



МЕДПРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного образовательного учреждения



Особенности подготовки
медицинской сестры ДОУ
Новые формы работы
с детьми раннего возраста
Гендерные особенности
отношения родителей
к ребенку дошкольного
возраста
Оздоровительная программа
«Заботливый дельфин»

№1/2011

МЕДРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного
Образовательного
Учреждения

Содержание

2011, № 1 (21)

Колонка редактора	3
Гость номера <i>Н.Л. Ямщикова</i>	4

ГИГИЕНА

Факторы окружающей среды

Ямщикова Н.Л., Соколова С.Б., Власова А.В.

Факторы риска развития отклонений в состоянии здоровья часто болеющих детей	10
--	----

Режим дня

Коломийцева Н.С.

Особенности работы с группами ЧБД в ДОУ	16
---	----

ПЕДИАТРИЯ

Здоровый ребенок

Мартынович Н.Н.

Комплексная оценка состояния здоровья детей	22
---	----

Неинфекционные заболевания

Гармаева С.Б., Решетник Л.А.

Нервно-психическое развитие детей с транзиторным неонатальным гипотиреозом в анамнезе	34
--	----

ПЕДАГОГИКА

Оздоровительная работа

Склянова Н.А., Стрельникова В.Г., Мотыко А.В.

Оздоровительная программа «Заботливый дельфин»	40
--	----

Правдов М.А.

Здоровьеразвивающее образовательное пространство в дошкольном учреждении	46
---	----

Манакова Н.В., Манакова Е.В.

Актуальные вопросы управления здоровьесберегающей деятельностью в ДОУ	48
--	----

Психологическая помощь*Великова С.А.*Гендерные особенности отношения родителей
к ребенку дошкольного возраста 52*Зарубина Н.В., Сливак Е.М.*Нарушения родительско-детских взаимоотношений
и игровой деятельности как факторы риска адаптации
детей к условиям ДОУ 62**Педагогическая копилка***Бобошко И.Е. и др.*

Новые формы работы с детьми раннего возраста 68

АКТУАЛЬНО**Нормативные документы**Гигиенические рекомендации по организации
воспитания и оздоровления детей с нарушениями
зрения в специализированных дошкольных
образовательных учреждениях Москвы 86Протокол от 16.09.2010 № 19 «О ходе иммунизации
населения в рамках национального календаря
профилактических прививок» 103Письмо от 30.09.2010 № 01/14090-0-32 «О заболеваемости
эхинококкозом в Российской Федерации» 112**Медицинский кабинет***Мотыко А.В.*

Комплекс «Долфин» защищает детское здоровье 115

Документация*Халдыгероева Т.З., Данилюк О.Л.*Положение о группе оздоровительной направленности
для детей с аллергопатологией 118**Самообразование***Макарова Л.В.*Первая Всемирная конференция ЮНЕСКО
по дошкольному образованию 122**А знаете ли вы?** 9**Книжная полка** 21, 85, 124**Памятка авторам** 126**Как подписаться** 127**Анонс** 128**Подписные индексы журнала «Медработник ДОУ» в каталогах:**

«Роспечать» — 80553; 36804 (в комплекте)

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

«Почта России» — 10339 (в комплекте)

Журнал «Медработник ДОУ» выходит 8 раз в год: с февраля по май, с сентября по декабрь.

Уважаемые коллеги!

Прошедший год был богат на события. Несомненно, для системы дошкольного образования важнейшим и знаковым стало проведение в Москве Всемирной конференции по воспитанию и образованию детей младшего возраста (ВОДМ). В ее программе приняли участие делегации из 180 стран мира, среди гостей присутствовали 65 министров образования. Организация конференции в России подтверждает весомый вклад нашей страны в развитие дошкольного образования. Большинство участников подчеркивали, что ВОДМ — это право и общественное благо. Каждый ребенок младшего возраста заслуживает хорошего старта в своей жизни: здоровой окружающей среды, чистой воды, полноценного питания, ухода, развития и образования. Для 559 млн детей в возрасте до 5 лет, живущих в развивающихся странах, с помощью ВОДМ может открыться перспективное будущее. В результате и развитые и развивающиеся страны смогут пожинать плоды, которые принесут инвестиции в воспитание их детей. Одна из целей конференции — содействовать всеобщему обмену передовыми практическими методами. Такую же цель преследует и наш журнал.

Сегодня в номере — гигиенические рекомендации сотрудникам специализированных ДООУ для детей с нарушениями зрения, особенности последипломной подготовки медицинских сестер, проблемы влияния различных факторов на формирование здоровья детей, новые формы работы с детьми раннего возраста, опыт реализации оздоровительной программы «Заботливый дельфин» и другие интересные материалы.

В 2010 г. 1 октября вступили в силу СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях». Они позволяют открывать группы для детей не только в специально приспособленных зданиях, но и в небольших помещениях. Частные детские сады, в том числе корпоративные, а также семейные, теперь легально смогут принимать детей на 7—8 часов или даже круглосуточно. В настоящее время идет активное обсуждение различных положений данного документа среди специалистов. В следующем номере в разделе «Нормативные документы» мы начинаем его публикацию. В связи с этим обращаемся ко всем нашим читателям с просьбой высказать свое мнение по поводу его содержания.

С уважением, редакция

Гость номера

Ямщикова Наталия Львовна

канд. мед. наук, доцент кафедры гигиены детей и подростков
ФППО педиатров, Первый московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Особенности подготовки медицинской сестры дошкольного образовательного учреждения

При подготовке медицинских сестер в средних учебных заведениях большая часть учебного времени отводится изучению клинических дисциплин, а на получение профилактических знаний — маленькая толика. В целом ряде случаев это обосновано тем обстоятельством, что по завершении обучения большинство выпускников работают в больницах, клиниках, поликлиниках. Иное распределение времени между лечебными и профилактическими мероприятиями наблюдается, если медицинская сестра трудится в ДООУ. По своему содержанию работа персонала, постоянно обслуживающего детские воспитательно-образовательные учреждения, включает в себя:

- систематическое наблюдение за физическим развитием и состоянием здоровья детей и подростков;
- раннее выявление и предупреждение как общей, так и

инфекционной заболеваемости;

- контроль за учебно-воспитательным процессом;
- организацией физического и трудового воспитания;
- организацией и качеством питания; обучение персонала детских учреждений медико-профилактическим знаниям;
- руководство по созданию оптимальных санитарно-гигиенических условий в детском учреждении и воспитание культурно-гигиенических навыков у детей и подростков.

Для эффективной организации оздоровительных и профилактических мероприятий медицинская сестра детского учреждения должна обладать определенными знаниями по гигиене детей и подростков.

На наш взгляд, основа таких знаний должна быть заложена в среднем учебном заведении, а получение углубленных профессиональных знаний и умений

целесообразно проводить на последипломном уровне. Учащемуся в силу объективных факторов неизвестно, где он будет работать после получения диплома. Медицинские сестры, имеющие опыт работы, знающие свои профессиональные обязанности, обучаются для достижения конкретной цели, рассчитывают на немедленное применение полученных в процессе занятий и умений. Причем, исходя из большой загруженности работой, обучение может включать несколько 2—3-недельных этапов-циклов, адресованных той или иной проблеме. Можно также проводить выездные циклы, позволяющие совмещать слушателям работу и учебу.

Тематика таких циклов обучения определяется должностными обязанностями медицинской сестры ДООУ, в основу которых положены охрана и укрепление здоровья детей и подростков.

Один из важных факторов охраны здоровья детей — своевременное выявление отклонений для проведения эффективных оздоровительных и профилактических мероприятий. Отклонения в состоянии здоровья диагностируются при обязательных медицинских осмотрах. Ранее медицинская сестра помогала врачу в их проведении (подготовка индивидуальных медицинских карт, запись перенесенных заболеваний, проведенных прививок, жалоб на

заболевания и т.д.). Введение в практику детского здравоохранения массовых диагностических тестов «просева» или скрининг-тестов предусматривает новый принцип организации углубленных медицинских осмотров детского населения, а именно — этапность обследования. Первый этап лежит в основном на плечах среднего медицинского персонала. Естественно, что эта работа требует определенных навыков.

В первую очередь медицинская сестра должна знать закономерности роста и развития детей, в совершенстве владеть методами оценки физического развития ребенка, включающими антропометрические исследования и собственно оценку физического развития. В антропометрию входят: — соматометрия (определение длинников, диаметров, окружностей и массы тела); — физиометрия (определение функциональных показателей с помощью физио- и динамометрии); — соматоскопия (оценка состояния опорно-двигательного аппарата, кожных покровов, слизистых оболочек глаз и полости рта, определение жировых отложений, оценка степени полового созревания, осмотр зубов и составление зубной формулы).

Собственно оценка физического развития дается на основании

определения уровня биологического развития и морфофункционального состояния.

Для определения состояния здоровья детей используется качественная характеристика здоровья детской популяции путем распределения ее на «группы здоровья». Для этого медицинская сестра должна знать определяющие признаки здоровья, понятия «группы здоровья», «часто болеющие» и «длительно болеющие» дети.

На состояние здоровья детей влияет множество факторов. Один из них — среда обитания. Детское население подвергается воздействию многообразных неблагоприятных факторов, большинство из которых факторы риска развития неблагоприятных изменений в организме.

Оценка условий жизнедеятельности детей включает в себя прежде всего оценку режима дня. Рациональный, соответствующий возрастным особенностям детей, режим позволяет чередовать различные виды деятельности, обеспечить оптимальный двигательный режим, в том числе на открытом воздухе, полноценный отдых, достаточный по продолжительности сон, что способствует нормальному росту и развитию детей.

Изучение режима дня в соответствии с возрастными особенностями включает анализ

следующих обязательных элементов:

- режим питания (интервалы между приемами пищи и кратность питания);
- время пребывания на воздухе в течение дня;
- продолжительность и кратность сна;
- продолжительность и место обязательных занятий в режиме дня;
- продолжительность составных элементов занятий, уроков с детьми в группах дошкольной подготовки с учетом их особенностей (ДОУ, школа, учреждения дополнительного образования), плотность занятий;
- свободное время, возможность обеспечить двигательную активность ребенка по собственному выбору.

Медицинская сестра должна следить за полноценностью кулинарной обработки и санитарным содержанием пищеблока, качеством питания, его соответствием возрастным физиологическим нормам, контролировать режим и организацию приемов пищи.

При анализе режима дня важно фиксировать и основные условия, в которых осуществляется соответствующая деятельность. Помимо продолжительности и кратности сна важно знать и условия его проведения, строго фиксировать отдельные занятия с детьми на воздухе.

Объективная оценка среды обитания возможна только при использовании инструментальных и лабораторных методов исследования. Медицинская сестра должна владеть этими методами и уметь оценивать полученные результаты исследований и проводить профилактические мероприятия. Например, для изучения микроклиматических условий необходимо уметь пользоваться психро- (температура и влажность воздуха), анемо- или кататермометром (измерение скорости движения воздуха), определять в учебных и игровых помещениях содержание углекислоты. Изучение светового режима подразумевает применение люксметра.

Учебно-воспитательный процесс оказывает свое влияние на организм детей и подростков. Правильная организация занятий снижает возможность возникновения переутомления, способствует сохранению высокой работоспособности. В современных условиях знания о гигиеническом нормировании и регламентации учебной нагрузки, а также изменениях функционального состояния организма необходимы для работы в ДОУ. Показателем, достаточно четко отражающим функциональное состояние организма, является умственная работоспособность; кроме этого, на протяжении учебного дня, недели, года изменяются основные

показатели высшей нервной деятельности: память и внимание, субъективные показатели: самочувствие, активность и настроение. Методики, определяющие эти показатели, просты, доступны и достаточно объективно оценивают влияние учебной нагрузки на организм дошкольника.

Правильное оснащение ДОУ мебелью имеет важное значение как для охраны здоровья детей и подростков, так и для повышения эффективности воспитательного и педагогического процессов.

Гигиенические требования, предъявляемые к детской мебели, основываются на современных данных антропометрии, гигиены, физиологии и способствуют гармоничному физическому развитию детей, выработке у них правильной осанки, длительному сохранению работоспособности, профилактике нарушений зрения и отклонений со стороны опорно-двигательного аппарата. Вопросы подбора мебели в соответствии с ростом детей, ее маркировки, расстановки в помещениях, рассаживания детей в соответствии с состоянием зрения, слуха — важная составная часть работы медицинской сестры ДОУ.

В процессе жизнедеятельности ребенок выполняет разнообразные движения, объем которых определяется биологическими особенностями организма, а их реализация находится в зависимости от социальных факторов.

Суммарная величина разнообразных движений за определенный промежуток времени называется двигательной активностью. Анализ причинно-следственных связей между показателями состояния здоровья детей и рядом социально-гигиенических факторов определил значимую роль оптимального двигательного режима в укреплении здоровья подрастающего поколения, профилактике неспецифических хронических заболеваний. Медицинская сестра должна обладать определенными знаниями по организации занятий физической культурой, а также владеть современными методами контроля за физическим воспитанием ребенка.

Одна из составных частей физической культуры — закаливание, включающее комплекс мероприятий, направленных на тренировку защитных сил организма, повышение его устойчивости к воздействию факторов внешней среды. Медицинский контроль за закаливанием повышает резистентность организма детей, осуществляется в следующих направлениях:

- медицинское обследование состояния здоровья, физического развития с целью определения показаний и противопоказаний к закаливанию;
- объективная оценка влияния на организм закаливающих процедур;

— контроль за условиями их проведения;

- санитарно-просветительная работа среди родителей и персонала детского учреждения.

В работу медицинской сестры ДОУ входят также гигиеническое обучение и воспитание персонала, а также детей и их родителей. Медицинский персонал оказывает методическую помощь, готовит наглядные материалы, проводит беседы, консультации, викторины, конференции, круглые столы, диспуты на гигиенические темы. Гигиеническое обучение не может проводиться без знаний основных разделов гигиены детей и подростков, санитарных норм и правил, гигиенических рекомендаций, инструкций.

Современные знания по охране и укреплению здоровья детей медицинский персонал ДОУ обычно получает при обучении на курсах повышения квалификации «Охрана здоровья детей и подростков (сестринское дело в педиатрии)» продолжительностью 144 и 288 ч. Медицинская сестра должна проходить такие курсы не реже одного раза в пять лет. Обычно по окончании обучения выдается сертификат специалиста. Кроме этого, существуют краткосрочные тематические курсы (циклы), например «Организация медицинского скрининг-контроля за здоровьем дошкольников и школьников», где слушатели получают знания по конкретной теме.

В 2011 г. 9—11 июня в Москве состоится XVI Конгресс Европейского союза школьной и университетской медицины и здоровья «EUSUM—2011» «Образование и здоровье с детства и до взрослой жизни». Организаторы Конгресса:

- Европейский союз школьной и университетской медицины и здоровья (ЕСШУМЗ).
- Министерство здравоохранения и социального развития России.
- Всероссийское общество развития школьной и университетской медицины и здоровья (РОШУМЗ).
- Союз педиатров России (СПР).

На Конгрессе будет обсуждаться широкий круг научно-практических проблем:

- Сохранение и укрепление здоровья обучающихся, воспитанников образовательных учреждений; формирование здорового образа жизни.
- Физическое здоровье дошкольников, школьников и студентов.
- Здоровое питание и двигательная активность школьников.
- Нервно-психическое, когнитивное развитие и здоровье дошкольников, школьников и студентов.
- Сохранение репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи.
- Вакцинация детей, подростков и молодежи.
- Соматическое здоровье учащихся: раннее выявление отклонений в развитии детей, влияющих на процесс обучения, и их профилактика.
- Профессиональное консультирование и помощь в выборе профессии.
- Дети с ограниченными возможностями: медико-психологическая и социальная реабилитация.
- Международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья — версия для детей и молодежи (ICF CY).
- Роль школьных медицинских сестер в охране здоровья детей.
- Усиление роли родителей в охране здоровья детей.
- Использование новых технологий в охране здоровья детей.
- Медико-психологическое обеспечение детей и подростков, занимающихся спортом.
- Межсекторальное взаимодействие в охране здоровья детей.

Гигиенические рекомендации по организации воспитания и оздоровления детей с нарушениями зрения в специализированных дошкольных образовательных учреждениях Москвы

Методические рекомендации

1. Разработаны Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по г. Москве (Синякова Д.В., Мамчур Н.Н.) и кафедрой гигиены детей и подростков ФППО педиатров ММА им. И.М. Сеченова (Кучма В.Р., Рапопорт И.К., Емельянов А.А.).

2. Утверждены Руководителем Управления Роспотребнадзора по г. Москве, Главным государственным санитарным врачом по г. Москве Филатовым Н.Н. и заведующим кафедрой гигиены детей и подростков ФППО педиатров ММА им. И.М. Сеченова Кучмой В.Р. 30 апреля 2009 года.

3. Введены в действие с 1 мая 2009 года.

4. Введены впервые.

1. Область применения

Настоящие рекомендации устанавливают гигиенические рекомендации к условиям воспитания и оздоровления детей с нарушениями зрения в специализированных дошкольных образовательных учреждениях и предназначены для использования при осуществлении санитарно-эпидемиологического надзора за учреждениями данного вида и для сотрудников специализированных дошкольных образовательных учреждений для детей с нарушением зрения.

2. Введение

По данным Федеральной службы государственной статистики, в структуре заболеваемости (по обращаемости) де-

АКТУАЛЬНО



тей в возрасте от 0 до 14 лет болезни глаза и его придаточного аппарата занимают 5-е ранговое место и составляют 5581,1 на 100 тыс. детского населения, а их удельный вес составляет 3,14%. Профилактические медицинские осмотры дошкольников, проводимые перед поступлением в школу, свидетельствуют о том, что близорукость выявляется у 4,5—8,2% детей, причем в каждом 13—15-м случае диагностируется миопия высокой степени, ведущая к выраженному нарушению зрения и резко ограничивающая возможности ребенка. Также известно, что нарушения зрения оказывают негативное влияние на состояние здоровья, работоспособность и развитие ведущих физиологических систем организма ребенка (Григорьева Л.П., 1998; Никулина Г.В. с соавт., 1999; Плаксина Л.И., 2001 и др.).

В связи с высокой распространенностью нарушений зрения у детей 3—7 лет в России создана сеть дошкольных образовательных учреждений (ДОУ) компенсирующего и комбинированного видов. Детские сады компенсирующего вида реализуют основную общеобразовательную программу дошкольного образования с приоритетным осуществлением деятельности по квалифицированной коррекции недостатков в физическом и психическом развитии детей с патологией зрительного анализатора. Детские сады комбинированного вида реализуют основную общеобразовательную

программу дошкольного образования в группах общеразвивающей, компенсирующей, оздоровительной и комбинированной направленности в разном сочетании.

Согласно Типовому положению о дошкольном образовательном учреждении, утвержденному Правительством РФ от 12.09.2008 № 666, программы ДОУ компенсирующего и комбинированного видов разрабатываются ими самостоятельно на основе примерной основной общеобразовательной программы дошкольного образования с учетом особенностей физического и психического развития и возможностей детей.

Дети с нарушением физического развития принимаются в ДОУ любого вида при наличии условий для коррекционной работы только с согласия родителей (законных представителей) по заключению психолого-медико-педагогической комиссии.

Значение роста отклонений в физическом развитии детей в современном мире невозможно переоценить, поскольку нарушение сроков возрастного развития и дисгармоничность морфологического статуса, как правило, сочетаются с отклонениями в состоянии здоровья. Чем более значительны эти нарушения, тем более серьезные заболевания диагностируются у детей. Установлена прямая зависимость между физическим развитием детей и их иммунным статусом: при ухудшении физического развития возрастают неблагоприятные

изменения в иммунограммах (Кучма В.Р., 2004).

Физическое развитие детей с нарушением зрения имеет определенные особенности по сравнению с физическим развитием относительно здоровых детей. Развитие организма ребенка с дефектами зрения протекает различно. Нарушение зрительной системы наносит огромный ущерб формированию двигательной сферы ребенка, его физическому и психическому развитию, отрицательно сказывается на формировании точности, скорости, координации движений, на развитии функций равновесия и ориентации в пространстве (Хан Е., 2004). Снижение двигательной активности ребенка обуславливает такие вторичные отклонения, как нарушение осанки, плоскостопие, искривление позвоночника. На этом фоне у детей нередко возникают двигательные стереотипно-образные движения (потряхивание рук перед глазами, похлопывание и др.). Также у детей с нарушением зрения повышен риск развития различных эмоциональных, когнитивных, поведенческих и личностных нарушений. Для таких детей характерны астения, низкая работоспособность, колебания психической активности и настроения. Поэтому они нуждаются в психологическом сопровождении и поддержке соответствующих специалистов. Таким образом, наличие заболеваний зрительного анализатора способствует развитию сопутствующей патологии и требует от специалистов примене-

ния комплексного, системного подхода к воспитанию и оздоровлению таких детей.

Гигиеническая оценка системы оздоровления детей с нарушениями зрения в современных специализированных ДООУ выявила, что, несмотря на наличие явных преимуществ в коррекционно-оздоровительной работе с детьми (закаливание, современные технологии коррекции нарушений зрения и оздоровления), в ней имеется и ряд недостатков. Например, отсутствие единой стандартизированной системы оздоровительных и лечебных мероприятий вынуждает сотрудников ДООУ проводить лечебные процедуры и коррекционные занятия с детьми за счет других видов деятельности (прогулок, игр, развивающих занятий и т.д.). Несогласованность работы между детскими поликлиниками и специализированными ДООУ для детей с нарушением зрения приводит к тому, что единая схема посещений ДООУ врачами соблюдается каждым отдельным учреждением по своему усмотрению. Это недопустимо в процессе оздоровления детей с патологией органа зрения, так как приводит к снижению контроля за проводимой коррекционной работой.

Выявленная в некоторых ДООУ неравномерная освещенность и пониженная влажность воздуха также свидетельствуют о необходимости контроля и коррекции освещенности и параметров микроклимата.

Очевидно, что для повышения эффективности оздоровительных мероприятий, используемых в специализированных детских садах, необходимо рационально сочетать между собой все направления лечения и профилактики нарушений зрения у детей. Так, по мнению большинства авторов, диагностико-коррекционную работу в специализированных ДОУ необходимо сочетать с физкультурно-оздоровительными и лечебно-профилактическими мероприятиями, а также с соблюдением здоровьесберегающих педагогических технологий при воспитании и обучении детей с нарушением зрения (Храмцов П.И., 2007; Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Ильин А.Г. и др., 2002; Цамерян А.П. с соавт., 2005).

3. Нормативные ссылки и методические документы

1. СанПиН 2.4.1.1249-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений».

2. Постановление Правительства Российской Федерации от 12.09.2008 № 666 «Об утверждении типового положения о дошкольном образовательном учреждении».

3. Методические указания по организации воспитания и обучения дошкольников с нарушением зрения (гигиенические аспекты) от 14.05.1984 № 3029-84.

4. Методические рекомендации «Проведение мониторинга состо-

яния здоровья детей и подростков и организация их оздоровления», утв. зам. министра здравоохранения и социального развития РФ В.И. Стародубовым 07.12.2005.

4. Санитарно-эпидемиологические требования к условиям обучения и оздоровления

В специализированных ДОУ для детей с нарушением зрения гигиеническим требованиям СанПиН 2.4.1.1249-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений» должны соответствовать: участок, здание, внутренняя отделка и оборудование помещений, естественное и искусственное освещение, отопление и вентиляция, водоснабжение и канализация, санитарное содержание помещений.

При воспитании детей с нарушением зрения в специализированном дошкольном образовательном учреждении особое внимание необходимо уделять параметрам естественной и искусственной освещенности, а также микроклимату помещений и регулярно контролировать данные параметры.

5. Требования к организации питания

Для оздоровления детей с нарушениями зрения в комплекс мероприятий обязательно следует включать обеспечение рационального питания.

При организации питания следует соблюдать возрастные физиологические нормы суточной потребности в основных пищевых веществах, а также своевременно корректировать продуктовый состав меню по микро- и макронутриентному содержанию исходя из данных о физическом развитии детей.

В целях профилактики гиповитаминоза следует проводить искусственную витаминизацию холодных напитков (компот и др.) аскорбиновой кислотой (для детей 1—3 лет — 35 мг, 3—6 лет — 50 мг на порцию).

6. Требования к приему детей в специализированные ДОУ и комплектование групп

Основанием для приема ребенка в специализированное ДОУ для детей с нарушением зрения является решение психолого-медико-педагогической комиссии с заключением педиатра из детской поликлиники о том, что ребенок относится к группе детей с нарушением зрения.

Перед поступлением в специализированное ДОУ необходимо провести углубленное обследование ребенка с оценкой его физического развития, состояния здоровья, нервно-психического статуса, что позволит в наиболее короткие сроки выявить имеющиеся у него функциональные отклонения и хронические заболевания, дать прогноз адаптации и оценку его готовности к поступ-

лению в ДОУ. Участковый педиатр намечает, какие мероприятия будут проведены в поликлинике, в ДОУ, дома родителями. Результаты осмотров и рекомендации специалистов учитываются в общем плане оздоровления ребенка.

В дальнейшем медицинское обеспечение детей в специализированных дошкольных учреждениях осуществляется специалистами прикрепленной к ДОУ территориальной детской поликлиники. Врач-педиатр является сотрудником отделения организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях, а офтальмолог — специалистом консультативно-диагностического отделения поликлиники. Кроме того, в специализированных ДОУ могут работать специалисты отделения восстановительного лечения территориальной детской поликлиники.

Для повышения эффективности лечебно-коррекционной и оздоровительной работы рекомендуется создание «коррекционных советов» в каждом ДОУ компенсирующего и комбинированного видов для детей с нарушениями зрения. В состав «коррекционного совета» необходимо включить врача-педиатра и офтальмолога, а также тифлопедагога, психолога, логопеда, специалиста по ЛФК и специалиста по научно-методической работе.

После проведения первичного осмотра ребенка, тщательного изучения выписки и опроса родителей, «коррекционный совет» составляет на каждого ребенка

индивидуальный план оздоровления и дает рекомендации по проведению лечебно-коррекционных и оздоровительных мероприятий с последующей оценкой их эффективности.

