</sup>/<sub>16</sub> . . 8,0.

2000 .

©

« . . . », 2016  
 © . . . , 2016



4 607091 440263 0 0062