Группы специализированных ДОУ для детей с нарушением зрения, в соответствии с «Типовым положением о дошкольном образовательном учреждении» 2008 г., комплектуются следующим образом:

- ясельная группа — дети в возрасте от 2 до 3 лет;
- младшая группа — дети в возрасте от 3 до 4 лет;
- средняя группа — дети в возрасте от 4 до 5 лет;
- старшая группа — дети в возрасте от 5 до 6 лет;
- подготовительная группа — дети в возрасте от 6 до 7 лет.

Наполняемость групп специализированных ДОУ для детей с нарушением зрения устанавливается в зависимости от категории детей и их возраста (до 3 лет и старше 3 лет) и составляет:

- ♦ для слабовидящих детей, для детей с амблиопией, косоглазием — 6 и 10 детей соответственно;
- ♦ для слепых детей — 6 детей для обеих возрастных групп;
- ♦ для детей со сложным дефектом (имеющих сочетание 2 или более недостатков в физическом и (или) психическом развитии) — 5 детей для обеих возрастных групп.

В ДОУ с группами комбинированной направленности предельная наполняемость уста-

навливается в зависимости от возраста детей (до 3 лет и старше 3 лет) и категории детей с ограниченными возможностями здоровья и составляет:

- ♦ до 3 лет — 10 детей, в том числе не более 3 детей с ограниченными возможностями здоровья;
- ♦ старше 3 лет — 15 детей, в том числе не более 4 слабовидящих и (или) детей с амблиопией и косоглазием.

7. Рекомендации по организации режима дня и учебных занятий

Режим дня в специализированном ДОУ должен соответствовать возрастным особенностям и функциональным возможностям детей и предусматривать время для проведения профилактических и оздоровительных мероприятий.

Ежедневная продолжительность прогулки детей должна составлять не менее 4—4,5 часов. Прогулка организуется 2 раза в день: в первую половину дня — до обеда и во вторую половину дня — после полдника или перед уходом детей домой. Во время прогулки необходимо проводить подвижные игры и физические упражнения.

Дневной сон для детей с нарушением зрения организуется однократно, продолжительностью 2—2,5 часа. Перед сном не рекомендуется проведение подвижных эмоциональных игр.

Максимально допустимый объем недельной образовательной нагрузки для детей дошкольного возраста с нарушением зрения, включая

занятия по дополнительному образованию, составляет: в младшей группе (дети четвертого года жизни) — 11 занятий, в средней группе (дети пятого года жизни) — 12, в старшей группе (дети шестого года жизни) — 15, в подготовительной (дети седьмого года жизни) — 17 занятий. Максимально допустимое количество занятий в первой половине дня в младшей и средней группах не должно превышать двух занятий, в старшей и подготовительной группах — трех. Продолжительность занятий в младших группах — не более 15 минут, в средних группах — не более 20 минут, в старших группах — не более 25 минут, в подготовительных группах — не более 30 минут.

Для профилактики ухудшения зрительной функции и развития сопутствующей патологии опорно-двигательного аппарата воспитатель (педагог) во время занятий должен контролировать правильную позу ребенка при работе за столом, а также обеспечивать гигиенически рациональную организацию рабочего места: соответствие мебели росту ребенка, достаточный уровень освещенности.

Занятия, требующие повышенной познавательной активности и умственной деятельности детей, следует проводить в первую половину дня и в дни наиболее высокой работоспособности детей (вторник, среда). Для профилактики утомления детей рекомендуется сочетать указанные занятия с физкультурными, музыкальными занятиями, ритмикой и т.п. При

составлении расписания также необходимо чередовать образовательные занятия статического характера с динамическими занятиями (занятия физической культурой, музыкальные занятия, занятия в бассейне, коррекционная гимнастика и др.).

Занятия с использованием компьютеров для детей 5—7 лет следует проводить не более одного раза в течение дня и не чаще трех раз в неделю, в дни наиболее высокой работоспособности: во вторник, в среду и в четверг. После занятия с детьми проводят гимнастику для глаз. Непрерывная продолжительность работы с компьютером для дошкольников, имеющих зрительную патологию, на развивающих игровых и лечебных занятиях не должна превышать 7 минут для детей 5 лет и 10 минут — для детей 6—7 лет.

Для эффективного проведения коррекционно-оздоровительных мероприятий в ДОУ необходимо выделить в режиме дня детей «оздоровительный час», который будет проходить ежедневно 2 раза в день (по 15—30 минут в зависимости от возраста детей) в следующее время: с 9.40 до 10.10 и с 15.00 до 15.30.

8. Рекомендации по организации физического воспитания

Физическое воспитание дошкольников с нарушением зрения должно быть направлено на улучшение физического развития и функциональных возможнос-

тей детей, а также на формирование точности, скорости, координации движений, на развитие у них функций равновесия и ориентации в пространстве.

Выбор содержания занятия и характера физической нагрузки зависит от формы патологии ребенка, степени снижения остроты зрения, наличия других отклонений в состоянии его здоровья и осуществляется по рекомендациям врача-офтальмолога и педиатра. Физическая активность дошкольников должна осуществляться в полном объеме с учетом индивидуального уровня их здоровья и с максимальным использованием оздоравливающих факторов внешней среды.

При сходящемся косоглазии для детей подбирают упражнения, не требующие напряжения аккомодации и конвергенции, а связанные с направлением взора вверх и вдаль. При расходящемся косоглазии, наоборот, лечебными являются занятия, вызывающие напряжение аккомодации и конвергенции и сопровождающиеся направлением взора вниз на близкое расстояние. В комплексе упражнений для развития бинокулярного зрения у детей со сходящимся косоглазией эффективны групповые специальные игры, в которых внимание ребенка привлекается к далеким и высокорасположенным объектам (деревья, птицы, облака). К таким играм относится забрасывание мяча в кольцо, метание мяча, настольный теннис, волейбол и баскетбол. Для выработки глубинного бинокуляр-

ного зрения у детей с расходящимся косоглазием необходимы занятия на природе (сбор цветов, трав, разглядывание насекомых, лягушек и т.д.). Таким образом, при развитии бинокулярного, а на его основе и глубинного зрения, особое значение придается физическому развитию и двигательной тренировке, подвижным играм. Для этого применяется ряд игр: футбол, пионербол, кегли, городки, бадминтон; организуются спартакиады, ежедневные прогулки, однодневные походы.

Детям с высокой близорукостью, глаукомой, афакией, подвывихом хрусталика, с аномалиями рефракции и патологическими изменениями глазного дна, с заболеваниями сетчатой и сосудистой оболочек глаза, с атрофией зрительного нерва и с сопутствующими заболеваниями центральной нервной системы противопоказаны упражнения, связанные с длительным и резким наклоном головы (наклоны туловища), перемещением тела в вертикальной плоскости (приседания, прыжки в высоту, прыгивания) и сотрясением тела (подскоки, бег с максимальной скоростью).

Организованные формы двигательной активности для дошкольников с нарушением зрения должны включать утреннюю гимнастику, физкультурные занятия в спортивном зале и на воздухе, физкультурные минутки и двигательные разминки, подвижные игры и физические упражнения во время прогулки,

занятия в бассейне и т.п. Во всех формах организованной двигательной активности детей необходимо включать дыхательную гимнастику, упражнения на развитие и укрепление дыхательной мускулатуры, коррекционные упражнения для формирования свода стопы и упражнения, развивающие мышцы плечевого пояса.

Физкультурные занятия должны проводиться не менее трех раз в неделю. Длительность занятия зависит от возраста детей и составляет:

- в младшей группе — 15 минут;
- в средней группе — 20 минут;
- в старшей группе — 25 минут;
- подготовительной группе — 30 минут.

Одно из трех физкультурных занятий для детей старшего дошкольного возраста следует проводить на открытом воздухе. При температуре воздуха ниже -15°C , а также в дождливую и ветреную погоду занятия проводятся в зале. В теплое время года при благоприятных метеорологических условиях на открытом воздухе проводят максимальное число занятий.

Оценка эффективности физического воспитания детей осуществляется на основе динамики в состоянии их здоровья, функциональных возможностей (ЖЕЛ, мышечная сила кистей рук, функциональные пробы), развития двигательных качеств и навыков на каждом году жизни.

9. Особенности организации профилактической и оздоровительной работы

Основополагающими принципами оздоровления детей с нарушением зрения должны быть: индивидуальность — учет особенностей нарушений состояния здоровья каждого конкретного ребенка; комплексность — в оздоровлении ребенка принимают участие медицинские работники, психологи, тифлопедагоги, логопеды, инструкторы по лечебной физкультуре и др.; поэтапность и преемственность — оздоровление детей проводится на всех этапах: дома, в семье, в ДОУ, в поликлинике, в санатории.

Выбор технологий оздоровления в каждом конкретном случае определяется индивидуально, в зависимости от состояния здоровья ребенка, а также возможности ДОУ. Но оздоровительный блок должен обязательно включать как лечебные (аппаратные и неаппаратные методы), так и закаливающие и общеукрепляющие процедуры, а также мероприятия, направленные на лечение сопутствующей патологии.

Закаливание детей включает в себя элементы закаливания в повседневной жизни (умывание прохладной водой, широкая аэрация помещений, правильно организованная прогулка, физические упражнения, проводимые в легкой спортивной одежде в помещении и на открытом воздухе) и специальные мероприятия (водные,

воздушные и солнечные). Для закаливания детей основные природные факторы (солнце, воздух и вода) используют дифференцированно в зависимости от возраста детей, состояния их здоровья, с учетом подготовленности персонала и материальной базы ДОУ, со строгим соблюдением методических рекомендаций.

Основные принципы закаливания. Физиологические системы организма дошкольников имеют относительно небольшие резервы, поэтому повышенная интенсивность закаливающих процедур может привести к срыву адаптационных механизмов. Это, в свою очередь, может привести к ухудшению состояния здоровья и самочувствия ребенка или его отрицательного отношения к закаливанию. Чтобы не допустить срыва адаптационных механизмов организма детей, необходимо следующее:

- учет состояния здоровья детей;
- постепенное увеличение интенсивности закаливающих процедур;
- соблюдение систематичности и последовательности при проведении закаливания (перерыв в закаливании на 2—3 недели и более снижает сопротивляемость организма к неблагоприятным факторам);
- положительная эмоциональная реакция на процедуру: нельзя проводить закаливание при наличии у ребенка отрицательных эмоциональных реакций (беспокойство, страх, плач и т.д.);

- активное поддерживание произвольного внимания ребенка в течение всего процесса закаливания;
- специальное обучение медицинского персонала, педагогов и родителей ребенка.

Медицинский контроль при закаливании преследует цель обеспечения его высокой эффективности: повышение резистентности организма детей, снижение их заболеваемости. Он осуществляется медицинским персоналом в следующих направлениях.

1. Медицинское обследование состояния здоровья, физического развития детей для определения показаний и противопоказаний к закаливанию.

2. Объективная оценка влияния на организм ребенка закаливающих процедур.

3. Санитарно-гигиенический контроль за условиями проведения закаливающих процедур.

4. Санитарно-просветительная работа с родителями и персоналом ДОУ.

Оценка степени закаленности детского коллектива. Для определения эффективности проведенных в детском коллективе закаливающих процедур проводятся изучение и анализ материалов по состоянию здоровья детей в динамике. При этом могут быть использованы следующие показатели:

- распределение детей по группам здоровья;
- индекс здоровья (число детей, не болевших в течение года, к общему числу детей в группе, выраженному в процентах);

- число часто болеющих детей;
- общее число респираторных заболеваний в пересчете на 100 детей;
- средняя продолжительность одного заболевания;
- наличие осложнений после перенесенного заболевания;
- распределение детей по группам закаливания;
- распределение детей в группе по степени закаленности, выраженное в процентах.

Для оптимальной интеграции коррекционно-оздоровительных мероприятий в режим дня дошкольников в ДОУ необходима организация ежедневного «оздоровительного часа». «Оздоровительный час» должен проходить 2 раза в день (по 15—30 минут в зависимости от возраста детей) в следующее время: с 9.40 до 10.10 вместо самостоятельной игровой деятельности (так как с 10.30 у дошкольников предусмотрена прогулка на свежем воздухе, на которой также присутствует игровая деятельность) и с 15.00 до 15.30 (этот промежуток времени предусмотрен Методическими указаниями по организации воспитания и обучения дошкольников с нарушением зрения от 14.05.1984 № 3029-84 для оздоровительной гимнастики).

В зависимости от возраста детей продолжительность «оздоровительного часа» должна быть различной:

- для детей младшей группы — 1-е занятие 15 минут в интервале между 9.40 и 10.10 и 2-е занятие 15 минут в интервале между 15.00 и 15.30;
- для детей средней группы — 1-е занятие 20 минут в интервале между 9.40 и 10.10 и 2-е занятие 20 минут в интервале между 15.00 и 15.30;
- для детей старшей группы — 1-е занятие 25 минут в интервале между 9.40 и 10.10 и 2-е занятие 25 минут в интервале между 15.00 и 15.30;
- для детей подготовительной группы — 1-е занятие 30 минут в интервале между 9.40 и 10.10 и 2-е занятие 25—30 минут в интервале между 15.00 и 15.30.

Во время «оздоровительного часа» детей необходимо разделить на подгруппы, которые будут поочередно проходить групповые коррекционные и оздоровительные мероприятия, что не нарушит режим дня воспитанников и позволит снизить их утомляемость. Кроме того, нагрузка на детей должна распределяться равномерно, сочетать «активные» и «пассивные» виды оздоровительных и лечебно-коррекционных занятий (например, утром — включать «активные» методы оздоровления, такие как бассейн, ЛФК, тренажеры, аппаратное лечение, а вечером — «пассивные»: массаж, физиотерапия и т.д.).

Организация и внедрение в сетку расписания «оздоровительного часа» подразумевает проведение большого объема лечебно-коррекционной работы для значительного количества детей одновременно,

что требует привлечения большего штата сотрудников (медицинских сестер, медицинских сестер-ортопедисток, массажистов и т.д.), а также увеличения материально-технической базы для проведения оздоровительных мероприятий (закупки дополнительного оборудования, выделения дополнительных помещений для занятий и т.д.).

Также для повышения эффективности лечебно-коррекционных и оздоровительных мероприятий в специализированных ДОУ для детей с нарушениями зрения необходимо сокращать количество человек в группах до десяти.

В целях оптимизации психологического сопровождения детей с патологией органа зрения в специализированных ДОУ следует предусмотреть возможность более раннего начала индивидуальной психологической коррекции и большего охвата детей индивидуальными занятиями с психологом.

Для рационализации проводимой комплексной оздоровительной работы с детьми следует проводить регулярное просвещение родителей по вопросам, касающимся условий воспитания, режима дня и питания дошкольников с нарушениями зрения, а также по вопросу о допустимых пределах дополнительной образовательной нагрузки для детей.

Объем дополнительной образовательной нагрузки не должен превышать:

15 минут в неделю — для младших дошкольников;

50 минут в неделю — для средних дошкольников;

1,5 часа в неделю — для старших дошкольников.

Гигиеническое обучение и воспитание родителей в ДОУ в основном следует вести с помощью индивидуальных и групповых занятий — бесед, консультаций, а также использовать наглядные материалы — плакаты, бюллетени, информационные листы.

Рекомендуемые темы для групповых бесед воспитателей, тифлопедагогов и педиатров с родителями детей, посещающих специализированные ДОУ.

1. Режим дня, зрительная нагрузка и питание детей с нарушением зрения.

2. Особенности физического и психического развития дошкольников с нарушением зрения.

3. Выполнение родителями требований врачей, тифлопедагогов и воспитателей — залог успеха в укреплении здоровья дошкольников.

4. Факторы риска формирования нарушения здоровья детей 3—7 лет.

5. Физическое воспитание и закаливание детей дошкольного возраста.

Дополнительно беседы с родителями могут проводить: офтальмолог, тифлопедагог, психолог, логопед, инструктор по лечебной физкультуре и другие специалисты.

Целесообразно проводить систематическое обучение педагогических и медицинских работни-

ков ДОУ современным оздоровительным и профилактическим технологиям. Кроме того, при наличии соответствующих условий, необходимо расширять до оптимальных пределов штат тифлопедагогов в специализированном ДОУ, а руководителям ДОУ следует способствовать передаче тифлопедагогических знаний и технологий внутри самого учреждения (так, тифлопедагоги могут проводить мастер-классы для работников ДОУ и воспитателей).

Кроме того, необходимо предусмотреть возможность реализации принципов преемственности оздоровительных технологий в образовательных учреждениях для детей с нарушениями зрения. Возможными моделями таких учреждений могут служить образовательные учреждения «Детский сад компенсирующего вида — начальная школа».

10. Мониторинг состояния здоровья и условий обучения и воспитания детей с нарушением зрения

В целях оптимизации медицинской помощи детям с нарушениями зрения необходимо организовывать мониторинг состояния их здоровья трижды в год (в начале, середине и конце учебного года) с обязательным осмотром педиатром и офтальмологом, что позволит в начале года спланировать индивидуальную программу оздоровления каждого ребенка, в середине года — оценить эффективность

проводимой оздоровительной работы и при необходимости ее скорректировать, а в конце учебного года — оценить эффективность проведенной работы и дать рекомендации родителям по оздоровлению ребенка в летнее время. Мониторинг состояния здоровья детей следует проводить силами специалистов «коррекционного совета» ДОУ и врачами прикрепленной детской поликлиники, при этом он должен включать в себя оценку состояния здоровья, физического развития и психологического статуса дошкольников.

Комплексный подход к оценке состояния здоровья детей в процессе мониторинга предусматривает:

- осуществление обследований в полном объеме при тщательном выполнении всех предусмотренных тестов и исследований;
- обязательный контроль за показателями физического развития и функционального состояния организма и сопоставление с соответствующими нормативами;
- использование критериев раннего выявления функциональных отклонений и хронических заболеваний с учетом морфофункциональных особенностей организма дошкольников;
- выявление факторов риска, приоритетных в формировании той или иной патологии;
- формирование групп риска нарушений здоровья для проведения лечебно-профилактической работы;

- создание баз данных о динамике показателей здоровья каждого ребенка;
- ежегодный детальный анализ результатов мониторинга состояния здоровья, лечебно-оздоровительной и коррекционной работы в дошкольном образовательном учреждении.

В специализированном ДОУ один из трех ежегодных осмотров детей педиатром и офтальмологом может являться составной частью комплексных профилактических осмотров дошкольников, проводимых в так называемые «декретированные сроки» — в 3 года, за год до поступления в школу и перед поступлением в школу. При комплексном осмотре в «декретированные сроки», помимо педиатра и офтальмолога, детей осматривают отоларинголог, невролог, хирург/ортопед, стоматолог с использованием регламентированных лабораторно-инструментальных методов исследования, а также проводится логопедическое обследование детей в 3 года, 6 и 7 лет. По показаниям, выявленным при врачебном осмотре, дети направляются на углубленное обследование в детскую поликлинику или консультативно-диагностические центры к врачам — узким специалистам: аллергологу-иммунологу, гастроэнтерологу, кардиологу, физиотерапевту и др.

Дошкольники, имеющие III группу здоровья, т.е. страдающие хроническими заболеваниями в стадии компенсации, подлежат диспансерному наблюдению у врача-специалиста по профилю

заболевания и проходят диспансерное обследование в детской поликлинике по месту жительства не реже двух раз в год.

Дошкольники с II группой здоровья, т.е. имеющие функциональные отклонения, подлежат диспансерному наблюдению у врача-специалиста (врачей-специалистов) по профилю функциональных отклонений и проходят диспансерное обследование в поликлинике по месту жительства не реже одного раза в год.

Профилактические осмотры детей и подростков осуществляются в соответствии с приказами МЗ РФ: от 30.06.1992 № 186/272 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях»; от 14.03.1995 № 60 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов»; от 07.05.1998 № 151 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям» (приложения № 23 и № 24); от 05.05.1999 № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста», от 03.07.2000 № 241 «Об утверждении Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений», от 30.12.2003 № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».

Для оценки состояния здоровья ежегодно должны проводиться доврачебный этап профилактических медицинских осмотров детей по регламентированной базовой

скрининг-программе и анализ результатов осмотров детей педиатром и офтальмологом, а также данные комплексного профилактического осмотра, проведенного в «декретированные сроки».

Офтальмолог осуществляет систематическое наблюдение за детьми в зависимости от тяжести патологии, по показаниям проводит углубленное обследование в условиях детской поликлиники, при необходимости направляет ребенка в стационар.

Лечебно-коррекционная работа в специализированном ДОО проводится под руководством офтальмолога и педиатра, прикрепленных к образовательному учреждению.

Оценка физического развития проводится 3 раза (в начале, середине и конце учебного года) по антропометрическим (длина тела, масса тела, окружность грудной клетки) и физиометрическим (мышечная сила кистей рук, жизненная емкость легких) показателям. На основании исследования определяют соответствие биологического возраста календарному (паспортному) и гармоничность морфофункционального состояния. Необходимость трехкратной оценки физического развития дошкольников в специализированных ДОО обусловлена более высокой частотой встречаемости отклонений в физическом развитии детей по сравнению с детьми в ДОО общеразвивающего вида, что требует своевременных коррекционных мероприятий.

Мониторинг психологического статуса с участием педагогов-

психологов должен включать оценку уровня тревожности и невротизации детей.

Оценку уровня тревожности детей с нарушением зрения рекомендуется проводить с помощью специального модифицированного проективного теста тревожности Р. Тэмбла, М. Дорки, так как рисуночные методики или методики, где используются мелкие визуальные образы, в данном случае либо вовсе неприменимы, либо могут применяться с большим ограничением. Данная методика подходит для демонстрации детям с нарушением зрения, так как предъявляемые картинки достаточно большого размера (формат изображений А5), а также она проста в применении на практике. В ходе исследования на основании полученных данных рассчитывается индекс тревожности (ИТ) ребенка. В зависимости от величины ИТ определяется высокий, средний и низкий уровни тревожности. Уровень невротизации и субъективную степень эмоционального благополучия дошкольников можно оценивать с помощью специальной анкеты для родителей, включающей вопросы по данным критериям.

Совокупность положительных изменений в состоянии здоровья и развитии ребенка на протяжении года позволяет считать, что использованный комплекс коррекционно-оздоровительных средств в сочетании с реализацией гигиенических мероприятий и выполнением рационального режима дня был достаточно эффективен.

Результаты профилактических осмотров детей, посещающих детский сад

[illegible]

Сводная таблица (количество детей с нарушениями здоровья) (в %)
Группа... ДОУ...
N =

Специалист	Количество детей, осмотренных врачом-специалистом	Абсолютный показатель (количество детей, имеющих нарушения)	Относительный показатель (% детей, имеющих нарушения здоровья)
Педиатр			
Отоларинголог			
Офтальмолог			
Невролог			
Хирург/Ортопед			

Распределение детей на группы здоровья (в %)
Группа... ДОУ...

Группы здоровья	Мальчики n =		Девочки n =		Оба пола вместе n =	
	Абсолютный	Относительный	Абсолютный	Относительный	Абсолютный	Относительный
I						
II						
III						
IV						
Всего		100		100		100

Протокол от 16.09.2010 № 19 «О ходе иммунизации населения в рамках национального календаря профилактических прививок»

**Федеральная служба по надзору в сфере
защиты прав потребителей и благополучия человека
(извлечение)**

1. Отметить, что в 2010 г. продолжается снижение заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики: острым гепатитом В — на 22,5%, краснухой — в 2,5 раза, эпидемическим паротитом — в 2,1 раза.

Продолжают регистрироваться стабильно низкие уровни заболеваемости дифтерией и коклюшем — всего в стране зарегистрировано 7 случаев дифтерии, показатель заболеваемости коклюшем составил 1,52 на 100 тыс. населения.

Вместе с тем отмечен рост заболеваемости корью за счет вспышки в Амурской области и Республике Бурятия, при этом показатель заболеваемости в целом по Российской Федерации удерживается на уровне, не превышающем 1 случая на млн населения — составляет 0,07 на 100 тыс. населения.

В текущем году отмечались трудности с поставками МИБП, вместе с тем в настоящее время ситуация с поставками большинства МИБП в рамках заключенных государственных контрактов

стабилизировалась, остаются невыполненными поставки (поставлено менее 50% от годовой заявки):

— инактивированной вакцины против полиомиелита (ИПВ) — в Республику Дагестан (поставлено 39% от годовой заявки) и в Сахалинскую область (17% от годовой заявки);

— вакцины АКДС-геп (против дифтерии, коклюша, столбняка и гепатита В для детей до года) — в Тамбовскую и Тверскую области (поставлено только 10% от заявленного объема вакцины).

Наиболее сложная ситуация в текущем году сложилась с обеспечением субъектов вакциной БЦЖ-м и гепатитными вакцинами (детской без консервантов и вакциной для взрослых).

Так, вакцина БЦЖ-м: не поставлена в Чукотский АО; поставлено только 10—30% от заявленного объема БЦЖ-м — в 23 субъекта Российской Федерации.

Поставки вакцины против гепатита В для иммунизации

взрослого населения до настоящего времени не начаты.

За 8 мес. 2010 г. в соответствии с национальным календарем профилактических прививок в целом по Российской Федерации иммунизировано от 65 до 75,6% детей и взрослых, подлежащих прививкам в 2010 г.

Против туберкулеза в целом по стране привито 1,08 млн новорожденных детей — 72,6% от числа подлежащих прививкам.

Ниже 60% выполнен план — в 4 субъектах РФ: Карачаево-Черкесской Республике (54,5%), Республике Татарстан (55,7%), Свердловской области (59,5%), Забайкальском крае (55,9%).

Против дифтерии, коклюша, столбняка в целом по стране привито 7,5 млн детей, подростков и взрослых, что составило 69,2% от числа подлежащих прививкам.

Ниже 50% подлежащих охвачено прививками в Республике Бурятия (47,8%) и Приморском крае (41,3%).

От 50 до 60% привито в 18 субъектах: Костромской (58,8%), Орловской (50,7%), Тульской (59,2%), Архангельской (59,3%), Мурманской (55,9%), Псковской (57,6%), Астраханской (58,6%), Кировской (57,5%), Свердловской (58,3%), Иркутской (53,2%) областях, Ненецком (57,7%), Ханты-Мансийском (51,7%) автономных округах, республиках Ингушетия (50,2%), Карачаево-Черкесской (53%), Татарстан (52,5%), Саха

(59%), Забайкальском (53,6%), Хабаровском (54,8%) краях.

В целом по Российской Федерации иммунизировано против кори и эпидемического паротита более 1,9 млн чел. детей в возрасте 1 год и 6 лет, что составило 68,4% от числа подлежащих.

Ниже 60% охвачены подлежащие прививкам в 24 субъектах РФ: Владимирской (56,7%), Ивановской (59,2%), Московской (57,6%), Ярославской (56,5%), Архангельской (57,3%), Вологодской (51,6%), Мурманской (57%), Пензенской (59,4%), Кемеровской (58,3%), Новосибирской (49,7%), Томской (52,7%), республиках Карелия (57,6%), Коми (57,6%), Кабардино-Балкарской (59,3%), Карачаево-Черкесской (58,2%), Северной Осетии — Алании (51,4%), Татарстан (58,1%), Саха (54,1%), Ненецком (58,8%), Ханты-Мансийском (50%), Ямало-Ненецком (51,1%) автономных округах, Забайкальском (56,1%), Красноярском (58,1%), Приморском (57,9%) краях.

Из числа взрослого населения в целом по Российской Федерации против кори привито 250 777 чел., что составило 75,6% от количества подлежащих прививкам.

В Карачаево-Черкесской Республике охват прививками подлежащих контингентов составил всего 2,7%.

От 26% до 50% охвачены подлежащие контингенты в 6 субъектах: Архангельской (26,5%), Пен-

зенской (28,6%), Владимирской (48,9%) областях, Республике Башкортостан (49,1%), Ставропольском (43,5%) и Пермском (44,8%) краях.

От 50% до 60% охват — в 6 субъектах РФ: Смоленской (50%), Ярославской (57,6%), Кировской (57,3%), Ульяновской (58,6%) областях, республиках Адыгея (51,4%) и Калмыкия (51,1%).

Против краснухи суммарно привито детей и взрослых — 2,7 млн человек, что составило 67,5% от числа подлежащих прививкам в 2010 г.

Ниже 50% подлежащих контингентов охвачено прививками в 7 субъектах РФ: Ярославской (44,2%), Оренбургской (40,7%) областях, Республиках Карачаево-Черкесской (41,2%), Бурятия (45%), Тыва (38,8%), Приморском крае (21,8%) и Еврейской автономной области (44,5%).

От 50% до 60% подлежащих контингентов охвачено прививками в 20 субъектах: Белгородской (50%), Воронежской (55,9%), Костромской (50,6%), Курской (56,6%), Московской (58,5%), Рязанской (51,6%), Смоленской (53,2%), Тверской (58,3%), Иркутской (56,6%), Томской (55,3%) областях, Москве (56,9%), Санкт-Петербурге (52,7%), республиках Коми (55,6%), Дагестан (55,5%), Кабардино-Балкарской (57,3%), Татарстан (51,3%), Саха (56,2%), Ханты-Мансийском (52,2%), Ямало-Ненецком (54,1%), Забайкальском (54,9%) краях.

В 2010 г. продолжалась иммунизация против ВГВ взрослого населения, подлежащего прививкам в 2009 г. в соответствии с утвержденным сетевым графиком.

В целом по Российской Федерации по состоянию на 01.09.2010 привито 5 323 822 взрослых от 18 до 55 лет (контингентов 2009 г.), что составляет 89,2% от первоначально запланированного количества.

К началу сентября 2010 г. завершилась иммунизация в 51 субъекте Российской Федерации.

Не закончили в срок (в соответствии с утвержденным сетевым графиком) прививки контингента 2009 года — в 9 регионах: Чукотский АО (67,7%), Ханты-Мансийский АО (93,4%), Владимирская (94,8%), Ленинградская (89,6%), Псковская (91%), Астраханская (83,3%) области, Красноярский (81,9%), Забайкальский (53,2%) и Приморский (95,9%) края.

23 субъекта РФ планируют завершить иммунизацию в сентябре — октябре 2010 г.

Всего в 2010 г. планируется привить суммарно 6,3 млн взрослых 18—55 лет, из них: 4,5 млн чел. — контингенты 2009 г. и 1,8 млн — взрослые, подлежащие прививкам в 2010 г.

Против полиомиелита суммарно (вакцинировано и ревакцинировано) 3 815 569 детей, что составило 69,5% от числа подлежащих прививкам.

Менее 60% от числа подлежащих охвачено прививками в 12 субъектах: Владимирской (57,5%), Архангельской (58,5%), Ростовской (56,9%), Новосибирской (57,5%) областях, Республиках Карелия (57,1%), Ингушетия (55,7%), Северная Осетия — Алания (49,7%), Мордовия (58,7%), Татарстан (57,4%), Алтай (57,9%), Ставропольском (58,8%) и Приморском (52,4%) краях.

В текущем году ситуация по заболеваемости полиомиелитом в Европейском регионе осложнилась в связи со вспышкой в Республике Таджикистан, где зарегистрировано более 700 случаев заболеваний с подозрением на паралитический полиомиелит, из них в 456 случаях подтверждено наличие дикого полиовируса 1 типа, в том числе 20 — закончились летальным исходом. Более 80% случаев заболеваний зарегистрировано среди детей до 6 лет.

По имеющимся данным, в Республике Таджикистан проведена туровая иммунизация моновакциной против полиомиелита 1 типа детей до 16 лет с охватом около 98—99% от числа подлежащих прививкам.

В связи с угрозой распространения полиомиелита в другие сопредельные страны, по данным ЕРБ ВОЗ, также организована дополнительная туровая иммунизация детей до 5—6 лет в республиках Узбекистан, Казахстан, Туркменистане и Кыргызстане.

В целях недопущения завоза и распространения дикого полиовируса на территории Российской Федерации, Роспотребнадзором даны указания (письмо от 23.04.2010 №01/6334-0-23 «О недопущении завоза дикого полиомиелита») о проведении комплекса мероприятий, включая оценку состояния привитости против полиомиелита детского населения в разрезе каждого педиатрического участка ЛПУ и детского учреждения, а также анализ причин непривитости детей против полиомиелита.

По выборочным данным, представленным 29 субъектами Российской Федерации, результаты проведенных проверок ЛПУ и детских образовательных учреждений выявили факты недостоверности сведений о проведенных профилактических прививках в 12 субъектах РФ (41,4%) — Калужской, Московской, Иркутской, Свердловской, Тюменской областях, Санкт-Петербурге, Республиках Дагестан, Ингушетия, Кабардино-Балкарской, Чеченской Республике, Алтайском и Приморском краях.

Всего в 29 субъектах Российской Федерации было проверено 859 ЛПУ, из них в 84 (9,8%) выявлены факты недостоверности данных о прививках.

Процент ЛПУ, где выявлены указанные факты по отношению к общему числу проверенных ЛПУ по субъектам РФ колеблется от 8% до 53% (Республика

Дагестан). В Калужской области из проверенных 6 ЛПУ нарушения выявлены в 5 (83%).

Ранее проведенный анализ охвата прививками против полиомиелита в разрезе педиатрических участков (на 1 января 2010 г.) показал, что в 42 субъектах Российской Федерации в 516 ЛПУ на 1652 педиатрических участках не был достигнут необходимый 95%-й уровень, в связи с чем в данных ЛПУ организовано проведение двухтуровой подчищающей иммунизации против полиомиелита детей в возрасте от 12 мес. до 3 лет.

В ходе 1 тура подчищающей иммунизации против полиомиелита привито 52 193 чел. (98,7% от числа подлежащих) детей данной возрастной группы, при этом в 40 субъектах РФ охвачено свыше 95% от числа подлежащих прививкам.

Второй тур иммунизации завершен в 39 субъектах, привито 19 592 (39,1% от числа подлежащих), из них в 38 субъектах РФ с охватом прививками свыше 95%. В Республике Дагестан, Пермском и Хабаровском краях второй тур иммунизации будет завершен позже.

В целях повышения иммунной прослойки детского населения, в результате пересмотра медотводов и проведения информационной работы с родителями, численность детей в возрасте 3 мес. — 17 лет, не имеющих прививок против полиомиелита, сократи-

лась на 16,3 тыс. человек — с 67 153 (на 07.06.2010) до 50 864 чел. (на 13.09.2010).

Вместе с тем остаются непривитыми против полиомиелита дети в возрасте с 3 мес. до 5 лет — 41 654 чел (82% от общего числа непривитых детей).

Наибольшее число непривитых против полиомиелита детей остается в гг. Москве (3086 чел.), Санкт-Петербурге (1611 чел.), Московской (2699 чел.), Нижегородской (2415 чел.), Новосибирской (2116 чел.) областях, Краснодарском (2732 чел.) и Приморском (1787 чел.) краях, Республике Башкортостан (1705 чел.), Ханты-Мансийском автономном округе (1694 чел.), а также в Белгородской (809 чел.), Владимирской (734 чел.), Воронежской (671 чел.), Ивановской (693 чел.), Курской (823 чел.), Рязанской (763 чел.), Тверской (978 чел.), Ярославской (634 чел.), Саратовской (1185 чел.), Кемеровской (1251 чел.), Волгоградской (1039 чел.), Ростовской (989 чел.) областях, Республике Татарстан (1202 чел.), Чувашии (875 чел.).

Наличие непривитых против полиомиелита детей создает условия для возникновения местных случаев заболевания в случае его завоза.

В Российской Федерации в Иркутской, Челябинской, Свердловской областях, Москве, Хабаровском крае, Республике Дагестан и Чеченской Республике выявлены случаи заболевания полиомиели-

том, подтвержденные лабораторно выделением дикого вируса Р1, родственного таджикскому. Большинство заболевших — граждане Таджикистана и Узбекистана.

Как правило, все заболевшие не были привиты или не имели достоверных данных об иммунизации против полиомиелита.

Кроме того, в ряде субъектов Российской Федерации выявлены случаи выделения дикого вируса Р1 без клинических проявлений заболевания в основном в близком окружении заболевших.

В очагах заболеваний и носительства дикого полиовируса проведен комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий в соответствии с требованиями нормативных документов.

Вместе с тем при проведении эпидемиологического расследования очагов полиомиелита выявлены факты необоснованного отсутствия прививок против этой инфекции у граждан Российской Федерации в некоторых регионах.

В Чеченской Республике 70% детей до 17 лет в окружении ОВП не были привиты или имели только 2 туровые прививки против полиомиелита. Заболевшие дети в возрасте старше 1 года также не были привиты.

В Республике Дагестан число непривитых против полиомиелита детей после проведенных проверок увеличилось по сравнению с

ранее представленными данными, что свидетельствует об отсутствии надлежащего учета и контроля за иммунизацией населения и достоверности представляемых данных.

В Челябинской области заболел ребенок 5 лет, родители которого неоднократно меняли место жительства (за 4 мес. до заболевания прибыли из Оренбургской области), в лечебно-профилактические учреждения не обращались, в связи с чем ребенок не прививался.

При осуществлении эпидемиологического надзора в текущем году выявлены случаи острого вялого паралича у детей домов ребенка в Алтайском и Хабаровском краях, связанные с активной циркуляцией вакцинных вирусов в закрытых учреждениях, чему способствовал низкий охват прививками детей, обусловленный нарушением календарных сроков их иммунизации, высокий удельный вес детей с необоснованными отводами от прививок, несоблюдение требований санитарно-противоэпидемического режима.

В нарушение национального календаря профилактических прививок, прививки против полиомиелита в доме ребенка, подведомственном УФСИН по Хабаровскому краю, проводились детям первого года жизни живой полиомиелитной вакциной при наличии ИПВ, что создало угрозу

возникновения вакциноассоциированных случаев полиомиелита у непривитых детей.

При низких охватах прививками подчищающая иммунизация против полиомиелита и надлежущая работа по пересмотру обоснованности медицинских отводов от прививок в указанных учреждениях не проводилась.

В настоящее время на территории Российской Федерации в целом сохранялся низкий уровень заболеваемости гриппом и ОРВИ, при этом отмечен сезонный рост заболеваемости ОРВИ в некоторых субъектах, характерный для сентября.

За прошедшую 36 неделю (6—12.09.2010) рост заболеваемости ОРВИ с превышением недельных эпидемических порогов по населению в целом на 10—51% отмечен в 12 субъектах Российской Федерации: Ивановской, Костромской, Липецкой, Волгоградской, Кемеровской, Свердловской, Сахалинской областях, Пермском крае, Республике Марий Эл, Чувашской Республике, Ямало-Ненецком и Ненецком автономных округах, где количество заболевших составило от 1734 (Сахалинская область) до 18 714 (Свердловская область) человек, интенсивные показатели заболеваемости составили по совокупному населению от 28,5 (Волгоградская область) до 72,4 (Ненецкий автономный округ) на 10 тыс. населения.

Превышение порогов по населению в целом в основном связано с заболеваемостью детского населения (возрастные группы 3—6 лет и 7—14 лет).

Среди детей в возрасте 0—2 лет превышение недельных порогов заболеваемости отмечено в 16 субъектах Российской Федерации, детей 3—6 лет — в 18 субъектах Российской Федерации, детей в возрасте 7—14 лет — в 23 субъектах Российской Федерации.

Среди лиц старше 15 лет отмечено превышение порогов в 9 субъектах Российской Федерации.

По результатам лабораторного мониторинга: за прошедшую неделю было обследовано более 1,3 тыс. человек с признаками ОРВИ. В этиологической структуре ОРВИ наибольший удельный вес имели вирусы парагриппа — 12,3% от общего числа обследованных больных, аденовирусы — 4,7% и РС-вирусы — 2,7% (35). В единичных случаях выделялся вирус гриппа А (H1N1) (0,3%).

Снижению активности сезонных вирусов гриппа способствуют кампании по иммунизации населения против данной инфекции.

В преддверие эпидсезона 2009—2010 гг. в целом по стране было привито против гриппа 34,4 млн человек, что составило 24% от численности населения страны, из них в рамках приоритетного на-

ционального проекта — 27 млн человек и более 7,3 млн человек привито дополнительно за счет других источников финансирования — областных и местных бюджетов, страховых кампаний, средств организаций и граждан.

В 2010 г. запланировано привить около 29,7 млн человек из групп риска (дети детских дошкольных учреждений и школьники 1—11 классов, студенты, медицинские работники, работники образования, лица старше 60 лет и прочие).

В состав сезонных противогриппозных вакцин в соответствии с рекомендациями ВОЗ включены следующие штаммы: A/California/07/2009(H1N1), A/Perth/16/2009 (H3N2) и B/Brisbane/60/2008.

Для иммунизации населения Российской Федерации в 2010—2011 гг. планируется выпуск суммарно 30,6 млн доз отечественных сезонных вакцин, в том числе: Гриппол (Уфимский филиал ФГУП НПО «Микроген») — 16 млн доз, Гриппол плюс (производства ООО ФК «Петровакс») — 11,3 млн доз, Гриппол Нео (производства ООО ФК «Петровакс») — 1 млн доз, Гриппол (производства Санкт-Петербургский ИВС) — 1 млн доз, Грипповак (цельновирсионная) (производства Санкт-Петербургский ИВС) — 1,3 млн доз.

В ближайшее время начнутся поставки противогриппозных вакцин в соответствии с заключенными государственными контрактами.

2. Руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации рекомендовать рассмотреть вопросы:

- о выделении ассигнований на закупку противогриппозных вакцин для иммунизации других групп населения, а также противовирусных препаратов для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ;
- разработке комплексных мер по формированию у населения приверженности к вакцинации.

3. Руководителям управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации совместно с руководителями органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

- принять меры по обеспечению и поддержанию на высоком (более 95%) уровне достоверного охвата плановой иммунизацией против полиомиелита;
- разработать комплекс мер по выявлению непривитых против полиомиелита детей, уменьшению числа медицинских отводов от профилактических прививок, улучшению работы с родителями, отказывающимися от иммунизации своих детей;
- обеспечить полный комплекс мероприятий в случае выявления завоза «дикого» полиовируса;
- организовать и провести в осенний период 2010 г. иммунизацию против гриппа контингентов групп риска, преду-

смотренных национальным календарем профилактических прививок, — детей, посещающих дошкольные учреждения, школьников, студентов, медицинских работников и работников образования, транспорта, коммунальной сферы, а также взрослых старше 60 лет.

4. Руководителям управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации:

- повысить качество эпиднадзора за выявлением полио/ОВП, особенно на территориях, где случаи ОВП в последние годы не регистрировались («молчащих») и территориях с большой численностью мигрантов, обеспечив выявление и тщательное расследование каждого случая ОВП;
- усилить контроль за иммунизацией детей и выполнением требований санитарного законодательства в части соблюдения санитарно-противоэпидемического режима в учреждениях с постоянным пребыванием детей (домах ребенка, детских домах, школах-интернатах);
- провести анализ эффективности мониторинга за циркуляцией полиоэнтеровирусов в окружающей среде, при необходимости расширить перечень объектов окружающей среды для вирусологических исследований, пересмотрев места и кратность отбора проб, увеличив объемы проводимых исследований.

5. Руководителям управлений Роспотребнадзора, руководителям органов управления здравоохранением Приморского края, Архангельской области, Республики Северная Осетия (Алания), Ханты-Мансийского автономного округа, Тюменской области, Республики Дагестан:

- провести детальный (в разрезе педиатрических участков) анализ привитости детей в рамках национального календаря профилактических прививок, по результатам принять необходимые меры и составить конкретные планы иммунизации подлежащих контингентов.

6. Руководителям управлений Роспотребнадзора, руководителям органов управления здравоохранением Республики Дагестан, Чеченской Республики:

- определить контингенты детей и объемы вакцины, необходимые для проведения дополнительной туровой иммунизации;
- обеспечить организационную работу по подготовке к проведению дополнительной туровой иммунизации.

7. Управлению Роспотребнадзора по Пензенской области (В.А. Мальцев) в срок до 17.09.2010 представить объяснение по факту низкого охвата иммунизацией против кори взрослого населения, подлежащего иммунизации в 2010 г.

Руководитель Г.Г. Онищенко

Источник: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека /www.rosпотребнадзор.ru

Письмо от 30.09.2010 № 01/14090-0-32

«О заболеваемости эхинококкозом в Российской Федерации»

**Федеральная служба по надзору в сфере
защиты прав потребителей и благополучия человека**

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека информирует, что заболеваемость населения эхинококкозом на территории Российской Федерации в 2009 г. снизилась по сравнению с предыдущим годом на 2,6%.

Всего было зарегистрировано 540 случаев (0,38 на 100 тыс. населения) гидатидного и альвеолярного эхинококкоза в 58 субъектах Российской Федерации против 551 случая (0,39 на 100 тыс. населения) в 63 субъектах Российской Федерации. На долю детей до 14 лет приходится 11,2% (61 случай), в том числе 9 случаев у детей от 3 до 6 лет.

В 2009 г. зарегистрировано 8 летальных исходов от эхинококкозов (Карачаево-Черкесская Республика, Алтайский, Красноярский края, Оренбургская, Новосибирская области).

Анализ многолетней заболеваемости населения эхинококкозом в субъектах Российской Федерации показал, что уровень заболеваемости этим гельминтозом превышает среднероссийские показатели в Ямало-Ненецком (в 10,6 раза), Чукотском (в 13,7

раза) автономных округах, Карачаево-Черкесской Республике (в 11,7 раза), Республиках Алтай (в 8,8 раза), Калмыкии (в 2,76 раза), Саха (Якутия) (в 4,4 раза), Башкортостан (в 3,9 раза), Оренбургской (в 7,3 раза), Саратовской (в 4,7 раза), Курганской (в 2,4 раза) областях.

В 2009 г. эхинококкоз печени отмечался в 74%, легких — в 22, сочетанного поражения печени и других органов (легких, брюшной полости, селезенки, костей) — в 4% случаев.

Диагноз «эхинококкоз» по-прежнему устанавливается в поздних стадиях (несмотря на возможность использования серологической диагностики) преимущественно инструментальными методами (УЗИ, рентгенография, компьютерная томография) во время оперативных вмешательств.

На основании сопоставления показателей регистрируемой заболеваемости эхинококкозами с результатами иммунологических обследований установлено, что поправочный коэффициент к регистрируемой заболеваемости равен трем.

Альвеолярный эхинококкоз (29 случаев) зарегистрирован в

14 субъектах Российской Федерации: в Алтайском, Красноярском, Хабаровском краях, Республиках Башкортостан, Мордовии, Алтай, Удмуртской Республике, Кемеровской, Кировской, Нижегородской, Новосибирской, Смоленской, Челябинской, Ярославской областях.

По данным формы № 5 вет. «Сведения о ветеринарно-санитарной экспертизе сырья и продуктов животного происхождения за 2009 год», на мясоперерабатывающих предприятиях выявлено 155 149 проб мяса с эхинококковыми пузырями. В структуре зараженных животных эхинококкозом 60,7% составляют свиньи, 28,8% — крупный рогатый скот, 9,9% — мелкий рогатый скот, 0,6% — лошади.

На очистных канализационных сооружениях: в Ямало-Ненецком, Чукотском автономных округах, Республиках Алтай, Башкортостан, Калмыкия, Саха (Якутия), Карачаево-Черкесской Республике, Оренбургской, Саратовской, Курганской областях, где зарегистрирован высокий уровень заболеваемости населения эхинококкозом, применяемые способы очистки (препараты хлора, УФ-обеззараживания в используемых дозировках) не обеспечивают дезинвазию сточных вод и их осадков.

Несмотря на сформировавшиеся и длительно существующие очаги эхинококкоза в субъектах Российской Федерации, органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, не используют в полной мере возло-

женные на них полномочия (Оренбургская, Курганская, Саратовская области, Республики Башкортостан, Алтай, Калмыкия, Карачаево-Черкесская Республика).

Наряду с этим, в Красноярском крае, проводится действенный надзор за дезинвазией сточных вод на очистных канализационных сооружениях с возбуждением производств по делам об административных правонарушениях в отношении лиц, допускающих сброс сточных вод без проведения эффективной очистки и дезинвазии. Так, из 26 проведенных надзорных мероприятий в отношении 26 юридических лиц, по результатам которых оформлено 25 протоколов об административных правонарушениях и, как результат, на всех очистных канализационных сооружениях решен вопрос о проведении эффективной дезинвазии.

Следует отметить, что не отрабатано в полной мере взаимодействие управлений, учреждений Роспотребнадзора с Референс-центром по санитарной паразитологии и мониторингу за ларвальными гельминтозами на базе ФГУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора.

В целях улучшения профилактических, противоэпидемических, лечебных мероприятий по эхинококкозу и альвеококкозу предлагаю:

1. Руководителям Управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, по железнодорожному транспорту, Глав-

ным врачам ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъектах Российской Федерации, на железнодорожном транспорте, Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

1.1. Продолжить работу по реализации постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 27.12.2007 № 94 «Об усилении мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний и элиминации малярии в Российской Федерации».

1.2. Провести обучение медицинских работников лечебно-профилактических учреждений по вопросам эпидемиологии, клиники, диагностики, лечения профилактики эхинококкоза и альвеококкоза.

1.3. Обеспечить проведение санитарно-просветительной работы среди населения по профилактике эхинококкозов с использованием всех средств СМИ.

2. Руководителям Управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации:

2.1. Принять дополнительные меры по усилению контроля за соблюдением санитарного законодательства по профилактике эхинококкозов в животноводческих комплексах.

2.2. Установить контроль за ежегодным обследованием на эхинококкоз эпидемиологически значимых контингентов (работников животноводческих комплексов, звероводов, охотников и членов их семей).

2.3. Обеспечить систематическое взаимодействие с ветеринар-

ной службой и органами Россельхознадзора в субъектах Российской Федерации по вопросам профилактики эхинококкоза.

2.4. Обеспечить систематическое взаимодействие с Референс-центром по санитарной паразитологии и мониторингу за ларвальными гельминтозами (ФГУН «Ростовский НИИ микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора).

2.5. Потребовать с учетом полномочий органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, от руководителей юридических лиц внедрения эффективных технологий по дезинвазии сточных вод, их осадков, почвы от возбудителей паразитарных заболеваний.

2.6. Представить информацию о комплексе противопаразитарных мероприятий и принимаемых мерах по соблюдению санитарного законодательства по профилактике эхинококкоза и альвеококкоза к 01.03.2011.

3. Директору ФГУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора (Референс-центр по санитарно-паразитологическому мониторингу и мониторингу за ларвальными гельминтозами) Т.И. Твердохлебовой представить предложения по улучшению качества санитарно-паразитологического мониторинга на эпидемиологически значимых объектах к 10.12.2010.

Руководитель Г.Г. Онищенко

Источник: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека /www.rosпотребнадзор.ru

Комплекс «Долфин» защищает детское здоровье

Мотыко А.В.,

*врач общей практики, начальник отдела региональных
медицинских представителей, ООО Фирма «Динамика»,
г. Новосибирск*

Ежегодно в неблагоприятный эпидемиологический период рост количества ЛОР-патологий, уровня заболеваемости гриппом и ОРВИ в России — одна из самых злободневных тем. Особенно проблематично это для детских садов и школ: по статистике, именно в детских учреждениях наиболее часто начинают проявляться лор-заболевания. Здесь же наиболее тяжело проходит эпидемиологический сезон. Справиться с ситуацией помогает эффективное средство профилактики и комплексного лечения — «Долфин».

Общепризнанный лор-специалистами метод лечения и профилактики лор-заболеваний, ОРВИ и гриппа — полное объемное промывание носа по Проэтцу («кукушка») давно и успешно применяется в медицине. Но проводить «кукушку» можно только в кабинете врача, и сам процесс довольно неприятен для пациента. Ученые-разработчики задались вопросом: как сделать процедуру полного промывания полости носа более комфортной и доступной, при этом сохранить ее эффективность. Так, в 2005 г.

был создан комплекс «Долфин» («Динамика», г. Новосибирск). С его помощью также можно полностью промыть нос, но в домашних условиях или в условиях детского сада и школы.

Принцип действия — точно такой же, как у зарекомендовавшего себя метода промывания по Проэтцу. Промывающий раствор поступает в одну ноздрю, омывает полость носа на всем протяжении носовых ходов, и вытекает из другой, смывая со слизистой патологическое отделяемое, вирусы и микробы, очищая ее поверхность. Устройство для промывания создано с учетом анатомических особенностей полости носа, объем промывающей жидкости (240 мл для взрослых и детей с 12 лет, 120 мл для детей с 4 до 12 лет) оптимально подобран. При этом силу давления на флакон, а следовательно, и напор жидкости, регулирует сам пациент, ориентируясь на свои ощущения.

Особое внимание при создании комплекса «Долфин» было уделено средству для промывания. В традиционной процедуре промывания по Проэтцу обычно используется физиологический

раствор. Он стерилен и безвреден для организма, но не слишком комфортен для больного. Кроме того, физиологический раствор содержит только ионы натрия и хлора, а для восстановления функции клеток слизистой оболочки необходим целый комплекс минералов и микроэлементов. В домашних условиях часто используется морская вода в баллонах и спреях. Но, во-первых, это далеко неэкономично, во-вторых, струя из баллона или облако спрея только увлажняют отдельные участки слизистой, и говорить об эффекте промывания здесь не приходится. Самостоятельно же приготовленные растворы на основе морской или поваренной соли зачастую вызывают серьезные осложнения, возникающие из-за несоблюдения необходимой концентрации веществ, недостаточной степени очистки используемых компонентов.

Создать эффективное, натуральное, безопасное, удобное и комфортное средство для промывания — именно такая задача стояла перед учеными-разработчиками. Путем серии опытов был выработан оптимальный для слизистой носа набор компонентов, включающий комплекс минералов и микроэлементов, целебные экстракты шиповника и солодки. Получился уникальный, сбалансированный состав, не вызывающий привыкания и аллергии. При растворении кристаллов в воде образуется состав, приближенный по своему минерально-

му составу к плазме крови человека, поэтому он комфортен и не доставляет неприятных ощущений при промывании.

Комплекс для полного промывания носа «Долфин» обладает целым рядом преимуществ:

- в отличие от большинства капель и спреев, он полностью промывает полость носа по всей протяженности носовых ходов, а не просто орошает ее;
- по эффективности процедура промывания с комплексом «Долфин» сравнима с промыванием носа по Проэтцу, но ее легко проводить в домашних условиях, условиях медицинского кабинета в детском саду или школе;
- благодаря сбалансированному минерально-растительному составу комплекс «Долфин» можно применять и детям, и взрослым, и даже беременным женщинам. Немедикаментозное средство не вызывает аллергии и привыкания;
- благодаря удобным пакетикам с сухим средством его удобно хранить и использовать. Для получения свежего раствора для промывания достаточно растворить средство в теплой кипяченой воде;
- по сравнению с использованием для промывания физиологического раствора, морской воды комплекс «Долфин» более экономичен. Упаковки средства хватает на 30 процедур, и стоимость одной процедуры существенно ниже;
- комплекс «Долфин» имеет широкий спектр показаний:

- а) ринит при ОРЗ,
- б) аллергический ринит,
- в) атрофический ринит,
- г) гипертрофический ринит,
- д) вазомоторный ринит,
- е) гайморит, фронтит, этмоидит,
- ж) риносинусит,
- з) аденоидит,
- и) подготовка к операциям и реабилитация после операции в полости носа и околоносовых пазух,
- к) профилактика гриппа и ОРВИ.

Противопоказаниями к использованию комплекса являются:

- острый отит и обострение хронического отита;
- индивидуальная непереносимость компонентов средства для промывания;
- частые носовые кровотечения;
- добро- и злокачественные новообразования в полости носа;
- полная непроходимость носовых ходов, обусловленная выраженным искривлением

носовой перегородки, полипозным риносинуситом, увеличением аденоидов III степени и более, и другими причинами.

Эффективность комплекса «Долфин» доказана многочисленными исследованиями: «Эффективность и безопасность ирригационной терапии “Долфин” у пациентов с острым риносинуситом», «Исследование клинической эффективности полного объемного промывания полости носа средством и устройством “Долфин” (“Динамика”, Россия) в профилактике сезонной заболеваемости острыми респираторными инфекциями у детей», «Разработка и научное обоснование методической программы применения с профилактической целью назального душа от устройства отоларингологического для промывания индивидуального “Долфин” в детских учреждениях образовательного типа».

Роспотребнадзор сообщает

На контроле Управления Роспотребнадзора по Архангельской области находятся 569 дошкольных образовательных учреждений, из них имеют медицинский блок 386 учреждений или 67,8%. Количество учреждений, имеющих медицинский блок, состоящий из медицинского, процедурного кабинетов и изолятора, — 186 или 48,2%; медицинского кабинета и изолятора — 112 или 29%; медицинского и процедурного кабинетов — 6 или 1,6%; только медицинского или процедурного кабинета — 82 или 21,2%.

Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2009 году»

Положение о группе оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией

Халдыгерова Т.З.,
заведующий;

Данилюк О.Л.,
заместитель заведующего по ВМР, МДОУ «Лукоморье»,
ЯНАО, г. Ноябрьск

I. Общие положения

1.1. Настоящее Положение регулирует деятельность группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией, созданной в муниципальном дошкольном образовательном учреждении (далее по тексту МДОУ).

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии со следующими нормативными и правовыми актами:

- Конституцией РФ от 12.12.1993;
- Законом РФ «Об образовании» (10.07.1992 № 3266-1);
- Конвенцией ООН о правах ребенка (ратифицированной Верховным Советом СССР от 13.06.1990);
- Декларацией прав ребенка (принятой Генеральной Ассамблеей 20.11.1959);
- Законом «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (от 24.07.1998 № 124-ФЗ);
- Семейным кодексом Российской Федерации (от 29.12.1995 № 223-ФЗ);
- Типовым положением о дошкольном образовательном учреждении (утв. Постановлением Правительства РФ от 12.09.2008 № 666);
- Санитарно-эпидемиологическими требованиями к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений (СанПиН 2.4.1.2660-10);
- Положением о санаторно-детском учреждении (группе) для ослабленных и часто болеющих детей (приказ Государственного комитета СССР по народному образованию, Министерства здравоохранения СССР, Государственного комитета СССР по труду и социальным вопросам от 04.05.1990 № 306/185/33);
- Временными (примерными) требованиями к содержанию и методам воспитания и обучения, реализуемым в дошкольном образовательном учреждении (Приказ Министерства образования от 22.08.1996 № 448);

— Постановлением Администрации муниципального образования г. Ноябрьска от 31.10.2008 № П-1734 «О методике формирования штатных расписаний муниципальных образовательных учреждений города Ноябрьска»;

— Положением «О порядке установления и взимания родительской платы за содержание детей в муниципальных дошкольных образовательных учреждениях, муниципальных образовательных учреждениях «Начальная школа — детский сад», муниципальном специальном (коррекционном) образовательном учреждении — специальная (коррекционная) «Начальная школа — детский сад» «Ручеек» муниципального образования г. Ноябрьска (утв. Постановлением Администрации муниципального образования г. Ноябрьска от 16.04.2007 № П-548) и др.

1.3. Группа оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией создается с целью большего удовлетворения запросов родителей и оказания помощи семье в развитии детей, страдающих аллергопатологией.

II. Организация деятельности

2.1. Группа оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией в МДОУ открывается по решению учредителя (Управления образования Ад-

министрации г. Ноябрьска) на основании приказа руководителя МДОУ, с указанием профиля и режима работы, количества детей.

2.2. Группа оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией открывается в свободном помещении МДОУ, где создана гипоаллергенная обстановка в окружающем пространстве, отвечающем требованиям санитарных норм и правил пожарной безопасности.

2.3. Группа оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией оборудуется инвентарем, пособиями согласно требованиям по организации образовательного процесса. Образовательный процесс организуется в соответствии с Временными (примерными) требованиями к содержанию и методам воспитания и обучения, реализуемым в дошкольном образовательном учреждении (Приказ Министерства образования от 22.08.1996 № 448) и включает гибкое содержание и педагогические технологии, обеспечивающие лично-относительно-ориентированное развитие ребенка.

2.4. Режим работы группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией устанавливается согласно Уставу МДОУ.

2.5. Организация 4-разового питания осуществляется на основе гипоаллергенного меню, со-

ставленного на основании натуральных норм с учетом подбора и замены непереносимых продуктов, с расчетом, чтобы суточный рацион ребенка полностью соответствовал физиологическим потребностям организма в основных пищевых веществах.

2.6. Медицинское обслуживание, коррекция здоровья детей осуществляются штатным медицинским персоналом МДОУ, который, наряду с администрацией МДОУ, несет ответственность за жизнь и здоровье воспитанников группы.

2.7. Диагностика и коррекция развития детей осуществляется штатными педагогами и педагогом-психологом МДОУ.

2.8. Контроль результатов работы группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией осуществляется администрацией МДОУ и родителями (законными представителями).

III. Порядок комплектования группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией

3.1. Группа оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией может комплектоваться по одновозрастному и разновозрастному принципу.

3.2. В группу оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией направляются дети с диагнозом:

- атопический дерматит (предрасположенность к опрелостям, себорее, экземе, крапивнице);
- аллергический дерматит;
- бронхиальная астма;
- а также дети, имеющие склонность к заболеваниям: слизистых оболочек (ринит, бронхит, пневмония); дыхательных путей (фарингиты, отиты, тонзиллиты, аденоидиты); лимфатический диатез; нервно-артрический диатез и др.

3.3. Зачисление ребенка в группу проводится на основании:

- направления муниципальной психолого-медико-педагогической комиссии (далее по тексту МПМПК);
- коллегиального заключения МПМПК с указанием диагноза и образовательного маршрута;
- заявления родителей (законных представителей);
- копии свидетельства о рождении;
- медицинской карты;
- медицинской справки о состоянии здоровья.

3.4. При приеме детей администрация МДОУ обязана ознакомить родителей (законных представителей) с Уставом МДОУ, лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации образовательного учреждения и другими документами, регламентирующими организацию деятельности, заключить договор между дошкольным обра-

зовательным учреждением и родителями (законными представителями) ребенка, посещающего группу оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией.

3.5. Перевод детей из группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией в общеразвивающую группу возможен на основании решения МПМПК, заявления родителей (законных представителей).

3.6. Длительность пребывания детей в группе оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией определяется решением МПМПК согласно основному диагнозу.

IV. Штаты и руководство

4.1. Штаты административного, педагогического и обслуживающего персонала группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией устанавливаются в соответствии с методикой формирования штатных расписаний муниципальных образовательных учреждений г. Ноябрьска (Постановление Администрации муниципального образования г. Ноябрьска от 31.10.2008 № 1734).

4.2. Для работы с детьми с аллергопатологией в штатное расписание МДОУ может быть введено по решению учредителя 0,25 ставки врача-аллерголога (врача-дерматолога).

4.3. Руководство группой оздоровительной направленности для

детей с аллергопатологией обеспечивает руководитель МДОУ, назначенный Управлением образования Администрации г. Ноябрьска.

V. Механизм финансирования группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией

5.1. Расходы на содержание детей группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией финансируются за счет средств местного бюджета и средств родителей (законных представителей), внесенных за содержание детей в группе оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией.

Плата родителей (законных представителей) за содержание детей в группе оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией устанавливается согласно Положению «О порядке установления и взимания родительской платы за содержание детей в муниципальных дошкольных образовательных учреждениях, муниципальных образовательных учреждениях “Начальная школа — детский сад”», муниципальном специальном (коррекционном) образовательном учреждении — специальная (коррекционная) «Начальная школа — детский сад» «Ручеек», муниципального образования г. Ноябрьска (Постановление Администрации муниципального образования г. Ноябрьска от 16.04.2007 № П-548).

Первая Всемирная конференция ЮНЕСКО по дошкольному образованию

Макарова Л.В.,

канд. мед. наук, Институт возрастной физиологии РАО, Москва

В Москве 27—29 сентября 2010 г. прошла первая Всемирная конференция по воспитанию и образованию детей младшего возраста «Создаем богатство наций». Первыми приветствовали гостей воспитанники детских садов Москвы, задав мероприятию особый тон. Примечательно, что конференция открылась в день дошкольного работника. Вечером первого дня на детском гала-концерте в Кремле всех педагогов дошкольного образования с их профессиональным праздником поздравила Генеральный директор ЮНЕСКО И. Бокова.

В докладах конференции отмечалась необходимость воспитания и развития детей с самого раннего возраста. Чем раньше дети получают доступ к образовательным услугам, тем более широкие горизонты жизненных достижений откроются для них. И. Бокова во вступительном слове привела ошеломляющие цифры, говорящие о серьезных проблемах, стоящих перед мировым сообществом: «Почти 9 млн детей ежегодно умирают, не достигнув пятилетнего возраста. Причем в двух из трех случаев непосредственной причиной смерти является недоедание. Один из трех детей младше пя-

тилетнего возраста страдает от умеренной или серьезной задержки в росте». Она уверенно заявила, что «если мы будем инвестировать в детей, то обеспечим мирное счастливое будущее».

Председатель Исполнительного комитета ЮНЕСКО Э. Митрофанова также озвучила некоторые цифры. Так, по ее словам, дети из развивающихся стран в 40% случаев живут в крайней нищете; 10,5 млн детей умирают от болезней, которые можно вылечить; «каждый день в мире 1800 детей инфицируются ВИЧ-инфекцией. В благополучной, со многих точек зрения, России «более 85% новорожденных предрасположены к различным проблемам в развитии».

Одна из основных идей конференции — обмен опытом и передовой практикой. При обсуждении вопросов, связанных с воспитанием и образованием детей младшего возраста (ВОДМ), учитывались различия в финансировании, традициях, истории. Такой подход обеспечивает доступ к образовательным услугам детей разных социальных групп. Много говорилось о равных возможностях для детей. Так, например, при обсуждении участия частного капитала в ВОДМ, подчеркива-

лось, что это может иметь не только положительные результаты в виде расширения сети образовательных услуг. Один из главных отрицательных моментов частного финансирования — неравенство условий доступа для детей бедных и маргинальных слоев населения. Участники конференции призвали государства занять главенствующее место в финансировании программ ВОДМ.

На конференции неоднократно подчеркивалось, что особой заботы требуют дети, подверженные риску. Причины разные: инвалидность, болезни, жизнь в экстремальной бедности и на территориях социальных конфликтов, принадлежность к этническим меньшинствам. Для детей последствия, вызываемые указанными обстоятельствами, самые тяжелые. Если общество и государство будут регулировать программы их воспитания и развития, у таких детей увеличатся шансы на удовлетворительное качество жизни.

Большой раздел программы конференции был посвящен здравоохранению и инклюзивному образованию. Рассматривались вопросы целостного подхода к программам ВОДМ и роли в них здравоохранения, питания и защиты в повышении качества ВОДМ. В докладах отмечалось, что в странах существуют документы по иммунизации, здоровому материнству, доначальному образованию. Однако для достижения целей ВОДМ необходимы комплексные меры, включающие уход, поддер-

жание здоровья, образование и питание детей младшего возраста*.

Российская Федерация представила опыт организации инклюзивного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья (доклад Н.Н. Малофеева). На специальном мероприятии в рамках конференции был рассмотрен опыт США по предоставлению равных возможностей обучения детям, обладающим особыми потребностями или находящимся в особых обстоятельствах.

Делегаты конференции посетили детские сады Москвы. Свои двери для гостей распахнули 65 лучших учреждений города. На заключительном заседании председательствующий особо поблагодарил маленьких москвичей за теплый прием.

Конференция приняла московский рамочный план действий по вопросам сотрудничества в области воспитания и образования детей младшего возраста.

Закрывая конференцию, вице-президент Сейшельских островов Д. Фор также попросил ЮНЕСКО привести к завершению «Всеобъемлющий индекс развития ребенка», который бы позволил странам достичь прогресса в ВОДМ и дал возможность прийти к подведению глобальных результатов в 2015 г. «Никто из детей не должен остаться без внимания, — сказал Д. Фор. — Реализуя права детей младшего возраста и заботясь о развитии их потенциала и о благополучии, мы строим здоровье наций».

* Под младшим возрастом ЮНЕСКО понимает возраст детей от 0 до 8 лет.

**Издательство «ТЦ Сфера» представляет
обновленный вариант примерной основной
общеобразовательной программы
дошкольного образования
«ИСТОКИ»**

*Создана авторским коллективом НИИ дошкольного
образования им. А.В. Запорожца под редакцией
академика РАЕН Л.А. Парамоновой*

Почему издательство «ТЦ Сфера», до сих пор выступая только арбитром и трибуной для продвижения основных программ других издательств, сегодня приступило к изданию данной программы? Прежде всего из-за глубокого убеждения в качестве данной программы.

Во-первых, на сегодняшний день НИИ дошкольного воспитания — единственная в стране команда профессионалов, сохранившая традиционные научные подходы и экспериментальные площадки основных направлений развития дошкольников.

Во-вторых, в основу программы заложены идеи личностно-ориентированной модели воспитания, лучших психологических и педагогических исследований, достижения отечественной и мировой педагогики и психологии, которые на протяжении многих лет пропагандирует издательство «ТЦ Сфера».

В-третьих, программа переработана в соответствии с Федеральными государственными требованиями к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования. Причем, на наш взгляд, именно программа «Истоки» стала методологической основой новых требований, т.е. всегда отвечала по содержанию, а сегодня и по структуре современным требованиям к дошкольному образованию.

В-четвертых, новая редакция — это не поспешная «подгонка» под новые требования устаревшего содержания. К процессу переработки были подключены не только большой авторский коллектив (34 высококвалифицированных специалиста!), но и опытный коллектив издателей-педагогов. К печати готовится серьезное методическое обеспечение программы. Кроме того, совместно с НТЦ «Альбус» разработан программный продукт для ПК «Истоки: система мониторинга».

И *последнее*, пожалуй, основное. Это сущностный смысл программы. Ребенок, его надежды, стремления, его трепетная открытая душа — вот эпицентр программы. Личностное развитие ребенка — стержень, на который «нанализывается» все остальное. Именно это необходимо сегодня понять и реализовать в детских садах, в миллионах детских судеб.

**ПРОГРАММА ДЛЯ ДЕТЕЙ создана, детям России она НУЖНА.
ПОРА ПРИНИМАТЬ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫЕ РЕШЕНИЯ!
ПОРА ВЫБИРАТЬ ЛУЧШЕЕ!**

**ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ
НОВЫЕ КНИГИ СЕРИИ «ЗДОРОВЫЙ МАЛЫШ»****ЗАНИЯТИЯ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ
В ДЕТСКОМ САДУ
Игровой стретчинг***Автор — Сулим Е.В.*

Цель данного издания — повысить интерес детей к физкультурным занятиям за счет введения увлекательных упражнений игрового стретчинга.

Книга содержит конспекты-сценарии сюжетно-игровых занятий, спортивных сказок и более 80 разнообразных упражнений по игровому стретчингу. Также представлены загадки и стихотворения, необходимые для выполнения упражнений. Книга снабжена большим количеством иллюстраций, призванных облегчить работу педагога по обучению детей.

**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ
ТЕХНОЛОГИИ В ДОУ
Методическое пособие***Автор — Гаврючина Л.В.*

В пособии раскрываются механизмы реализации здоровьесберегающих технологий в ДОУ. На примере комплексной программы «Подари здоровье детям» решается проблема сохранения и укрепления здоровья детей раннего и дошкольного возраста при взаимодействии медиков, педагогов, психологов и родителей.

Приложение содержит конспекты занятий для всех возрастных групп с использованием здоровьесберегающих технологий, приводятся формы организации детской деятельности, анкета для выявления особенностей нервно-психического здоровья и развития детей.

**ФИТОТЕРАПИЯ И АРОМАТЕРАПИЯ
В ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ***Автор — Макарова З.С.*

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

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

Пришлите заявку **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40,

по E-mail: sfera@cnt.ru, **по тел.:** (495) 656-75-05, 656-72-05

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

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

и заказать **бесплатные каталоги** издательства «ТЦ Сфера»:

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



К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ ЖУРНАЛА «МЕДРАБОТНИК ДОУ»

▪ Ваши статьи вместе с заполненной анкетой можно представить в напечатанном виде (один экземпляр) с приложением компакт-диска или выслать электронной почтой по адресу: 123@tc-sfera.ru.

▪ Текст должен соответствовать следующим параметрам: в формате Word; шрифт строчной Times New Roman, размер шрифта 12; полуторный интервал; поля по 2 см с каждой стороны; абзац выровнен по левому краю, отступы и интервалы по 0; отступ первой строки 0,5. При наличии в рукописи рисунков и фотографий они должны быть предоставлены отдельными файлами в формате JPEG (разрешение 300 dpi для цветных, 600 dpi — для черно-белых).

▪ Объем рукописи, кроме случаев, согласованных с редакцией, не должен превышать 15 страниц компьютерного набора. Редакция оставляет за собой право в случае необходимости сокращать и редактировать материал.

▪ Все ссылки на литературные источники должны быть автором тщательно выверены.

▪ Автор несет ответственность за достоверность представленных материалов.

линия отреза

Анкета автора журнала «Медработник ДОУ»

Фамилия, имя, отчество (полностью)

Дата рождения (число, месяц, год)

Место работы, должность, адрес организации, телефон

Домашний адрес (с индексом), телефон

E-mail

Паспорт (серия, номер, когда, где и кем выдан)

Страховое пенсионное свидетельство

ИНН



СОЗВЕЗДИЕ ПОДПИСНЫХ ИЗДАНИЙ ДЛЯ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ!

*Если вы хотите получать в первом полугодии 2011 г.
наши журналы с приложениями, не забудьте подписаться!*

2011 1-е полугодие

Комплект

«Управление ДОУ»
с приложением и журналами:
«Методист ДОУ»,
«Инструктор по физкультуре»,
«Медработник ДОУ»;
Рабочие журналы для ДОУ
(восемь наименований)

Индекс в каталоге

Роспечать	Пресса России	Почта России
36804	39757 (без рабочих журналов)	10399 (без рабочих журналов)

«Управление ДОУ» с приложением
«Управление ДОУ»
«Медработник ДОУ»
«Инструктор по физкультуре»
«Воспитатель ДОУ» с библиотекой
«Воспитатель ДОУ»
«Логопед» с библиотекой
и приложением «Конфетка»
«Логопед»
Предшкольная подготовка
(Комплект из 19 книг)

82687		
80818		
80553	42120	
48607	42122	
80899	39755	10395
58035		
18036	39756	10396
82686		
20572	42121	

Чтобы подписаться на **все издания** для специалистов
дошкольного воспитания для Вашего учреждения,
вам потребуется **четыре индекса:**
36804, 18036, 80899, 20572 — Роспечать

Подписаться на наши издания можно по каталогам
«РОСПЕЧАТЬ», «ПРЕССА РОССИИ» и «ПОЧТА РОССИИ»

В следующем номере!

Диагностика и профилактика нарушений осанки

Программа адаптации детей раннего возраста в ДОУ

Индивидуальный образовательный маршрут ребенка с ОВЗ

Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера **журнала «Медработник ДОУ»**. Мы вышлем их наложенным платежом. В заявке укажите свой точный адрес, индекс, а также наименование издания и требуемое количество. Заявку отправьте **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40, или по **E-mail:** sfera@cnt.ru

МЕДРАБОТНИК ДОУ
2011, № 1 (21)

Научно-практический журнал

Выходит 8 раз в год

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор Л.В. Макарова

Научный редактор Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор И.С. Шиловских

Редколлегия:

И.М. Ахметзянов, А.Ф. Виноградов,
Г.Н. Дёгтева, Л.В. Макарова, Н.А. Матвеева,
Д.В. Синякова, Е.М. Старобина,
М.И. Степанова, Э.А. Цветков,
Н.П. Шабалов, А.В. Шишова,
Н.Л. Ямщикова

Оформление, макет

С.Н. Гамзиной

Художник обложки

Е.В. Кустарова

Корректоры

Л.Б. Успенская, Т.Э. Балоунова

При перепечатке материалов и использовании их в любой форме, в том числе в электронных СМИ, ссылка на журнал **«Медработник ДОУ»** обязательна.

Точка зрения редакции может не совпадать с мнениями авторов. Ответственность за достоверность публикуемых материалов несут авторы.

Редакция не рецензирует присланные материалы и не возвращает.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия 13.07.07

Свидетельство ФС № 77-28788

Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553;

36804 (в комплекте)

«Пресса России» — 42120;

39757 (в комплекте)

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

*Журнал «Медработник ДОУ»
выходит 8 раз в год: с февраля
по май, с сентября по декабрь*

Адрес редакции:

Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18,
корп. 3. Тел./факс: (495) 656-70-33, 656-73-00.
Почтовый адрес: 129626, Москва, а/я 40.

Рекламный отдел:

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

E-mail: sfera.post@mail.ru; www: tc-sfera.ru

Номер подписан в печать 08.12.10. Формат 60×90¹/₁₆

Усл. печ. л. 8. Тираж 7500 экз.

Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2011

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2011

© Т.В. Цветкова, 2011



Факторы риска развития отклонений в состоянии здоровья часто болеющих детей

Ямщикова Н.Л.,

канд. мед. наук, доцент кафедры гигиены детей
и подростков ФППО педиатров;

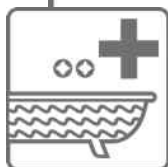
Соколова С.Б.,

канд. мед. наук;

Власова А.В.,

Первый московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

ГИГИЕНА



Детское население подвергается воздействию многообразных факторов среды обитания, многие из которых могут служить причиной возникновения заболеваний. Важный этап профилактики неинфекционных заболеваний — выявление информированности о здоровье, образе жизни, привычках у детей и родителей методом анкетирования (опроса).

С целью изучения распространенности факторов риска развития заболеваний и причин, способствующих формированию контингента часто болеющих детей (ЧБД), проводилось анкетирование 152 семей. В анкете выделялись три группы факторов, формирующих здоровье ребенка: медико-биологические (31 вопрос), раннего детства (11 вопросов), образа жизни (18 вопросов). В анкету были включены вопросы о неблагоприятных факторах производственной среды, вредных привычках, влияющих на организм родителей до наступления беременности. Из медико-биологических подробно изучались факторы пренатального периода, интранатального (течение, осложнения в родах у матери и плода), постнатального и периода раннего развития ребенка. Большое внимание уделено факторам образа жизни: жилищно-бытовые условия, состав семьи и психо-социальная

семейная обстановка, вопросы режима дня (сон, прогулки, физическая активность), регулярность, режим и качество питания.

Результаты опроса родителей показали, что 68,4% ЧБД родились у матерей в возрасте 20—29 лет, у 4 — матери были моложе 19 лет, а у 27,6% — старше 30 лет.

Возраст отцов в период рождения ребенка составлял у 60,5% мужчин 20—29 лет, у 1,3 — моложе 19 лет и у 38,2% — старше 30 лет.

У 55,3% женщин данная беременность была первой, у 18,4 — второй, 26,3% имели третью и более беременность. Первые роды были у 72,4% женщин, вторые — у 25, остальные 2,6% имели третьи роды.

Большинство будущих матерей не болели в период беременности ни соматическими, ни инфекционными заболеваниями (88,2—98,7%), однако, $\frac{1}{3}$ (30,3%) из них перенесли токсикоз первой половины беременности и 43,4% — второй половины.

Среди матерей 85,5% и среди отцов 88,2% отметили, что не имели к моменту рождения ребенка хронических заболеваний, диагностированных врачом, 75—80,3% родителей отрицали наследственные заболевания у родственников.

С точки зрения матерей, 88,2—93,4% имели благоприятные условия труда до и в период беременности. Большинство отцов 90,8% также не имели контакта

с вредными производственными факторами.

Не употребляли алкогольные напитки 86,8% матерей и 40,8% отцов, 55,3% отцов употребляли их иногда и 3,9% отцов — часто.

Курящих матерей было 42,1%, курящих отцов — 65,8%.

Не принимали лекарств во время беременности 61,8% женщин. Чувство стресса в период беременности испытывали 27,6% женщин.

Роды в срок имели 75% женщин и 67,1% родов протекали без осложнений. У 7,9% женщин отмечалась слабость родовой деятельности, в 2,6 — потребовалось ручное отделение последа, в 15,8% было выполнено кесарево сечение.

Среди детей 90,8% родились доношенными, 6,6 — недоношенными, 1,3% — с родовой травмой.

Большинство детей родились с длиной тела более 50 см (69,7%) и массой 2500—4000 г (82,9%).

У 38,2% детей первые молочные зубы появились в 6 мес., у 39,3 — ранее 6 мес. и у 31,6% — позднее этого срока. У 56,6% детей большой родничок закрылся в срок 12—15 мес., и у 1,3% — позднее 15 мес. Ранее 8 мес. начали произносить первые лепетные слова 53,9% детей, к 8 мес. — 31,6%. Ранее 12 мес. начали ходить 59,2% и еще 32,9% — с 12 мес.

Характер вскармливания детей на первом году жизни представ-

лен в табл. 1. Получали только грудное молоко до 6 мес. 35,5% детей, 42,1% из них начали получать прикорм после этого срока. Чуть больше половины (54%) детей получали только грудное молоко менее 6 мес. и соответственно начали раньше получать прикорм. Не получали грудное молоко 10,5%.

Таблица 1

**Характер вскармливания
детей на первом году жизни**

Показатели	Количество детей, %
<i>Только грудное молоко</i>	
6 месяцев	35,5
Менее 6 месяцев	54
Не получали	10,5
<i>Прикорм смесями</i>	
С 6 месяцев	42,1
До 6 месяцев	35,5
С рождения	22,4

Гуляли с ребенком 5—6 ч 43,4% родителей; менее 5 — 38,2; более 5—6 ч — только 18,4% родителей. Лишь 22,4% из них регулярно применяли закаливающие процедуры на первом году жизни и 42,1% не применяли их вообще.

На первом году жизни относились к группе ЧБД 13,2% детей; менее четырех раз болели — 65,8; не болели ни разу — 21% детей.

Большая часть детей воспитывалась в семье родителей (94,7%) и только 5,3% детей у родителей мужа или жены.

В полной семье воспитываются 82,9% ЧБД, в 35,5% случаев из них в семье имеется еще один ребенок и 6,6% — еще два ребенка. Отдельную квартиру имеют 93,4% семей и 61,8% из них площадь на одного человека 5—12 м², 85,5% родителей характеризуют семейную обстановку как «благополучная».

Среднетехническое и высшее образование имеют 96% отцов и 100% матерей. Доход ниже прожиточного минимума имеется у 10,5% семей.

Занимаются регулярно физкультурой и спортом вне ДОУ 36,8% детей и не занимаются вообще — 44,7% детей. Менее 2 ч гуляют 15,8% детей. Регулярно имеют дневной сон в воскресные дни, который является обязательным режимным моментом для детей дошкольного возраста, только 25,0% детей. Половина детей проводит летние каникулы за городом, вторая половина — часть времени за городом, часть — в городе.

Анкетирование родителей по поводу питания ЧБД дома показало, что 57,9% детей имеют четырехразовое питание и 42,1% — трехразовое.

Результаты изучения продуктовых наборов, используемых в питании детей дома, представлены в табл. 2.

**Продуктовый набор,
используемый в питании
часто болеющих детей
в домашних условиях**

Таблица 2

Показатели	Количество детей, %
<i>Мясные и рыбные продукты</i>	
Регулярно (7 раз)	67,1
Часто (4—5 раз)	17,1
Иногда (1—2 раза)	15,8
Не употребляют	0
<i>Яйца и сливочное масло</i>	
Регулярно (7 раз)	26,3
Часто (4—5 раз)	35,5
Иногда (1—2 раза)	38,2
Не употребляют	0
<i>Молоко и молочные продукты</i>	
Регулярно (7 раз)	57,8
Часто (4—5 раз)	27,6
Иногда (1—2 раза)	10,5
Не употребляют	3,9
<i>Фрукты, овощи и ягоды</i>	
Регулярно (7 раз)	55,3
Часто (4—5 раз)	34,2
Иногда (1—2 раза)	10,5
Не употребляют	0
<i>Крупяные, макароны и хлебобулочные изделия</i>	
Регулярно (7 раз)	39,5
Часто (4—5 раз)	35,5
Иногда (1—2 раза)	25,0
Не употребляют	0

Так, 67,1% ЧБД имеют ежедневно в рационе дома мясо и рыбу. Иногда употребляют мясные и рыбные продукты 15,8% детей. Дети, не имеющие в рационе этих продуктов, вообще отсутствуют.

Сливочное масло и яйца регулярно употребляют 26,3% детей, часто — 35,5, иногда — 38,2%.

Регулярно употребляют молоко и молочные продукты 57,9% детей, а 3,9% не употребляют эти продукты вообще.

Овощи, фрукты и ягоды среди ЧБД регулярно употребляют 55,3% детей, 34,2 — часто и 10,5% — иногда. Дети, у которых данные продукты в рационе отсутствуют, не встречаются.

Крупяные, макаронные и хлебобулочные изделия ежедневно встречаются в рационе у 39,5% детей, часто — у 35,5 и иногда — у 25,0%.

Таким образом, в питании практически половины часто болеющих дошкольников ежедневно присутствуют молоко и молочные продукты, овощи и фрукты; около 40% детей регулярно имеют в рационе крупяные, макаронные и хлебобулочные изделия. Регулярно 67% детей употребляют мясные и рыбные продукты. Однако недостатком питания является то, что только $\frac{1}{3}$ детей регулярно употребляют яйца и масло в своем рационе, так как жиры, содержащиеся в этих продуктах, являются важным строительным материалом для роста и развития.

Изучение питания детей в домашних условиях показывает, что у части детей оно недостаточное и несбалансированное по содержанию основных питательных веществ. Иногда потребляют мясные и рыбные продукты дома — 15,8% детей, практически 40% детей иногда имеют к столу яйца и сливочное масло, каждый десятый ребенок иногда употребляет молочные продукты, фрукты и овощи и каждый четвертый иногда употребляет крупяные, макаронные блюда и хлебобулочные изделия.

Балльная оценка выраженности различных факторов с учетом их вклада в формирование состояния здоровья позволяет выделить три группы риска развития отклонений путем сопоставления полученного суммарного балла по каждой группе факторов с прогностической шкалой: I — группа наименьшего риска, II — группа настороженности, III — группа повышенного риска.

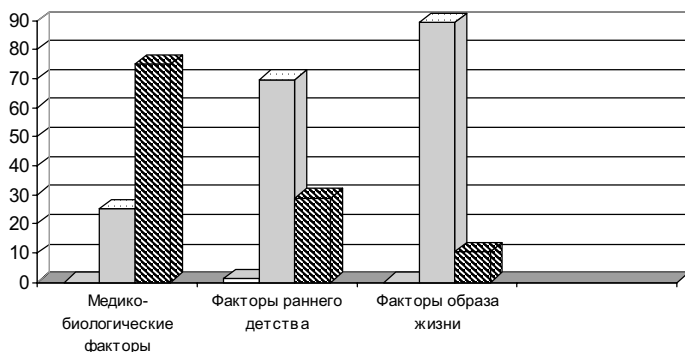
Результаты группировки часто болеющих детей, согласно прогностической шкале «риска», представлены на рисунке.

По медико-биологическим факторам наибольшую распространенность получила группа повышенного риска развития отклонений в состоянии здоровья, в нее вошли 75% всех ЧБД и 25% детей составили группу настороженности. Неблагоприятным признаком является отсут-

ствие группы наименьшего риска по медико-биологическим факторам у обследуемого контингента. По факторам раннего детства в группу наименьшего риска вошли 1,3% детей, в группу настороженности — 69,7, в группу повышенного риска — 29%. Большинство ЧБД по факторам образа жизни попадали в группу настороженности (89,5%) и 10,5% детей — в группу повышенного риска.

Таким образом, анализ анкет свидетельствует о достаточно благополучных семейных условиях, в которых проживают обследованные дети: большинство часто болеющих детей из полных, благополучных семей с высоким образовательным уровнем родителей и доходом в пределах прожиточного минимума. Большая часть детей родилась от молодых родителей, от первой-второй беременности, доношенными.

Негативными, отрицательно влияющими на состояния здоровье детей, можно считать такие выявленные факторы беременности и родов матери, как наличие у нее токсикоза в первую и вторую половину беременности, высокую распространенность среди родителей вредных привычек. У $1\frac{1}{3}$ женщин были осложнения в родах. На искусственном вскармливании с рождения находились 10,5% ЧБД. Чуть больше половины (54%) детей получали грудное молоко менее 6 мес.



□ Группа наименьшего риска □ Группа настороженности ▨ Группа повышенного риска

Рис. Распределение часто болеющих детей, согласно прогностической шкале «риска», %

и соответственно начали раньше получать прикорм. Около 40% детей не имели полноценных прогулок и закаливающих процедур на первом году жизни. Необходимо отметить, что 78,9% детей часто болели на первом году жизни. В режиме дня у часто болеющих детей имеются значительные нарушения: 16% детей гуляют менее 2 ч, имеет регулярно дневной сон только $\frac{1}{4}$ детей, 45% ЧБД не занимаются физкультурой и спортом. У части детей питание в домашних условиях дефицитно по содержанию основных питательных веществ.

Большинство детей относятся к группе риска по медико-биологическим факторам, группе настороженности по факторам раннего детства и образу жизни.

По многочисленным исследованиям, на здоровье ребенка в

раннем возрасте наибольшее влияние оказывают факторы, связанные с течением беременности и родов, порядковым номером родов и возрастом матери, состоянием ее здоровья до и во время беременности и т.п. На детей же более старших возрастов воздействуют состояние здоровья в предыдущие годы, условия и образ жизни семьи. Таким образом, среди многочисленных факторов внешней и внутренней среды, отрицательно воздействующих на состояние здоровья детей дошкольного возраста, ведущее место принадлежит нерациональному образу жизни детей и их семей. Поэтому воспитанию здорового образа жизни у ребенка и медицинской активности семьи необходимо придавать большое значение в профилактической работе ДОУ.

Особенности работы с группами ЧБД в ДОУ

Коломийцева Н.С.,

канд. пед. наук, доцент кафедры медико-биологических дисциплин, Институт физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета, г. Майкоп

Дошкольное образование призвано обеспечить не только основную фундамент развития, но и создать максимально благоприятные условия для формирования здоровья и гармоничного физического развития ребенка. Поэтому о качестве образования, особенно дошкольного, можно говорить, лишь когда в нем присутствует здоровьесберегающая и здоровьеукрепляющая составляющие.

Очень важно, чтобы это требование не осталось просто декларацией, поскольку оно весьма актуально. До сих пор еще не преодолены негативные тенденции в состоянии здоровья детской популяции. Лишь 5—7% дошкольников здоровы, до 25 — страдают хроническими заболеваниями, свыше 60% имеют функциональные отклонения.

Состояние здоровья детей — один из наиболее чувствительных показателей общего неблагополучия как социально-экономического, так и экологического.

По данным статистики, 78% детей поступают в школу или с уже сформировавшейся хронической патологией, или с функ-

циональными нарушениями [3—5].

Явное снижение иммунной системы у подрастающего поколения ведет к высокой заболеваемости инфекционной патологией, в первую очередь ОРВИ.

В дошкольный период на долю ОРЗ приходится более 87,7% всех случаев заболеваний в ДОУ. Причем эта патология, особенно у детей 2—4 лет, повторяется очень часто, т.е. более 5 раз в год, таких детей относят к разряду ЧБД. Общий удельный вес часто болеющих детей составляет 69,5% [2; 4]. Хронические заболевания носа и придаточных пазух регистрируются у 2,1—3,1% детей России, а хронический тонзиллит — у 11,6—23,9% [6].

На основе состояния здоровья дети распределяются по медицинским группам (табл. 1), что способствует определению каждой из них оптимальной физической нагрузки и условий физического воспитания.

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что большинство детей переносят в течение года от 3 до 5 эпизодов ОРЗ, причем заболеваемость

Таблица 1

Распределение детей по группам здоровья

Группы здоровья	Состояние здоровья
I	Практически здоровые дети
II	Здоровые дети, но с функциональными и некоторыми морфологическими отклонениями, функциональными отклонениями после перенесенных заболеваний, страдающие частыми острыми заболеваниями, имеющие нарушения зрения средних степеней. Группа ЧБД
III	Дети, больные хроническими заболеваниями в компенсированном состоянии, а также имеющие физические недостатки, последствия травм, не нарушающие, однако, приспособляемости к труду и условиям жизни

выше у детей раннего возраста, дошкольников и младших школьников. Дети в возрасте 10 лет и старше болеют ОРЗ в 2—2,5 раза реже, чем дети первых 3 лет жизни. Однако 15—40% детей болеют респираторными инфекциями значительно чаще, чем сверстники, на их долю приходится до 67,7—75% всех случаев. Частые и особенно тяжело протекающие ОРЗ могут приводить к нарушению физического и нервно-психического развития, способствуют снижению функциональной активности иммунитета, формированию хронических воспалительных процессов в органах дыхания. Частые ОРЗ также могут приводить к социальной дезадаптации ребенка из-за ограниченности общения со сверстниками и пропусков занятий в школе. Частые ОРЗ поглощают значительные материальные ресурсы, нанося экономический ущерб, связанный как непосред-

ственно с затратами на лечение, так и с потерей трудового времени родителей. Эффективность оздоровления часто болеющих детей во многом зависит от рациональной организации реабилитационных мероприятий. Это определяет необходимость выделения отдельной группы диспансерного наблюдения (группа ЧБД). Ребенка правомочно отнести в эту группу в тех случаях, когда его повышенная восприимчивость к респираторным инфекциям не связана со стойкими врожденными и наследственными патологическими состояниями. ЧБД — это не нозологическая форма заболевания и не диагноз. Частые ОРЗ могут быть проявлением наследственной, врожденной или приобретенной патологии (муковисцидоз, селективный дефицит, пороки развития органов дыхания), которую следует исключить, прежде чем отнести ребенка к группе ЧБД. При обследовании

состоящих на диспансерном учете ЧБД удается выявить большую долю больных с рецидивирующим (в том числе обструктивным) бронхитом, бронхиальной астмой. Таким детям необходимо лечение и наблюдение по поводу именно этих заболеваний. Своевременное выявление основного заболевания позволяет обеспечить его эффективное лечение. Отечественные педиатры относят детей в группу ЧБД на основании критериев (табл. 2), предложенных В.Ю. Альбицким и А.А. Барановым [1].

Таблица 2

**Критерии включения
детей в группу ЧБД**

(В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов)

Возраст ребенка	Частота эпизодов ОРЗ в год
До 1 года	4 и более
1—3 года	6 и более
4—5 лет	5 и более
Старше 5 лет	4 и более

У детей старше 3-летнего возраста в качестве критерия для включения в группу ЧБД можно использовать инфекционный индекс (ИИ), определяемый как отношение суммы всех случаев ОРЗ в течение года к возрасту ребенка. ИИ у редко болеющих детей составляет 0,2—0,3, а у детей из группы ЧБД — 1,1—3,5.

При включении ребенка в группу ЧБД необходимо также учитывать:

- частоту ОРЗ в течение года;
- тяжесть каждого заболевания;
- наличие осложнений;
- необходимость применения антибактериальных препаратов при лечении;
- продолжительность интервала между эпизодами.

При планировании работы необходимо иметь в виду, что часть детей II и III групп здоровья нуждаются в индивидуализации режима дня и оздоровительных мероприятий. Выполнение четко построенного возрастного режима имеет особое значение при коллективном воспитании детей в ДОУ. При организации всех режимных моментов должны соблюдаться принципы обеспечения индивидуального подхода к детям. Основная работа с детьми III группы и частью детей II группы здоровья — использование гибкого щадящего оздоровительного режима, включающего в себя создание благоприятного эмоционально-психологического микроклимата и увеличение продолжительности дневного сна (укладывание первыми и подъем последними) с созданием спокойной обстановки перед укладыванием и во время сна; подъемом детей после дневного сна по мере просыпания, а не принудительно. Для этих детей строго соблюдается возрастной режим со своевременной сменой различных видов деятельности и че-

редованием их с отдыхом с использованием спокойных и подвижных игр.

Ослабленные дети нуждаются в индивидуализации физической нагрузки и более пристальном наблюдении врача при закалывающих мероприятиях. Переходы к нагрузке и обратно к покою должны быть для них пассивными, необходимо предусмотреть упражнения в расслаблении и динамические дыхательные упражнения. Нельзя перегружать детей и эмоциями. Чередуя упражнения, повышающие эмоциональный тонус, с теми, которые требуют сосредоточенного внимания, можно уравновесить настроение детей, и тем самым снизить нагрузку.

Дошкольники с неблагоприятным прогнозом заболеваемости нуждаются и в индивидуализации закалывающих мероприятий. Подчиняясь правилу систематического повторения воздействий закалывания, его нельзя отменять и в случаях легкого заболевания ребенка, когда оно не сопровождается значительным ухудшением общего состояния здоровья [8].

Для эффективного дифференцированного подхода на занятиях физической культурой в дошкольных учреждениях авторы предлагают придерживаться определенной системы (см. рисунок).

Таким образом, в процессе физического воспитания детей дошкольного возраста за счет использования индивидуального

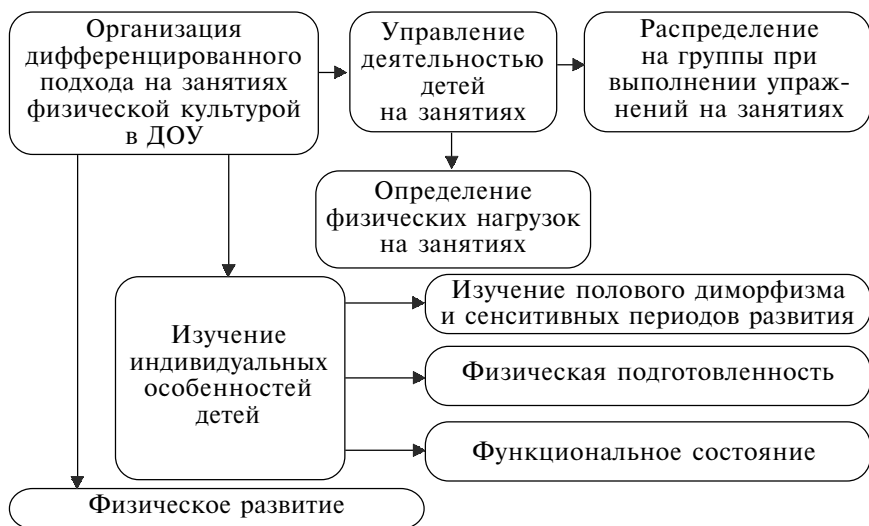


Рис. Система организации дифференцированного подхода на занятиях физической культурой в ДОУ

подхода к ребенку необходимо создать такие условия для развития, в которых физические и духовные возможности могли бы полностью раскрыться.

Литература

1. *Баранов А.А.* Фундаментальные и прикладные исследования по проблеме роста и развития детей и подростков // Сб. науч. трудов VII российского национального конгресса «Человек и лекарство». М., 2000.

2. *Добровольский В.А.* Характер патологии населения в XX веке и ее тенденции // Философские и социально-гигиенические аспекты учения о здоровье и болезни. М., 1975.

3. *Кудрявцев В.* Физическая культура и развитие здоровья ребенка // Дошкольное воспитание. 2004. № 5.

4. *Павлова С.Д.* Организация физкультурных занятий для часто бо-

леющих детей в дошкольном образовательном учреждении // Валеология. 2000. № 2.

5. Физическое развитие (оценка состояния соматических систем организма человека в онтогенезе) / Под ред. Г.А. Кураева. Ростов н/Д., 1999.

6. *Фомин В.Л.* Оценка здоровья дошкольников с позиции теории адаптации // Валеология. 2000. № 2.

7. *Ханжиева А.Я., Коломийцева Н.С., Даурова Е.М.* Системообразующие компоненты валеологической программы в ДОУ // Мат-лы междунар. науч.-практ. конф. (18—21 мая 2001 г.) «Современные проблемы развития физической культуры и биомеханики спорта». Майкоп, 2001.

8. *Щепин О.П.* Здоровье населения Российской Федерации: проблемы и перспективы // Вестник Российской АМН. 1996. № 6.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

9 февраля — Международный день стоматолога. Отмечается он в день почитания христианской мученицы Аполлонии Александрийской — дочери видного александрийского чиновника. Ее подвергли жестоким пыткам, требуя отречения от христианства. Святая женщина выдержала все, и когда ей пригрозили казнью на костре (9 февраля 249 г.), она сама шагнула в пламя. Существует поверье, что стоит произнести имя Аполлонии и помолиться ей, зубная боль отступит.

17 февраля — День спонтанного проявления доброты. Это неофициальный праздник, созданный по инициативе ряда международных благотворительных организаций.

В России этот праздник практически не известен. Предполагается, что в этот день людям следует стараться быть не просто добрыми, что само собой разумеется, а добрыми беспрдельно и бескорыстно.

Издательство «ТЦ Сфера»
Представляет книги серии «Здоровый малыш»

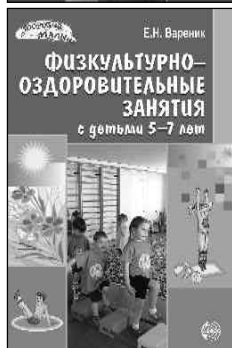
**ЗАНЯТИЯ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ
С ДЕТЬМИ 3—7 ЛЕТ**

Планирование, конспекты

*Авторы — Вареник Е.Н., Кудрявцева С.Г.,
Сергиенко Н.Н.*



В книге предложена система физкультурных занятий, направленных на коррекцию нарушений функций опорно-двигательного аппарата и укрепление здоровья часто болеющих детей дошкольного возраста. Авторы раскрывают структуру организации оздоровительной работы в ДОУ, приводят конспекты физкультурных занятий и примерное планирование. Пособие адресовано руководителям ДОУ, медицинским работникам, психологам. Предложенные упражнения могут быть использованы педагогами ДОУ, гувернерами, родителями.



**ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ
ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ 5—7 ЛЕТ**

Автор — Вареник Е.Н.

Книга представляет интегрированную систему физкультурно-оздоровительных мероприятий, направленных на профилактику и коррекцию нарушений функций опорно-двигательного аппарата у детей дошкольного возраста. Авторская программа, апробированная в течение нескольких лет, дает педагогу возможность для творческого подхода к выбору содержания и методов работы, позволяет учитывать возраст и индивидуальные особенности детей. Материалы сборника универсальны: упражнения можно использовать на физкультурных занятиях в ДОУ, во время гимнастики дома.



**ФИЗКУЛЬТУРА И ПЛАВАНИЕ
В ДЕТСКОМ САДУ**

Авторы — Яблонская С.В., Циклис С.А.

В пособии представлен опыт работы МДОУ комбинированного вида № 107 «Егорка» г. Братска. Материал отражает новые подходы к развитию двигательных качеств и творческого самовыражения дошкольников в двигательной сфере: на физкультурных занятиях — через использование модульного оборудования, на занятиях по плаванию — посредством синхронных композиций.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.



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

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

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

Комплексная оценка состояния здоровья детей

Мартынович Н.Н.,

д-р мед. наук, профессор, заведующий
кафедрой педиатрии, Иркутский государственный
медицинский университет, г. Иркутск

Основная профилактическая работа медицинского персонала как первичного поликлинического звена, так и детских дошкольных учреждений — комплексная оценка состояния здоровья ребенка, для проведения которой важнейшую роль играет совокупность унифицированных методов обследования. Такой универсальный подход на всех этапах наблюдения за ребенком позволяет прогнозировать и выявлять отклонения в состоянии здоровья и развития, определять тактику проведения профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий, оценивать уровень социальной адаптации детей.

Алгоритм медицинского обследования детей складывается из последовательных семи этапов изучения шести основных критериев здоровья.

I. Диагностика отклонений в раннем онтогенезе и прогноз состояния здоровья

Осуществляется на дородовых патронажах, первом патронаже, первичном обращении в детское лечебно-профилактическое учреждение.

1. Сбор и анализ генеалогического анамнеза ребенка:

- выявление хромосомных и моногенных наследственных заболеваний;
- количественная оценка отягощенности генеалогического анамнеза;
- качественная оценка отягощенности с выявлением предрасположенности к тем или иным заболеваниям;
- выделение групп риска по генеалогическому анамнезу.

Количественная оценка отягощенности генеалогического анамнеза (генеалогический индекс) определяется по формуле:

$$\text{ИО} = \frac{\text{суммарное кол-во заболеваний у кровных родственников}}{\text{общее число кровных родственников пробанда (о которых есть сведения о состоянии здоровья)}}$$

ПЕДИАТРИЯ



При генеалогическом индексе от 0 до 0,2 отягощенность генеалогического анамнеза оценивается как низкая; от 0,3 до 0,5 — умеренная; от 0,6 до 0,8 — выраженная; от 0,9 и выше — высокая.

Дети с выраженной и высокой отягощенностью относятся к группе риска по генеалогическому анамнезу (табл. 1).

2. Сбор и анализ данных биологического анамнеза ребенка, полученных из родильного дома и других медицинских учреждений, бесед с родителями или родственниками ребенка.

На основании полученных данных выявляют факторы риска в периодах:

- антенатальном (отдельно течение первой и второй половин беременности);
- интранатальном;
- раннем неонатальном;
- неонатальном;
- постнатальном.

3. Сбор и анализ социального анамнеза ребенка:

- полнота семьи;
- возраст родителей;
- образование, профессия родителей;

- психологический микроклимат семьи и отношение к ребенку;
- наличие вредных привычек и асоциальных форм поведения;
- жилищно-бытовые условия;
- материальная обеспеченность семьи;
- гигиенические условия воспитания.

Наличие одного и более факторов риска в каждом из 7—8 перечисленных параметров анамнеза (а также наличие только одного из таких факторов, как отказ от ребенка, лишение родительских прав, ребенок-подкидыш, постоянное избиение ребенка родителями, отсутствие у семьи постоянного места жительства) свидетельствует о высокой отягощенности социального анамнеза (группа риска по социальному анамнезу — диспансерная); присутствие одного и более факторов риска в 5—6 параметрах — о выраженной отягощенности (группа высокого риска по социальному анамнезу); в 3—4 — об умеренной отягощенности (группа риска по социальному анамнезу); в 1—2 параметрах — о низкой отягощенности социального анам-

Таблица 1

Оценка групп риска

Число периодов онтогенеза, имеющих факторы риска	Оценка отягощенности	Группа риска
5—6	Высокая	Диспансерная группа риска
3—4	Выраженная	Группа высокого риска
2	Умеренная	Группа риска
1	Низкая	Группа внимания

неза (за исключением факторов, перечисленных в оценке высокой отягощенности) — группа внимания по социальному анамнезу.

4. Прогноз состояния здоровья и развития ребенка, формирование групп риска для дальнейшего целенаправленного и динамического наблюдения.

II. Оценка сведений за период, предшествующий осмотру

Проводится путем анализа медицинской документации, на основании информации, полученной патронажной сестрой, результатов бесед с родителями. Проводится анализ следующих сведений:

- возможные изменения в социальном анамнезе ребенка;
- перенесенные заболевания, их кратность, длительность, наличие осложнений;
- госпитализации;
- прием лекарственных препаратов;
- наличие непереносимости отдельных продуктов питания, лекарственных препаратов, реакций на профилактические прививки;
- качество выполнения возрастного режима дня;
- характер питания в данный возрастной период;
- выполнение рекомендаций по массажу, закаливанию;
- регулярность посещения комнаты здорового ребенка;
- усвоение программы воспитания в дошкольном учреждении;
- своевременность осмотров узкими специалистами и их результаты;

- качество диспансерного наблюдения, если ребенок состоит на диспансерном учете;
- выполнение возрастного календаря профилактических прививок или наличие медицинских отводов;
- результаты лабораторных, инструментальных и других методов исследования согласно мероприятиям Национального проекта «Здоровье».

Степень резистентности определяется по кратности острых заболеваний, перенесенных ребенком в течение года. В том случае, если наблюдение было менее продолжительным, оценка резистентности проводится по индексу частоты острых заболеваний (ОЗ), который рассчитывается по формуле:

$$I_r = \frac{\text{количество перенесенных ребенком острых заболеваний}}{\text{число месяцев наблюдений}}$$

Оценка резистентности:

хорошая — кратность острых заболеваний 0—3 раза в год (I_r 0—0,32);

сниженная — кратность острых заболеваний 4—5 раз в год (I_r 0,33—0,49);

низкая — кратность острых заболеваний 6—7 раз в год (I_r 0,5—0,6);

очень низкая — кратность острых заболеваний 8 и более раз в год (I_r 0,67 и выше).

Ребенок считается часто болеющим (синдром частой или повторной заболеваемости), если он переносит в течение года 4 и более острых заболеваний или имеет индекс частоты острых заболеваний 0,33 и выше. Синдром частой заболеваемости (СЧЗ) может быть транзиторным и «истинным», для которого характерны:

- выраженная отягощенность генеалогического и биологического анамнеза, определенная качественная его направленность;
- высокая кратность (6—7 и более раз в течение года, Ig 0,5 и выше) и более продолжительное течение острых заболеваний, сохраняющихся в течение 2—3 и более лет;
- наличие сопутствующих функциональных отклонений со стороны различных органов и систем;
- быстрое формирование хронических заболеваний, в том числе хронических очагов инфекций.

III. Оценка физического развития

1. Антропометрия. Измеряются следующие параметры физического развития:

- длина и масса тела;
- окружность грудной клетки, головы, плеча, бедра.

2. Оценка физического развития (только по перцентильным таблицам):

- соответствие длины тела возрастным стандартам;

— соответствие массы тела росту ребенка;

— общая оценка физического развития.

3. Диагностика физического развития: интерпретация результатов оценки физического развития.

4. Стоматологический статус с определением следующих параметров:

- зубная формула;
- прикус;
- количество постоянных зубов;
- индекс КПУ (К — кариозный постоянный зуб, П — пломба постоянного зуба, У — удаленный постоянный зуб).

IV. Диагностика и оценка нервно-психического развития

Диагностика проводится по различным показателям в зависимости от возраста ребенка (табл. 2).

Оценка НПР детей 4—6 лет групп риска, отстающих по НПР, и пациентов, у которых формируется интеллектуальная недостаточность.

1. Развитие мышления: наглядно-действенного, наглядно-образного, логического.

2. Речевое развитие.

3. Развитие внимания: острота, длительность, распространенность.

4. Память: механическая, ассоциативная.

5. Моторика: мелкая, крупная.

6. Социальное развитие: взаимоотношение с окружающими, оценка окружающих, самооценка, игра.

Таблица 2

Показатели развития

Периоды	Показатели
1	2
Период новорожденности	Зрительные ориентировочные реакции. Слуховые ориентировочные реакции. Безусловные рефлексы новорожденных
1—3 месяца	Зрительные ориентировочные реакции. Слуховые ориентировочные реакции. Эмоциональные реакции. Движения общие. Голосовые реакции. Своевременность редукции безусловных рефлексов
4—5 месяцев	Зрительные ориентировочные реакции. Слуховые ориентировочные реакции. Эмоциональные реакции (только в 4 мес.). Движения общие. Движения руки. Навыки
6 месяцев	Слуховые ориентировочные реакции. Движения общие. Движения руки. Активная речь. Навыки
7—12 месяцев	Движения общие. Понимание речи, активная речь. Действия с предметами. Навыки
Контроль за развитием детей первого года жизни проводят методом непосредственного тестирования, опроса взрослых, ухаживающих за ребенком, личного наблюдения и тестирования младенца. В результате дается оценка НПР, определяются варианты развития и выделяются группы риска	
1 год 3 месяца	Развитие понимания речи. Развитие активной речи. Игра и действия с предметами. Сенсорное развитие. Развитие движений. Развитие навыков самостоятельности

Окончание табл.

1	2
1 год 6 месяцев	Понимание речи. Активная речь. Сенсорное развитие. Игра. Движение. Навыки самостоятельности
1 год 9 месяцев	Понимание речи. Активная речь. Сенсорное развитие. Действия с предметами. Движение. Навыки самостоятельности
2 года	Понимание речи. Активная речь. Сенсорное развитие. Игра. Движения. Навыки самостоятельности
2 года 6 месяцев	Сенсорное развитие (цвет, форма). Речь (грамматика, вопросы). Игра. Конструирование. Общие движения. Навыки самостоятельности.
3 года	Сенсорное развитие (цвет, форма). Речь (грамматика, вопросы). Конструирование. Изобразительная деятельность. Общие движения. Навыки самостоятельности
Оценка НПР с выделением групп риска	

V. Диагностика и оценка функционального состояния

Проводятся анализ результатов клинического осмотра ребенка, лабораторных, инструментальных и других методов исследования, оцен-

ка поведения, его адаптационных возможностей, психологической готовности к поступлению в дошкольное учреждение или школу.

1. Осмотр:
— оценка состояния;

- выявление малых аномалий развития и определение уровня стигматизации;
- осмотр кожи: цвет, наличие или отсутствие очаговых изменений, гнойно-септических процессов, поверхностных вен, термометрия, степень потоотделения, эластичность, тургор и др.;
- оценка подкожно-жирового слоя, определение его недостаточности или избыточности, характер распределения;
- пальпация всех групп лимфатических узлов с оценкой их количества, величины, консистенции, подвижности, болезненности.

Костно-мышечная система:

- при наличии большого родничка его размеры, податливость краев;
- констатация увеличения лобных, затылочных, теменных бугров;
- диагностика деформаций грудины и грудной клетки;
- диагностика деформаций верхних и нижних конечностей;
- оценка осанки;
- проведение плантографии с оценкой состояния стопы;
- определение степени развития мускулатуры;
- определение мышечной силы;
- измерение объема движений в суставах;
- оценка мышечного тонуса, его отклонений (гипертонус, гипотония, дистония).

Органы дыхания:

- оценка частоты дыхания;

- выявление особенностей носового дыхания;
- оценка выделений из носа;
- осмотр зева, миндалин;
- диагностика кашля, одышки (затрудненного вдоха или выдоха);
- перкуссия легких с выявлением возможных изменений перкуторного звука;
- аускультация легких (изменение дыхания, наличие хрипов, шума трения плевры и т.д.).

Сердечно-сосудистая система:

- измерение и оценка частоты сердечных сокращений и артериального давления;
- оценка характера пульса, определение дефицита пульса;
- визуальное определение изменений в области сердца;
- пальпация области сердца для установления локализации и силы верхушечного толчка;
- определение перкуторных границ сердца, относительной и абсолютной сердечной тупости;
- аускультация сердца с оценкой частоты и ритма сердечных сокращений и выявления сердечных шумов.

Органы пищеварения:

- выявление жалоб на тошноту, рвоту и срыгивания, боль в животе;
- выяснение характера и регулярности стула;
- оценка состояния слизистой полости рта, ее цвет, влажность;
- определение изменений со стороны языка;
- пальпация живота поверхностная и глубокая с определени-

ем вздутия, болезненности, ее локализации, ригидности брюшной стенки и т.д.;

- пальпация печени с измерением ее границ, размеров, консистенции, наличие болезненности, проведение и оценка пузырных проб;
 - пальпация селезенки с измерением ее размеров, границ.
- Мочеполовая система:*
- выявление отеков, недержания мочи, характера мочеиспускания;
 - оценка зрелости типа мочеиспускания;
 - пальпация почек и определение болезненности;
 - пальпация мочевого пузыря;
 - определение болезненности в области мочеточниковых толчков;
 - симптом поколачивания;
 - осмотр наружных половых органов с выявлением возможных отклонений.

Нервная система:

- изучение безусловных рефлексов, задержки их угасания (рефлекс Бауэра, Бабинского, Галанта, Ландау, рефлексорные повороты на живот и др.);
- диагностика менингеальных симптомов;
- определение характера дермографизма и оценка состояния вегетативной нервной системы.

Органы зрения:

- выявление отклонений (светобоязнь, слезотечение, инъектированность сосудов склеры, выделения из глаз, косоглазие, нистагм, синдром Грефе, птоз,

снижение остроты зрения и др.).

Оценка слуха:

- диагностика отклонений со стороны органов слуха (выделения из уха, болезненность при нажатии на трагус, снижение остроты слуха и др.).

2. Оценка результатов лабораторных, инструментальных и других методов исследования проводится путем сравнения с возрастными нормами.

3. Оценка поведения ребенка осуществляется методом наблюдения и опроса родителей по следующим параметрам:

- эмоциональное состояние (до года);
- настроение;
- характер бодрствования;
- сон и засыпание;
- аппетит и пищевое поведение;
- взаимоотношения со взрослыми и сверстниками;
- отрицательные привычки, двигательные автоматизмы и стереотипы;
- асоциальные формы поведения;
- индивидуальные особенности.

4. Оценка психологической готовности к поступлению в ДОУ предполагает:

- выявление отклонений в поведении;
- диагностика уровня НПР;
- выявление некоторых особенностей личности ребенка (инициативность, самостоятельность, комфортность и др.);
- прогноз адаптации.

5. Оценка вегетативного статуса.

6. Диагностика функциональных асимметрий.

7. Определение соответствия биологического возраста хронологическому.

VI. Заключение о состоянии здоровья ребенка:

- направленность медико-социального риска;
- оценка физического развития;
- диагностика нервно-психического развития;
- определение резистентности к вирусным и бактериальным инфекциям;

- оценка функционального состояния;
- диагноз;
- группа здоровья (табл. 3—4);
- прогноз адаптации к дошкольному учреждению и школе;
- заключение о готовности ребенка к поступлению в дошкольное учреждение или обучению в школе;
- оценка уровня медико-социальной адаптированности ребенка.

Таблица 3

Группы здоровья детей

Группа	Показатели
1	2
I	Здоровые дети, не имеющие отклонений по всем признакам здоровья, не болеющие за период наблюдения или имеющие незначительные единичные отклонения, не влияющие на состояние здоровья и которые не нужно корректировать
II	Дети: — с факторами риска возникновения патологии различных органов и систем, а также имеющие некоторые функциональные и морфологические отклонения, измененную резистентность, у которых отсутствуют хронические заболевания; — общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития); — дефицитом массы тела или ее избытком; — часто и/или длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями; - реконвалесценты после перенесенных тяжелых инфекционных заболеваний; — физическими недостатками после травм или операций, но при сохранности соответствующих функций
III	Дети: — страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии с редкими обострениями, сохраненными или компенсированными функциональными возможностями при отсутствии осложнений основного заболевания;

Окончание табл.

1	2
	— с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций
IV	Дети: — страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, сохраненными или компенсированными функциональными возможностями или их неполной компенсацией; — хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограниченными функциональными возможностями; — осложнениями основного заболевания, что требует поддерживающей терапии; — физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что в определенной мере ограничивает возможность обучения и труда ребенка
V	Дети: — страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями с редкими клиническими ремиссиями, частыми обострениями и непрерывно-рецидивирующим течением, выраженной декомпенсацией функциональных возможностей, наличием осложнений основного заболевания; — инвалиды; — с физическими недостатками с выраженными нарушениями компенсации нарушенных функций или значительным ограничением возможности обучения и труда

Таблица 4

**Критерии дифференциации II группы здоровья
(З.С. Макарова)**

Критерии подразделения	Дифференциация		
	II А	II Б	II В
Клинические проявления	Отсутствуют	Субклинические	Манифестные
Уровень компенсаторных возможностей	Компенсация	Субкомпенсация	Декомпенсация
Степень нарастания риска	Группа риска	Группа выраженного риска	Группа высокого риска

Клиническая градация индивидуальной «меры здоровья» для II группы

IIА — дети, имеющие отклонения только по первому (обуславливающему здоровью) критерию здоровья (дизонтогенетические нарушения, отягощенность генеалогического и/или социального анамнеза); в качестве маркера может выступать превышение порога малых аномалий развития.

IIБ — дети с функциональными и морфофункциональными отклонениями в состоянии здоровья, которые не имеют выраженных клинических проявлений, с сохранением или небольшим снижением компенсаторных и адаптационных возможностей:

- снижение резистентности с увеличением эпизодов острых заболеваний в течение года до 4—7 ($I_r = 0,33—0,6$);
- снижение адаптационных возможностей с развитием адаптационной болезни, протекающей в среднетяжелой форме;
- наличие отклонений в физическом развитии: повышенная (центильная зона 7) или сниженная (центильная зона 2) масса тела; сниженная длина тела (центильная зона 2);
- наличие отклонений в нервно-психическом развитии (отставание в развитии на один эпикризный срок — II группа развития; высокое развитие — опережение в развитии более чем на два эпикризных срока);

- незначительные или умеренные отклонения в поведении;
- снижение гемоглобина до нижних границ нормы;
- функциональный сердечный шум;
- рахит I степени;
- аномалии конституции (диатезы);
- проявления пищевой, лекарственной аллергии;
- аденоиды I степени; гипертрофия миндалин I—II степени;
- перинатальная энцефалопатия без выраженных клинических проявлений и т.д.

IIВ — дети с функциональными и морфофункциональными отклонениями в состоянии здоровья, сопровождающиеся манифестными клиническими проявлениями, снижением компенсаторных и адаптационных возможностей:

- снижение резистентности с увеличением эпизодов острых заболеваний в течение года до 8 ($I_r = 0,67$);
- снижение адаптационных возможностей с развитием адаптационной болезни, протекающей в тяжелой форме, а также имеющей рецидивирующее течение;
- наличие отклонений в физическом развитии: высокая (центильная зона 8) или низкая (центильная зона 1) масса тела; высокая (центильная зона 8) или низкая (центиль-

- ная зона 1) длина тела (при отсутствии эндокринной патологии);
- наличие отклонений в нервно-психическом развитии (отставание в развитии на два и более эпикризных срока — группа развития III—IV);
 - выраженные или значительные отклонения в поведении, развитие невротических и неврозоподобных нарушений (страхи, патологические привычные действия, энурез, тики и т.д.);
 - анемия легкой степени;
 - функциональный сердечный шум;
 - малые аномалии сердца (открытое овальное окно, аномально расположенная хорда);
 - синдром раздраженного кишечника в стадии декомпенсации;
 - рахит III степени;
 - проявления пищевой, лекарственной аллергии, сохраняющиеся в течение длительного времени (1—2 года);
 - аденоиды I—II степени без проявлений аденоидита; гипертрофия миндалин II—III степени;
 - перинатальная энцефалопатия с манифестными клиническими проявлениями и т.д.
- Рекомендации:**
- по питанию и его коррекции в случае необходимости;
 - физическому воспитанию ребенка (гимнастика, массаж, закаливание);
 - обучению ребенка в общеобразовательном или специализированном учреждении;
 - профилактическим прививкам в зависимости от возраста, состояния здоровья, индивидуальных особенностей ребенка, эпидемиологической обстановки;
 - профилактике преморбидных состояний;
 - назначение режима в зависимости от возраста, состояния здоровья, поведения и индивидуальных особенностей ребенка;
 - направление на плановую диспансеризацию к врачам-специалистам в декретированные сроки, комнату здорового ребенка;
 - воспитательные воздействия в зависимости от уровня развития и особенностей поведения ребенка;
 - направление на диспансеризацию детей, состоящих на учете у специалистов;
 - назначение необходимых лабораторных, инструментальных и других методов исследования в зависимости от возраста и состояния здоровья ребенка;
 - выбор немедикаментозных и медикаментозных средств с целью коррекции выявленных отклонений в здоровье, проведение лечения и реабилитации, а также санаторно-курортных методов реабилитации.

Нервно-психическое развитие детей с транзиторным неонатальным гипотиреозом в анамнезе

Гармаева С.Б.,

канд. мед. наук, врач I категории, ассистент кафедры детских болезней;

Решетник Л.А.,

д-р мед. наук, профессор, врач высшей категории, заведующий кафедрой детских болезней, Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Проблема нарушений интеллектуального развития у детей в последнее время привлекает все большее внимание не только психоневрологов, но и педиатров. Продолжает увеличиваться число детей с нарушением интеллекта. В мире, по данным ВОЗ, только грубые нарушения умственного развития имеют 15% детей.

В то же время ранняя адекватная профилактика и коррекция могут предотвратить или значительно снизить риск развития интеллектуальной недостаточности при целом ряде распространенных в детском возрасте заболеваний.

К состояниям высокого риска развития интеллектуальной недостаточности относятся:

- асфиксия и травма при родах;
- нейроинфекция;
- неполноценное питание;

— гипербилирубинемия новорожденных;

- дефицит йода, цинка, железа;
- социальная депривация.

Среди указанных состояний дефицит йода занимает особое место. По данным ВОЗ, умственная отсталость у детей, обусловленная дефицитом йода, — единственная форма интеллектуальной недостаточности, которую возможно предотвратить, причем затраты на такую профилактику минимальны.

Дефицит йода — причина умственной отсталости у 42 млн человек. На территориях, где не проводится йодная профилактика, каждое последующее поколение имеет интеллектуальный уровень на 10—15 пунктов ниже, чем предшествующее. В очагах тяжелой йодной недостаточности развиваются такие грубые нару-

шения физического и умственного развития, как эндемический кретинизм, являющийся бесперспективным для лечения. Очаги умеренного и легкого йодного дефицита формируют высокий риск прогрессирующего снижения интеллекта в популяции в силу высокой степени биологической значимости йода для структурно-функционального развития мозга.

Для понимания эссенциальной роли йода в интеллектуальном развитии ребенка необходимо понимание механизмов влияния его дефицита на развивающийся мозг. Как известно, йод составляет основу тиреоидных гормонов, которые незаменимы для развития мозга ребенка.

Тиреоидные гормоны обеспечивают развитие ЦНС, воздействуя через систему нуклеарных рецепторов и регулируя экспрессию нейрональных генов и синтез ряда специфических белков: микро tubулин-ассоциированных протеинов, изотубулинов, основного протеина миелина, протеина-2 клеток Пуркинье, фактора роста нервов, протеина RC-3 (участвует в клеточных механизмах памяти научения).

Тиреоидные гормоны выполняют роль своеобразного «таймера», обеспечивая строгую последовательность событий в процессе формирования головного мозга. Процессы формирования нервной системы, контролируемые

тиреоидными гормонами, включают:

- деление нейробластов, нейрональную миграцию;
- созревание и дифференциацию нейронов;
- пролиферацию нейрональных отростков;
- синаптогенез;
- миелинизацию.

Нарушение любого из этих процессов может привести к тяжелому поражению нервной системы и инвалидизации ребенка.

Один из малоизученных проявлений йодного дефицита — транзиторный неонатальный гипотиреоз. Эта особая форма врожденного гипотиреоза, выявляемая при неонатальном скрининге. На его долю приходится 10% диагностированного врожденного гипотиреоза. Согласно данным литературы, в отличие от врожденного гипотиреоза (причиной его служат врожденная эктопия и гипоплазия щитовидной железы, атиреоз, дизгормоногенез, вторичный и третичный гипотиреоз, периферическая резистентность тканей к гормонам щитовидной железы), транзиторный неонатальный гипотиреоз в большинстве случаев развивается вследствие пре- и постнатального дефицита йода. Транзиторный гипотиреоз чаще всего имеет место в регионах, эндемичных по дефициту йода. Распространенность транзиторного гипотиреоза колеблется от 1 до 14%, значительно возра-

стая среди недоношенных детей, и достигает 15–20%. Перенесенный транзиторный неонатальный гипотиреоз неблагоприятно влияет на последующее физическое, нервно-психическое, речевое развитие и состояние здоровья детей на первом году жизни и в дошкольном возрасте.

Нервно-психическое развитие детей — важный показатель психического и соматического развития здоровья. Адекватная и своевременная оценка нервно-психического развития детей позволяет выявить ранние отклонения в состоянии здоровья и выделить значительную группу детей (до 10%) с глубокими множественными проявлениями отставания в развитии, а также осуществлять прогностические исследования. Диагностика нервно-психического развития стала наиболее актуальной в настоящее время в связи с постоянным увеличением числа новорожденных с перинатальными повреждениями нервной системы, различными заболеваниями, приводящими к ограничению жизнедеятельности и социальной адаптации, усилением гуманистических тенденций в обществе.

Транзиторный неонатальный гипотиреоз диагностируется по результатам массового неонатального скрининга на врожденный гипотиреоз, который внедрен в России и осуществляется медико-генетической лабораторией каждого региона. Скрининг врожден-

ного гипотиреоза заключается в определении уровня тиреотропного гормона (ТТГ) гипофиза в цельной крови младенцев, взятой методом «сухого пятна» на фильтровальную бумагу на четвертые сутки жизни у доношенных и после семи суток у недоношенных новорожденных. Уровень ТТГ выше 20 мЕД/л и более говорит о риске врожденного гипотиреоза и требует подтверждения повторным определением (ретестом) в новом образце цельной крови. Нормальный уровень ТТГ в ретесте (менее 5 мЕД/л) исключает врожденный гипотиреоз, а подобное состояние многочисленными исследователями рекомендуется трактовать как транзиторный неонатальный гипотиреоз. В дальнейшем, как показывает практика, эти дети не наблюдаются ни эндокринологом, ни педиатром как пациенты высокого риска реализации тиреопатий и нарушения интеллекта.

С помощью стандартизированной методики ГНОМ мы исследовали коэффициент психического развития (КПР) у детей с транзиторным неонатальным гипотиреозом в возрасте 2–3 лет и детей группы контроля того же возраста. Оценка проводилась по пяти основным сферам нервно-психической деятельности: сенсорной, моторной, эмоционально-волевой, познавательной и социально-коммуникативной (табл. 1).

Таблица 1

**Коэффициент психического развития детей
с транзиторным неонатальным гипотиреозом**

Сферы деятельности	Группа наблюдения, баллы, n = 22	Группа контроля, баллы, n = 17	p
Сенсорная	15,7 ± 1,5 (SD 5,2)	18,2 ± 0,8 (SD 2,5)	0,1
Моторная	15,9 ± 1,2 (SD 4,1)	19,1 ± 0,6 (SD 2,0)	0,03
Эмоционально-волевая	17,9 ± 1,3 (SD 4,5)	19,5 ± 0,4 (SD 1,5)	0,3
Познавательная	12,3 ± 1,3 (SD 4,5)	16,1 ± 0,9 (SD 3,1)	0,03
Поведенческая	16,6 ± 1,0 (SD 3,3)	15,9 ± 1,3 (SD 4,4)	0,7
КПР	78,4 ± 3,6 (SD 12,3)	88,8 ± 0,8 (SD 8,7)	0,03

Результаты тестирования показали: КПР детей с транзиторным неонатальным гипотиреозом составил $78,4 \pm 3,6$ (SD 12,3) балла, что соответствует грубому нарушению нервно-психического развития; в группе контроля — $88,9 \pm 2,6$ (SD 8,3) балла, что значительно отличался от КПР группы наблюдения и соответствует риску нарушения нервно-психического развития.

При структурном анализе по сферам развития значимые различия в группах получены у детей в моторной и познавательной деятельности. По другим показателям дети в группах сравнения не имели различий.

Мы исследовали корреляционные связи сфер нервно-психического развития в группе наблюдения (табл. 2).

В группе наблюдения получены значимая средняя корреляци-

онная связь между познавательной и поведенческой сферой, $r = 0,75$; сильная связь зарегистрирована между познавательными способностями и КПР, $r = 0,80$ и соответственно между поведением и КПР, $r = 0,77$ ($p < 0,05$). Таким образом, при транзиторном неонатальном гипотиреозе в первую очередь страдают познавательные и поведенческие навыки, определяющие более низкий КПР.

Исследование сфер нервно-психической деятельности у детей без транзиторного неонатального гипотиреоза представлено в табл. 3.

Анализ показал, что сенсорная и познавательные сферы у детей группы контроля находятся в значимой корреляционной связи средней силы, что свидетельствует об их синхронном развитии и взаимосвязи.

Таблица 2

**Корреляционные матрицы сфер нервно-психического
развития в группе наблюдения**

Сферы деятельности	Сенсорная	Моторная	Эмоции	Познание	Поведенческая	КПР
Сенсорная	<i>1,00</i>	-0,26	-0,43	-0,31	-0,50	-0,11
Моторная	-0,26	<i>1,00</i>	0,06	0,17	0,33	0,58
Эмоционально-волевая	-0,43	0,06	<i>1,00</i>	0,11	0,19	0,16
Познавательная	-0,31	0,17	0,11	<i>1,00</i>	0,75*	0,80*
Поведенческая	-0,50	0,33	0,19	0,75*	<i>1,00</i>	0,77*
КПР	-0,11	0,58	0,16	0,80*	0,77*	<i>1,00</i>

* $p < 0,05$.

Таблица 3

**Корреляционные матрицы сфер нервно-психического
развития в группе контроля (г)**

Сферы деятельности	Сенсорная	Моторная	Эмоции	Познание	Поведенческая	КПР
Сенсорная	<i>1,00</i>	0,13	0,42	0,72*	0,39	0,85*
Моторная	0,13	<i>1,00</i>	-0,15	-0,06	0,39	0,41
Эмоционально-волевая	0,42	-0,15	<i>1,00</i>	0,12	0,07	0,34
Познавательная	0,72*	-0,06	0,12	<i>1,00</i>	0,10	0,62*
Поведенческая	0,39	0,39	0,07	0,10	<i>1,00</i>	0,75*
КПР	0,85*	0,41	0,34	0,62*	0,75*	<i>1,00</i>

* $p < 0,05$.

На уровень КПР значимое влияние оказывает развитие сенсорной сферы: корреляция: $r = 0,85$. Познавательные способности коррелируют с КПР уровня $r = 0,62$, связь КПР с поведенческой деятельностью: $r = 0,75$.

Можно думать, что у детей группы контроля сенсорная сфера развита достаточно хорошо и является более стабильным показателем по сравнению с познавательными навыками. Познавательные способности находятся в меньшей связи с КПР, что гово-

рит о вариабельности данного показателя в группе. Поведенческие реакции у детей занимают промежуточное положение между познавательными навыками и сенсорными реакциями.

При оценке корреляции неонатального уровня ТТГ группы наблюдения $30,23 \pm 3,28$ (SD 10,37) мкЕд/мл (норма менее 5 мкЕд/мл) и КПР $78,4 \pm 3,6$ (SD 12,3) балла зарегистрирован коэффициент корреляции: $r = -0,75$ ($p < 0,05$).

Таким образом, перенесенный в периоде новорожденности транзиторный гипотиреоз доказательно снижает показатели нервно-психического развития в последующие годы. В первую очередь снижаются его познавательные, моторные и поведенческие навыки, на что необходимо обращать внимание педагогам, врачам и медицинским работникам ДОУ при работе с детьми, имеющими отклонения в нервно-психическом развитии. Такие дети нуж-

даются в дополнительном обследовании врача эндокринолога и в случае необходимости — лечении, а также в помощи педагога-психолога (коррекционные мероприятия).

Важно отметить, что дети контрольной группы имели низкий КПР, не достигающий нижних пределов нормальных показателей. Уровень КПР, соответствующий нормальному нервно-психическому развитию, составляет 90—110 баллов. Это свидетельствует о том, что дети без транзиторного неонатального гипотиреоза, но проживающие в эндемичном по йод-дефициту регионе, имеют низкую интеллектуальность, проблемы в сенсорном развитии, нарушения в поведении.

Для профилактики йод-дефицита и связанной с ней умственной отсталостью детям дошкольного возраста ВОЗ (2007) рекомендует ежедневный прием 90—120 мкг фармакологических препаратов йода.

ПРЕДЛАГАЕМ ВАШЕМУ ВНИМАНИЮ КНИГУ



ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ Учебное пособие

Автор — Соколова Е.В.

В учебном пособии представлены материалы по исследованию причин, факторов, условий оптимизации психического развития детей с задержкой психического развития. На примере задержки психического развития (ЗПР) как частного случая отклоняющегося развития рассматриваются возможности компенсации дефекта в специально созданных условиях.

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

Оздоровительная программа «Заботливый дельфин»

Склянова Н.А.,

д-р мед. наук, профессор, Отличник здравоохранения,
Почетный работник общего образования РФ, директор;

Стрельникова В.Г.,

врач-педиатр, Городской центр образования
и здоровья «Магистр»;

Мотыко А.В.,

врач общей практики, начальник отдела
региональных медицинских представителей
ООО Фирма «Динамика», г. Новосибирск

Ежегодно детские сады и школы сталкиваются со вспышками заболеваемости гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) в неблагоприятный эпидемиологический период, который длится, как правило, с октября по апрель. Практика показывает, что ни вакцинация от сезонного гриппа, ни иммуностимулирующие средства не способны полностью решить эту проблему. Вот почему постоянно продолжают поиски надежных средств профилактики. Оценка влияния регулярной гигиены полости носа с использованием комплекса для промывания носа «Долфин» на заболеваемость детей гриппом и ОРВИ, проведенная Городским центром образования и здоровья «Магистр» (г. Новосибирск) в рамках оздоровительной программы «Заботливый дельфин», доказала его высокую эффективность в борьбе с этими заболеваниями в организованных детских коллективах.

Цель программы:

снизить заболеваемость детей гриппом, ОРВИ, заболеваниями ЛОР-органов в неблагоприятный эпидемиологический период за счет регулярной гигиены полости носа;

привить детям гигиенические навыки по уходу за полостью носа, необходимые для поддержания здоровья в условиях агрессивной внешней среды мегаполиса;



разработать методики внедрения процедуры гигиены полости носа в детских учреждениях общеобразовательного типа.

В программе принимали участие 3997 детей дошкольного и школьного возраста: 835 детей 4—6 лет и 3162 ребенка 7—17 лет. В группе исследования преимущественно включались дети, часто болеющие ОРВИ, с ЛОР-патологией, соматической патологией (аллергический ринит, бронхиальная астма и т.п.). Важный фактор для включения детей в программу — возможность регулярного медицинского наблюдения.

К часто и длительно болеющим детям дошкольного возраста медики отнесли 92,7% детей, принявших участие в программе; 41,6% от всего количества детей состояли на этот момент в поликлинике на диспансерном учете по поводу следующих заболеваний: хронический синусит, рецидивирующий синусит, хронический аденоидит, хронический аллергический ринит, хронический тонзиллит, бронхиальная астма.

К группе часто и длительно болеющих детей школьного возраста медицинские работники отнесли 36,6%; 19,6% этих детей состояли на учете в поликлинике по поводу аналогичных заболеваний. В октябре 2009 г., до начала оздоровительной программы, эти дети традиционно болели чаще других школьников. В контрольные группы вошли

соматически здоровые дошкольники и школьники.

К статистической обработке было принято 2095 анкет, так как остальные не соответствовали жестким требованиям, необходимым для объективного анализа. Качественное наблюдение за состоянием здоровья детей, и, как следствие, безукоризненное ведение медицинской документации отмечалось в детских учреждениях, имевших штатных медицинских работников, либо проводящих плановые оздоровительные программы и мероприятия. В этих же детских садах и школах получены более значимые показатели снижения заболеваемости.

В дошкольных учреждениях в группу профилактики включались дети с 4-летнего возраста, поскольку детская форма комплекса «Долфин» зарегистрирована к применению именно с этого периода.

Сделать исследование масштабным удалось благодаря информационно-методической деятельности центра «Магистр». Его сотрудники организовали лекции для руководителей детских садов и школ, обеспечили организационную поддержку руководителей детских учреждений, получение информированного согласия родителей на проведение гигиенических мероприятий. Следует отметить, что центр «Магистр» — первый в России центр образования и здоровья, в 2010 г. отметивший свое 15-летие.

Этапы подготовки программы «Заботливый дельфин»

1. Консультации по актуальности проведения оздоровительной программы в Департаменте по социальной политике мэрии г. Новосибирска, Главном управлении образования (август — сентябрь 2009 г.).

Следует отметить, что руководители департаментов с готовностью приняли идею профилактики респираторных инфекций путем проведения несложных и недорогих гигиенических мероприятий. Потребность в этом зрела уже давно, но в арсенале медицинских работников не было метода и инструмента ее реализации.

2. Получение разрешающих документов на проведение общегородской оздоровительной программы в Управлении Росздравнадзора по Новосибирской области (октябрь 2009 г.).

Этот этап не вызвал затруднений, поскольку комплекс «Долфин» имеет все необходимые разрешающие документы и сертификаты и официально продается в аптеках, а значит, может использоваться согласно зарегистрированным показаниям для применения.

3. Проведение обучения медицинского и педагогического персонала детских учреждений, родителей технике полного объемного промывания полости носа с использованием комплекса «Долфин» (октябрь 2009 г.).

Обучение проводилось сотрудниками городского центра «Магистр» на родительских и педагогических собраниях. Оно включало теоретическую часть с информированием о пользе и вариантах применения процедуры полного промывания носа и практическую — демонстрацию промывания с использованием комплекса «Долфин».

4. Осмотр детей с отягощенным ЛОР-анамнезом детским оториноларингологом (октябрь 2009 г.).

Для проведения полного объемного промывания полости носа имеется ряд противопоказаний, а именно: выраженное искривление носовой перегородки, полипы, приводящие к непроходимости полости носа, увеличение небных миндалин (аденоидов) III степени, отиты и частые носовые кровотечения. Поэтому специалист должен исключить у детей данные состояния.

5. Получение письменного согласия родителей (опекунов) детей на проведение гигиенических процедур промывания полости носа и полоскания горла (октябрь 2009 г.).

Форма информированного согласия определялась каждым учреждением самостоятельно.

6. Предоставление заявленного количества комплекса «Долфин» и средства «Долфин», инструкций по проведению полного объемного промывания полости носа, анкет учета заболеваемости детей в

детские учреждения (октябрь 2009 г.).

Комплекс «Долфин» закупался либо за счет финансирования профильных оздоровительных программ из муниципального бюджета, либо его покупали сами родители.

7. Проведение гигиенических процедур полного объемного промывания полости носа и полоскания горла детьми под контролем медицинских работников или родителей (ноябрь 2009 г. — апрель 2010 г.).

Сотрудники ЛОР-кафедры медицинского университета настаивали на том, чтобы не медицинские работники и родители промывали нос детям, а дети проводили процедуру самостоятельно. Это связано с тем, что дети сами должны регулировать давление на флакон и скорость потока промывающего раствора, ориентируясь на свои ощущения. Взрослый же, промывая нос ребенку, может создать излишнее давление и вызвать заброс жидкости в устья слуховых труб ребенка.

8. Сбор анкет по учету заболеваемости, оценка качества заполнения и статистическая обработка анкет (май — июнь 2010 г.).

Для объективной оценки заболеваемости нужно ориентироваться только на анкеты, заполненные безукоризненно. С этим связано большое количество отсеянных анкет — 1902.

Задачи исследования, рассчитанного на 6 мес., были определены следующим образом:

- оценить клиническую эффективность профилактики заболеваемости ОРВИ с помощью полного объемного промывания полости носа и носоглотки, полоскания горла минерально-растительным средством «Долфин» в рамках реализации оздоровительной программы «Заботливый дельфин»;
- разработать практические рекомендации для руководителей, педагогов и медицинских работников детских учреждений по проведению профилактики гриппа и ОРВИ, хронических заболеваний верхних дыхательных путей у детей в организованных коллективах.

Реализация программы

С ноября 2009 г. по апрель 2010 г. дети ежедневно и непрерывно промывали нос и полоскали горло с использованием комплекса «Долфин» по предложенным схемам:

- а) двукратное промывание полости носа;
- б) однократные промывание носа и полоскание горла;
- в) однократное промывание полости носа.

В детских садах и школах процедуры проходили под наблюдением медицинских работников, дома — под контролем родителей и опекунов. Информация о состоянии здоровья детей, коли-

чество пропусков детского сада и школьных занятий по болезни тщательно фиксировалась медиками и педагогами. Затем по окончании исследования сводный анализ полученных данных проводился центром «Магистр» и кафедрой оториноларингологии НГМУ.

Для получения объективных результатов изучались два основных параметра.

1. Сравнивался уровень заболеваемости детей, использовавших «Долфин» для профилактики гриппа и ОРВИ с аналогичными показателями в параллельных классах, где такой профилактики не проводилось.

2. Изменения характера заболеваемости у детей группы исследования за период наблюдения (ноябрь 2009 г. — апрель 2010 г.), в течение которого проведена элиминационная профилактика ОРВИ, в сравнении с показателями заболеваемости за предшествующий контрольный период (ноябрь 2008 г. — апрель 2009 г.), когда дети еще не использовали профилактическое промывание полости носа и полоскание горла. При оценке данного параметра была учтена общегородская заболеваемость детей за сравниваемые периоды.

Результаты

В среднем уровень заболеваемости гриппом и ОРВИ (количество пропусков посещения детского сада и уроков в школе по причине болезни) в группах,

получающих «Долфин»-профилактику в режиме 2 раза в день, снизился в 4 раза по отношению к данным показателям в этих группах в аналогичном периоде прошлого учебного года, в то время как общегородская заболеваемость детей в ноябре 2009 г. — апреле 2010 г. была в среднем в 1,13 раза выше, чем в сравниваемом периоде. Следует отметить, что при однократном проведении промывания полости носа отмечено снижение заболеваемости лишь в 1,6 раза в отличие от 4-кратного снижения заболеваемости при проведении гигиенических процедур 2 раза в день.

Дети с отягощенным анамнезом, часто и длительно болеющие и получавшие «Долфин»-профилактику в 2009/10 уч. г., болели в 3 раза реже своих соматически здоровых сверстников.

Дети в возрасте 4—6 лет, принимавшие участие в программе, в 3,2 раза меньше страдали от частой или постоянной заложенности носа, у них в 4,2 раза реже выявлялся гнойный насморк. Важно, что в 3,6 раза (а по некоторым сравниваемым периодам — в 10 раз) сократились пропуски детского сада по причине обострения хронической ЛОР-патологии, бронхиальной астмы, в связи с чем можно говорить о наличии положительной динамики течения этих заболеваний. Схожие тенденции наблюдались у детей школьного возраста.

Благодаря методике полного объемного промывания полости носа, использованию немедикаментозного, абсолютно натурального средства «Долфин» уменьшилась необходимость в антибиотикотерапии в 6,7 раза. Если дети все-таки заболевали ОРВИ, заболевание протекало в легкой форме. Во время болезни значительно меньше было таких осложнений, как синуситы, отиты, аденоидиты, которые так тяжело переносят малыши и школьники. За все время ежедневного и непрерывного использования комплекса «Долфин» для профилактики гриппа и ОРВИ у детей, принимавших участие в программе, не было зафиксировано ни одного случая побочных эффектов и осложнений.

Особенно значим тот факт, что промывания носа комплексом «Долфин» были эффективны и для детей, ежегодно осенью получающих вакцину от гриппа. Сочетание таких мер, как прививка и промывание носа, повысило эффективность профилактики в 2—2,5 раза. Дети в 1,7 раза реже жаловались на заложенность носа, гнойный насморк выявлялся в 3 раза реже. Количество детей, пропускавших школьные занятия по причине обострения хронических заболеваний, сократилось в 3,2 раза, по причине ОРВИ — в 1,9 раза.

В ходе программы ее организаторы постоянно получали положительные отзывы от преподавателей, медицинского персонала, родителей.

Исследование, проведенное центром «Магистр», доказало, что применение комплекса «Долфин» значительно снижает уровень заболеваемости ОРВИ у детей дошкольного и школьного возраста в течение всего осенне-зимнего периода, облегчает течение имеющейся хронической ЛОР-патологии и бронхиальной астмы, сокращает количество случаев ОРВИ, осложненных синуситом, аденоидитом, средним отитом. Таким образом, высокая клиническая эффективность методики Долфин-элиминационной профилактики ОРВИ и отсутствие зарегистрированных побочных эффектов и осложнений свидетельствуют о возможности оздоровления детей в неблагоприятный эпидемиологический период. В процессе исследований были разработаны соответствующие рекомендации для врачей и медицинских сестер детских дошкольных и школьных образовательных учреждений, а также специалистов по восстановительной медицине, врачей — физиотерапевтов, педиатров детских лечебно-профилактических учреждений (поликлиника, больница, санаторий).

Ознакомиться с данными исследования, методическими рекомендациями, а также с учебно-методическим фильмом по профилактике гриппа и ОРВИ в организованных детских коллективах можно на сайте www.magistr.websib.ru.

Здоровьеразвивающее образовательное пространство в дошкольном учреждении

Правдов М.А.,

д-р пед. наук., профессор, ГОУ ВПО «Шуйский государственный педагогический университет», г. Шуя

Проблемы в сфере образования, связанные с сохранением и укреплением здоровья детей, — приоритетны для общества и государства. За последние годы у дошкольников увеличилась частота заболеваний костно-мышечной системы на 80%; мочеполовой — на 90; нервной системы и органов чувств — на 35; системы кровообращения — на 56; болезней крови и кроветворных органов — на 123; болезней эндокринной системы — на 90%. Недооценка значимости занятий физической культурой привела к противоречию, заключающемуся в потребности общества в здоровом поколении детей и молодежи, с одной стороны, и отсутствии социально-экономических, политических, педагогических условий развития здоровья человека — с другой.

Поисками путей совершенствования системы образования в плане сохранения и укрепления здоровья детей многие годы занимаются ученые и преподаватели Шуйского государственного педагогического университета. На базе научно-исследовательской лаборатории факультета физичес-

кой культуры университета проводятся исследования по проблемам развития индивидуального потенциала здоровья ребенка дошкольного и младшего школьного возраста. В настоящее время разработаны средства, формы и методы адаптации детей к условиям системы образования и самой системы образования к воспитанникам. На базе дошкольных учреждений № 2 г. Шуи и № 29 г. Иваново созданы условия для совершенствования системы образования на основе интеграции двигательной и познавательной деятельности детей с применением современных компьютерных технологий в здоровьеразвивающем пространстве физкультурного зала.

В нашем исследовании интеграция понимается как процесс, направленный на достижение целостности и единства в развитии ребенка. Интеграция двигательной и познавательной деятельности детей дошкольного возраста характеризуется сближением, объединением в целое, взаимным приспособлением содержания различных разделов программы в ДОУ при достижении

внутреннего (ценностно-ориентационного) единства. При этом отмечаются упорядочение, структурирование, большая степень целостности программного содержания, устойчивость, состояние гармонической уравновешенности, упорядоченного функционирования различных частей образовательного процесса, определенная степень его автономии и эффективности.

Интегрированные занятия обладают большим образовательным потенциалом, который реализуется при соблюдении комплекса педагогических условий. К ним относятся:

- умение педагога (воспитателя, инструктора по физической культуре) выбирать содержание занятий, отвечающих требованиям интеграции;
- совместная деятельность специалистов и педагогов по планированию программного материала в учебной деятельности с различными возрастными группами;
- построение занятий на основе личностно-ориентированного, индивидуального и дифференцированного подходов;
- тесное взаимодействие воспитателей, учителей и родителей по развитию как умственных, так и двигательных способностей ребенка.

В связи с этим интеграция двигательной и познавательной деятельности представляет собой системное единство определенно-го круга знаний, способов дей-

ствия и взаимосвязанных с ними познавательных подходов, учебно-познавательных проблем, средств и методов обучения и зависит от целей и задач педагогического процесса.

На базе физкультурного зала созданы условия, обеспечивающие интеграцию двигательной и познавательной деятельности детей, а также всех участников образовательного процесса за счет использования интерактивных досок, видеокамер и компьютерных образовательных программ. Структурными компонентами программно-методической модели выступают три блока. *Диагностический блок* представлен компьютерным комплексом для психофизиологического тестирования (НС-ПсихоТест) всех участников образовательного процесса (детей, воспитателей и родителей), *двигательный* — оборудованием физкультурного зала и методикой занятий на основе интеграции двигательной и познавательной деятельности, *познавательный* — дидактическим оснащением (знакосимволическое и сенсорное). Занятия проводятся на основе учета индивидуальных способностей и возможностей детей. На основе диагностики психофизического развития с применением современных компьютерных технологий определяются индивидуальные стартовые возможности детей, воспитателей и родителей. Реализация технологии занятий осуществляется по готовности воспитателей и детей на «сегодняш-

ний день», предусматривает вариативность в распределении воспитателей в разные группы в зависимости от их состояния здоровья и детей с целью гармонизации отношений между ними.

Увеличен объем двигательной активности детей на 35—40% по отношению к традиционной системе организации физкультурно-оздоровительной работы в ДОУ. Улучшилось психофизическое состояние здоровья, повышен уровень готовности к обучению в школе у 45—50% детей, уровень физической подготовленности — у 94, гармоничность физическо-

го развития — у 64, улучшены мотивация и интерес к двигательной и познавательной деятельности (занятиям) — у 100% детей. У педагогов ДОУ повышены уровень компьютерной грамотности и рост профессионального мастерства.

Совместный проект ГОУ ВПО «Шуйский государственный педагогический университет» и детских садов № 2 г. Шуи и № 29 г. Иваново стал лауреатом Всероссийского конкурса «К здоровой семье через детский сад», проведенного в рамках «Российского образовательного форума — 2010».

Актуальные вопросы управления здоровьесберегающей деятельностью в ДОУ

Манакова Н.В.,

заведующий, врач высшей категории;

Манакова Е.В.,

инструктор по физической культуре I категории,

МБДОУ ЦРР – д/с № 234 «Кроха», г. Новосибирск

Здоровьесберегающая деятельность образовательного учреждения — это система мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей, включающая:

- создание здоровьесберегающей инфраструктуры ДОУ;
- рациональную организацию воспитательно-образовательного процесса;

- организацию физкультурно-оздоровительной работы;
- просветительно-воспитательную работу с детьми, направленную на формирование ценности здоровья и здорового образа жизни;
- организацию системы просветительской и методической работы с педагогами, специалистами и родителями;

— медицинскую профилактику и динамическое наблюдение за состоянием здоровья детей.

Существенное влияние на состояние здоровья дошкольников оказывают условия обучения: воздушно-тепловой режим и освещенность помещений; комплектация групп соответствующей мебелью и ТСО; рациональная организация учебно-воспитательного процесса и питания; двигательная активность детей и др. Все эти параметры регулируются требованиями действующих СанПиН, и администрация ДОУ должна их выполнять. В то же время важную роль в успешности здоровьесберегающей деятельности играет не столько материальная база ДОУ, а конкретная целенаправленная работа, которую осуществляют администрация и педагогический коллектив совместно с медицинскими работниками и родителями. Активная позиция руководителя, старшего воспитателя, узких специалистов в формировании учебных планов и расписания занятий, адекватность учебной нагрузки возрастным возможностям детей, грамотный подход педагогов к выбору форм и средств просветительской, профилактической и физкультурно-оздоровительной работы — резервы, имеющиеся в каждом ДОУ. От них напрямую зависит психическое и физическое здоровье детей.

Оздоровительные задачи и способы их решения

Профилактика гипокинезии: нормализация двигательного режима за счет увеличения объема динамических физических нагрузок.

Профилактика нарушений осанки: использование специальных комплексов упражнений, направленных на укрепление мышечного каркаса позвоночника и мышц свода стопы.

Профилактика травматизма: обучение технике выполнения физических упражнений и правилам безопасного поведения.

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: тренировка аэробного и анаэробного характера, направленная на повышение адаптивных возможностей систем организма.

Профилактика простудных заболеваний: использование в занятиях физических упражнений, закаливающих процедур и компонентов дыхательной гимнастики и т.д.

Основы безопасности жизнедеятельности: обучение двигательным действиям прикладного характера, позволяющим использовать полученные знания и практические умения в реальных жизненных ситуациях.

Хорошо известно, что правильно организованная двигательная активность — важнейший фактор формирования здорового образа жизни и укрепления

здоровья человека вне зависимости от его возраста. Это тем более справедливо по отношению к детям, рост и полноценное развитие которых без адекватной двигательной активности невозможны. Поэтому мы рассматриваем двигательную активность в качестве одного из фундаментальных факторов сохранения и укрепления здоровья детей дошкольного возраста.

Инструктор по физической культуре должен учитывать:

- уровень физического развития на основании данных о длине и массе тела, окружности грудной клетки, жизненной емкости легких. Детям с низким уровнем физического развития и дисгармоничным развитием необходим щадящий режим физической нагрузки;
- двигательной подготовленности на основании стандартного набора тестов, характеризующих выносливость, силу, быстроту, ловкость, гибкость;
- технической подготовленности ребенка на основании педагогических наблюдений и контрольных испытаний;
- знаний ребенка в области физической культуры и здорового образа жизни на основании бесед с детьми, проведения диагностики и других средств оперативного или этапного контроля знаний;
- мотивации детей к занятиям физической культурой;
- состояние здоровья и адаптационные возможности ребенка на основании данных медицинских карт, наблюдения на занятиях, измерения физиологических показателей (частоты пульса) при выполнении стандартных нагрузок;
- степень утомления в процессе выполнения физических нагрузок на основании внешних признаков и данных объективного контроля;
- адекватность нагрузки возрастным, половым и индивидуальным особенностям детей с учетом типа телосложения и уровня биологической зрелости;
- качество самоподготовки детей к занятию.

Воспитатель должен контролировать:

- причины отсутствия ребенка в ДОУ;
- степень взаимодействия детей с инструктором по физическому воспитанию и уровень их мотивации к занятиям;
- активность участия детей в спортивно-оздоровительных мероприятиях;
- наличие позитивного контакта инструктора по физическому воспитанию с родителями детей, имеющих проблемы в физическом и моторном развитии;
- состояние психологического климата в группе для детей с ослабленным здоровьем, недо-

статками физического и функционального развития.

Медицинская сестра должна обратить внимание:

- на анамнез и индивидуальные особенности ребенка, влияющие на его физические и психические возможности;
- характер, частоту, длительность и тяжесть обострений хронических заболеваний; наличие средств купирования приступов;
- наличие признаков переутомления у детей в процессе занятий;
- наличие отклонений в физическом и функциональном развитии ребенка;
- динамику острых и респираторных заболеваний и обострений хронических заболеваний в течение месяца, квартала, года;
- уровень и характер травматизма.

Старший воспитатель должен заботиться:

- о составлении расписания таким образом, чтобы занятия физической культурой не проводились непосредственно перед занятиями по математике или развитию речи;
- чтобы физкультминутки в рамках занятия не нарушали его логику;
- дни здоровья и другие мероприятия проводились в условиях хорошей погоды по разработанному заранее сценарию;
- спортивные успехи ребенка

были известны всему ДОУ и служили примером для всех;

- педагогический коллектив ДОУ с уважением относился к занятиям физической культурой и педагогам этого профиля.

Ответственность руководителя ДОУ состоит в:

- организации, поддержании и развитии спортивно-оздоровительной базы ДОУ;
- обеспечении кадровой политики, направленной на привлечение и удержание профессиональных педагогов-специалистов в области физического воспитания;
- создании условий для широкого удовлетворения потребностей детей в разнообразных формах и видах физической активности, расширении сети секций и кружков;
- повышении авторитета физической культуры в глазах педагогов, родителей и детей;
- обеспечении медико-психологического контроля над процессом физического воспитания детей во всех его формах;
- активизации усилий родительской общественности, направленных на создание в ДОУ условий для оздоровления детей на основе системной, многоплановой работы;
- использовании передовых методов и технологий физкультурно-оздоровительной работы с детьми.

Гендерные особенности отношения родителей к ребенку дошкольного возраста

Великова С.А.,

канд. психол. наук, доцент, Владимирский государственный университет, г. Владимир

Общепринятого определения термина «гендер» нет ни в зарубежной, ни в отечественной литературе. В американском словаре английского языка одно из значений слова «gender» определяется как «классификация пола, пол», т.е. «gender» — это категория, ссылающаяся на пол. Другое значение данного слова — «представление». Здесь «гендер» понимается как представление отношений, показывающее принадлежность к классу, группе, категории. Психолог Н.И. Абубикирова пишет: «Гендер — социальное отношение: не биологический пол, а представление (репрезентация) каждой индивидуальности в терминах специфических социальных отношений» [2].

Так, С. Айвазова, анализируя понятие «гендер», отмечает, что поскольку в русском языке нет аналогичного термина, это понятие можно переводить смысловой фразой «социальные отношения полов» или «социально организованное, социально закрепленное разделение ролей на мужские и женские» [1].

Таким образом, понятие «гендер» рассматривается как социальный конструкт, определяемый различными нормами для мужского и женского действия и взаимодействия, нормами, предписанными и воссоздаваемыми обществом.

Гендерные отношения — различные формы взаимосвязи людей как представителей определенного пола, возникающие в результате их совместной жизнедеятельности. Гендерные отношения состоят:

- из социально организованных отношений на уровне общества, между государством и гендерными группами;
- отношений между различными гендерными группами;
- субъектами разного пола;
- отношений личности к самой себе как представителю определенной гендерной группы [6].

Говоря о родительских отношениях, традиционно разделяют материнское и отцовское отношение как различающиеся по содержанию, природе, генезису и формам проявления. Признавая существо-

вание двух социальных институтов родительства — материнства и отцовства, мы сочли важным не только отметить серьезные различия в реализации материнства и отцовства как качественно своеобразных форм родительства, но и указать на их сходство.

Материнское отношение

Внешний мир открывается ребенку через взрослого и в первую очередь выступает как мир человеческих отношений, мир людей. Д. Винникотт предлагает рассматривать в качестве объекта развития на ранних стадиях онтогенеза не отдельно мать и ребенка, а целостную диаду мать—ребенок. Мать не только обеспечивает условия телесного, физического развития ребенка, но и, реализуя функцию телесного контакта, обеспечивает процесс персонализации — становление «я» ребенка. Терпение к проявлениям агрессивности, забота о ребенке, удовлетворение его потребностей, реализация матерью «поддерживающего» поведения создают условия для гармоничного развития ребенка. Поведение и позиция матери — существенное условие эффективности этого процесса. Д. Винникотт рассматривает способность матери создавать благоприятную среду для развития ребенка как ее природную способность. Мать должна довериться своей интуиции и действовать спонтанно, обучение может только помешать реализации этой способности [8].

Например, Г.Г. Филиппова выделяет шесть этапов онтогенеза материнской сферы, определяющих становление материнской позиции женщины и ее психологическую готовность к реализации родительской функции [17].

Первый этап — взаимодействие с матерью начинается с внутриутробного развития и продолжается всю жизнь, выступая в качественно новых формах на каждой стадии онтогенеза. Данный этап определяет формирование ценностной и эмоциональной основы материнского поведения. Мать выступает для девочки значимой фигурой, кристаллизующей в себе образ материнства, посредником между ребенком и социокультурной практикой материнства. Опыт взаимодействия с матерью составляет основу формирования собственной материнской идентичности женщины. Известны факты нарушения материнского поведения вплоть до отвержения и жестокости по отношению к ребенку в случае, когда собственный детский опыт отношений с матерью определялся переживанием отвержения, нелюбви, игнорирования.

Второй этап — игровой — обеспечивает ориентировку девочки в содержании материнской роли в условиях наглядного моделирования в сюжетно-ролевой игре. Игра «в семью» и «дочки-матери» открывает для ребенка возможности экспериментирова-

ния в области материнского поведения, формирование устойчивого образа-эталона материнской роли. Игра в «дочки-матери» издавна культивировалась в народной педагогике как школа подготовки девочки к материнству. Одной из первых игрушек, вручаемых девочке родителями, была кукла. Она передавалась от матери к дочери, ее хранили, специально изготавливали. Девочки шили ей одежду, играли с ней, вывозили на праздники. По тому, как содержалась кукла, какие на ней были наряды, как играла с ней девочка, судили о том, какой матерью она станет.

Третий этап — нянчение (от 4—5 до 12 лет) — привлечение девочки к реальному уходу за младенцем и его воспитанию. Нянчение в современной семье более связано с рождением второго ребенка и включением старшего в процесс воспитания малыша. Здесь можно выделить два периода:

- налаживание эмоционально-личностного общения с младенцем первых 6 мес. жизни;
- осуществление ухода старшего ребенка за младшим, овладение инструментальной его стороной. Здесь формируется индивидуальный стиль эмоционального сопровождения ухода за младенцем.

Сенситивным периодом формирования установки на нянчение является возраст 6—10 лет. Именно тогда ребенок, ухажива-

ющий за младенцем, получает возможность реализовать свою потребность в серьезной, взрослой, социально значимой деятельности, причем в привлекательной для него игровой форме и без принятия всей полноты ответственности за благополучие и здоровье малыша.

Четвертый этап — дифференциация мотивационных основ материнской и половой сфер приходится на период полового созревания. Главной задачей здесь становится интеграция ценностей половой жизни и материнства на основе их первоначального разделения. Психологические проблемы связи рождения ребенка и собственно сексуальных отношений, в частности внебрачной беременности и воспитания ребенка, предохранения от беременности и ее планирования, определяют развитие мотивационной и ценностно-смысловой сферы материнства.

Пятый этап — взаимодействие с собственным ребенком — включает несколько периодов, определяющих формирование материнской позиции в периоды беременности и его воспитания.

Шестой этап — формирование привязанности и любви к ребенку как личности (начиная с раннего возраста). На этом этапе происходит развитие отношения матери к ребенку в направлении преодоления симбиотического типа отношений и дифференциации границ «я — ребенок». Оно синхронизируется с кризисом

первого года жизни и перестройкой социальной ситуации развития ребенка раннего возраста и выхода в пространство личностно-ориентированного сотрудничества ребенок — взрослый.

Отцовское отношение

Чувство отцовства приходит позже и не в той форме, что у женщин. В отличие от материнства, состояния чаще бессознательного, во многом инстинктивного, отцовство — явление скорее мировоззренческого характера, нежели чувственного. Оно свидетельствует не столько о физической зрелости, сколько о духовной и социальной. Отцовский дар в ярком выражении встречается крайне редко. Зачастую мужчины не хотят делить внимание и любовь жены ни с кем, даже с собственным потомством [20]. Отец все больше выступает как партнер матери по воспитанию детей, беря на себя возрастающую долю заботы о них. В патриархальном обществе отцу отводится роль «палача», приводящего в исполнение приговор матери. Прогрессивная тенденция заключается в том, что роль отца как главы семьи сменяется ролью более уравновешенного, стабильного, сильного друга жены и детей: от него ожидается сдержанность в проявлении чувств, справедливая и беспристрастная оценка положительных и отрицательных событий [15].

Первое и главное качество хорошего отца заключается в том, чтобы являть собой прекрасный

образец мужчины. Подобное качество он приобретает, как правило, задолго до того, как стать отцом, и это единственная гарантия, что время, которое мужчина уделяет своим детям, действительно необходимо им. Именно в общении с отцом мальчик учится быть мужчиной, приобретает типично мужские черты характера, причем сделать это ему нетрудно — достаточно лишь подражать взрослому. А не будь мужчины в семье, мальчику многого не доставало бы, потому что матери может подражать только дочь. Тем не менее и девочка, когда в ней начинает пробуждаться женственность, способна многому научиться у отца. У нее складывается точное представление о том, что собой представляет мужчина в домашней жизни, и она узнает, как мужчины относятся к женщинам, являясь невольным свидетелем повседневных взаимоотношений родителей. Она понимает природу мужчины, подмечая множество тонких нюансов в поведении родителей. Например, супруг, который вносит в семью уверенность и покой, дает своим детям представление о мужчине совсем иное, нежели муж, ищущий в жене опору. Точно так же отец семейства, часто ссорящийся со своими родителями или родственниками жены, непременно подаст детям дурной пример, вместо того чтобы научить их относиться к родным с любовью и уважением. Это уроки первостепенной важности как для мальчика, так и для

девочки. Они имеют огромное значение для будущей их половой и семейной жизни. Ничто из того, что они узнают впоследствии из книг и учебников, не оставит большего следа в их сознании, не повлияет так на их чувства. Вот почему хороший отец — это образец настоящего мужчины и уже потом — идеального мужа [5].

Если в доме заботу о детях берет на себя одна мать, а участие и сотрудничество отца невелико, такую семью можно уподобить человеку, пытающемуся устоять на одной ноге [18].

Отец, принимающий живое участие в жизни своих детей, быстро становится их другом, и чувство отцовской ответственности дополняется гордостью тем, что он живет в полном согласии со своими детьми [13].

Современный тип отцовства характеризуется значительным разнообразием параметров участия отца в воспитании ребенка:

- доступность (присутствие отца и возможность ребенка обратиться к нему);
- включенность в совместную деятельность (прямые контакты, уход за ребенком, совместная деятельность);
- ответственность (финансовое и материальное обеспечение, организация образовательно-воспитательной среды, общение с учителями);
- мониторинг, т.е. информированность о занятиях ребенка, его местонахождении, интересах, желаниях, потребностях.

Активное участие отца в воспитании маленького ребенка способствует формированию надежного типа привязанности, его благополучному эмоциональному развитию.

Отец должен участвовать в воспитании ребенка с первых минут его появления на свет. Нельзя огорждать его ни от пеленок, ни от недосыпа, ни от каких-либо иных нагрузок. Ведь его влияние огромно, утрата влияния невосполнима. Отец, отказываясь от ухода за малышом, лишает и его и себя многих прекрасных минут. Эмоциональные отношения между ребенком и отцом — результат частого взаимного общения, оно складывается в мелких делах, которые кажутся незначительными. А из этих повседневных, незаметных мелочей вырастает нечто очень важное — отношения между отцом и сыном, отцом и дочкой; отношения более важные для судьбы и будущего детей, чем отношения с матерью. Отец умеет критиковать, не затрагивая отношений с ребенком, у матери же каждое слово касается отношений, любви. Отцовская критика — просто критика, материнская — отказ в любви (так кажется ребенку). «Если отец отвернется — проживу, если мать — пропал» [19]. Считается, что отцы в большей мере, чем матери, строят свое поведение в зависимости от пола ребенка и, следовательно, играют большую роль в формировании половой

идентичности. Матери относятся к своим сыновьям и дочерям в равной степени заботливо, безотносительно к их половой принадлежности, хотя и в дошкольный период мужественность отца и женственность матери, по-видимому, одинаково важны для формирования половой идентичности у ребенка того же пола [11].

О том, чем отличается материнское и отцовское воздействие на детей, интересно и тонко написал Симон Соловейчик: «Материнское отношение, — говорит он, — означает: я принимаю тебя (люблю) за то, что ты есть. Отцовское — я принимаю тебя за то, каков ты. При таком сочетании ребенок чувствует, что он нужен, что он любим, хорош и в то же время знает: от него ждут, что он станет лучше» [16].

Исследование гендерных различий отношений родителей к своему ребенку представляет особый интерес. Родительская роль специфицирована в соответствии с полом ребенка, что находит отражение в различных социальных ожиданиях и нормативах поведения, предписываемых обществом отцу и матери в отношении сына и дочери. Предписанные ожидания и нормативы создают идеальные эталонные формы маскулинности и фемининности, присвоение которых обеспечивает формирование полоролевой идентичности в дошкольном возрасте [17].

Согласно традиционному стереотипу взаимоотношений полов, мужчина должен быть активным, сильным, уверенным, властным, эмоционально сдержанным, предприимчивым. От женщины ожидают мягкости, слабости, пассивности, зависимости, эмоциональности, подчиненности. Материнство — главное ее предназначение в жизни. Основные добродетели женщины — нежность, заботливость, ласковость, трудолюбие. Мужской была и останется роль воина — защитника Родины, защитника жизни женщин и детей. В семейной жизни никогда не обесценится авторитет мужчины, основанный на уме, эрудиции, способности хладнокровно взвесить обстоятельства и принять решение в трудной ситуации. В воспитании детей он определяет «генеральную линию», так как меньше, чем мать, поддается колебаниям чувств и смене настроений, более беспристрастен и требователен. Если женщина эмоциональный лидер в семье, то мужчина — волевой. Он уверен в себе, и это обеспечивается ответственностью во всех делах, самостоятельностью в жизни, умением взять на себя трудности. Он закален, у него умелые руки, способные справиться с любым делом [9].

Гендерная ориентация нужна, пусть отец покупает сыну игрушечные машины, пистолеты, приглашает помогать во дворе, гараже, а дочери покупает куклы и делает ей

комплименты по поводу нового платья или приготовленного блюда. Правильно ориентировать девочку — значит одевать и воспитывать ее в соответствии с полом, развивать интерес к женским занятиям и играм, приучать к домашнему труду, прививать женские навыки, поощрять отзывчивость и заботливость будущей мамы, а также развивать такие качества, как мягкость, справедливость (к ней особенно чувствительны девочки), восприимчивость к прекрасному, искренность. В семье девочку легко научить работе по дому: помочь накрыть стол к приходу гостей, помыть посуду, испечь пироги. С удовольствием девочки приобщаются к шитью, вышиванию, учатся вязать. Очень важно, чтобы отец, старший брат подчеркивали в девочке ее женское начало, были к ней по-особому внимательны [14].

В воспитании мальчиков есть своя специфика, свои нюансы. Чтобы сформировать в будущем мужчине чувство ответственности и самостоятельности, необходимо развивать их у него, давать возможность ребенку (тактично направляя) принимать решения самому. Вредны как полное подавление его воли, так и излишняя нежность матери, заласкивание. В таких случаях мальчик, как правило, вырастает безвольным, пассивным, зависимым. Целесообразно использовать или создавать такие ситуации, в которых он мог бы проявить себя как представитель «сильного» пола, приучался

бы брать на себя большую нагрузку, ответственность за «слабых». Так, следует приучать мальчиков уступить место матери в транспорте, помочь нести сумку с продуктами. И пусть это будет не столь тяжелая ноша, но ребенок должен почувствовать нагрузку, тогда его труд будет не игрой в помощь, а помощью реальной. А слова матери «Как я рада, что в семье растет настоящий мужчина!» воспримутся сыном как настоящая награда. Очень важно для детей воспитание чувства ответственности и самостоятельности. Если заласканного мальчика не увлечь каким-то мужским делом (видом спорта), он не сможет в дальнейшем стать авторитетным человеком в мужском коллективе.

Сыновьям властных матерей — семейных лидеров — грозит такая же беда. В их сознании закрепляется образ отца как мужчины, играющего подчиненную, пассивную роль. В дальнейшем это также скажется на формировании мужских черт характера, линии поведения. Известно, что мальчики, родители которых полностью блокируют упрямство и негативизм ребенка 3—4 лет, в дальнейшем оказываются женственно мягкими, зависимыми [4].

В изучении гендерных отношений зарубежными психологами также отводится немаловажная роль семье.

Авторы психоаналитической ориентации (Weitzman L., Stockard J.,

Johnson M., Pleck J.) считают основным в гендерных отношениях идентификацию ребенка с родителем одного с ним пола, а также преодоление специфических конфликтов, главный из которых — Эдипов. Они полагают, что мальчикам сложнее разрешить Эдипов конфликт, так как это предполагает разрушение первичной идентификации мальчика с матерью, разрушение, которое происходит с помощью отца, поддерживающего в сыне тенденцию к обесцениванию всего женского. По мнению психоаналитиков, опыт, приобретаемый мальчиками и девочками в семье, определяется их разными врожденными биологическими потребностями.

Многочисленные исследования *необихевиористов* (Bandura A., Walters R.H., Biller H.A., Chodrow N.) показывают, что с самого рождения ребенка взрослые относятся к нему по-разному в зависимости от его пола, что находит отражение в именах, которые дают детям разного пола, в одежде, тоне голоса взрослого, предлагаемых ребенку игрушках, характере поощрений и наказаний. Данные исследований свидетельствуют, что мальчиков родители чаще подвергают физическим наказаниям, чем девочек, а более частые и сильные наказания воспитывают у мальчиков и большее сопротивление.

В ряде работ было показано, что отношение отца к детям разного пола отличается от отношения матери. Отцы более дифференци-

рованно относятся к ребенку в зависимости от его пола и в отличие от матерей почти не взаимодействуют ни с сыновьями, ни с дочерьми на протяжении первого года их жизни, а впоследствии проявляют вдвое большую активность во взаимодействии с сыновьями, чем с дочерьми; вместе с тем отцы больше утешают девочек, когда они огорчены, чаще их одобряют, чем мальчиков, а матери более снисходительны и терпимы к сыновьям и разрешают им больше проявлять агрессию в отношении родителей и других детей, чем девочкам. Что касается особенности наказаний, отцы предпочитают физические, а матери — непрямые или более психологические воздействия и на сыновей, и на дочерей [10].

Американские психологи Элинор Маккоби и Кэрол Джеклин перечисляют несколько возможных вариантов объяснения этому.

Родители обращаются с разнополыми детьми так, чтобы приспособить их поведение к принятым в обществе нормативным ожиданиям. Мальчиков поощряют за энергию и соревновательность, а девочек — за послушание и заботливость, поведение же, не соответствующее полоролевым ожиданиям, в обоих случаях влечет отрицательные санкции.

Вследствие врожденных половых различий, проявляющихся уже в раннем детстве, мальчики и девочки по-разному «стимулируют» своих родителей и тем самым добиваются разного к себе

отношения. Кроме того, в результате тех же врожденных различий одно и то же родительское поведение может вызвать у мальчиков и девочек разную реакцию. Иначе говоря, ребенок «формирует» родителей еще больше, чем они воспитывают его, а реальный стиль воспитания складывается в ходе их конкретного взаимодействия. Родители обращаются с ребенком, исходя из своих представлений о том, каким должен быть ребенок данного пола. Адаптация ребенка к нормативным представлениям родителей может происходить по-разному.

1. Родители стремятся научить детей преодолевать в себе то, что они считают естественными слабостями. Например, если родители полагают: мальчики по природе агрессивнее девочек, они могут тратить больше усилий на то, чтобы контролировать или противодействовать агрессивному поведению сыновей, а дочерям, наоборот, помогают преодолевать предполагаемую естественную робость.

2. Родители считают поведение, «естественное» для данного пола, неизбежным и не пытаются изменить его; поэтому мальчикам сходят с рук шалости, за которые девочек наказывают.

3. Родители по-разному воспринимают поведение мальчиков и девочек, замечая и реагируя преимущественно на такие поступки ребенка, которые кажут-

ся им необычными для его пола (например, если мальчик робок, а девочка агрессивна).

Родительское отношение к ребенку в известной степени зависит от того, совпадает ли пол ребенка с полом родителя. Здесь возможны три варианта.

1. Каждый родитель хочет быть образцом для ребенка своего пола. Он особенно заинтересован в том, чтобы обучить ребенка секретам и «магии» собственного пола. Поэтому отцы уделяют больше внимания сыновьям, а матери — дочерям.

2. Каждый родитель выражает в общении с ребенком некоторые черты, которые он привык проявлять по отношению к взрослым того же пола, что и ребенок. Например, отношения с ребенком противоположного пола могут содержать элемент кокетства и флирта, а с ребенком собственного пола — соперничества. Привычные стереотипы господства-подчинения также нередко переносятся на детей. Женщина, привыкшая чувствовать себя зависимой от мужа и вообще от взрослых мужчин, проявит такую установку скорее к сыну, чем к дочери. Особенно сказывается это в отношениях со старшими детьми.

3. Родители сильнее идентифицируются с детьми своего, нежели противоположного пола. В этом случае родитель замечает больше сходства между собой и ребенком и более чувствителен к его

эмоциональным состояниям. Это во многом зависит от самосознания родителя.

Таким образом, родительское отношение специфицировано в соответствии с полом ребенка, что находит отражение в различных социальных ожиданиях и нормах поведения, предписываемых обществом отцу и матери в отношении сына и дочери. Оно имеет мало смысла, если не воспринимается детьми. Мать и отец должны хорошо понимать, что их дитя — это что-то особое, своеобразное, возможно, очень похожее на них, однако иное существо. Родительская любовь необходима как детям, так и взрослым. Правильная, разумная любовь матери и отца помогает ребенку раскрыть свои способности, найти свое место в обществе, стать личностью. При этом очень важно обращать внимание родителей на гендерные особенности отношений.

Литература

1. Алешина Ю.Е., Волович А.С. Проблемы усвоения ролей мужчины и женщины // Вопросы психологии. 1991. № 4.
2. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. СПб., 2001.
3. Араканцева Т.А., Дубовская Е.М. Полорольевые представления современных подростков как действенный фактор их самооценки // Мир психологии: Науч.-метод. журнал. 1999. № 3.
4. Аркин Е.А. Ребенок в дошкольные годы. М., 1986.
5. Афанасьева Т.М. Завтрашние родители. М., 2002.
6. Боулби Джон. Привязанность. М., 2003.
7. Буракова М.В. Интерпретация маскулинности — фемининности внешнего облика женщины. Ростов н/Д., 2000.
8. Винникотт Д.В. Разговор с родителями. М., 1994.
9. Колесов Д.В. Беседы о половом воспитании. М., 1980.
10. Кон И.С. Психология половых различий // Вопросы психологии. 1981. № 2.
11. Легенина Т.Б. Роль гендерных стереотипов в процессе воспитания. М., 1987.
12. Мухина В.С. Настольная книга для родителей. Минск, 1991.
13. Петровский А.В. Дети и тактика семейного воспитания. М., 1981.
14. Слепкова В.И., Костюкович А.А. Психология семьи: Учеб.-метод. пособие. Минск, 2001.
15. Соколова В.Н., Юзефович Г.Я. Отцы и дети в меняющемся мире: Кн. для учителей и родителей. М., 1991.
16. Тархова А.П. Мальчик, мужчина, отец. М., 1992.
17. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М., 1999.
18. Филипчук Г. Знаете ли вы своего ребенка? Кн. для родителей. М., 1989.
19. Фромм А. Азбука для родителей, или Как помочь ребенку в трудной ситуации. Екатеринбург, 1996.
20. Фурутан А. Отцы, матери, дети: Практические советы родителям. М., 1992.

Нарушения родительско-детских взаимоотношений и игровой деятельности как факторы риска адаптации детей к условиям ДОУ

Зарубина Н.В.,

канд. мед. наук, заведующий отделением психотерапии,
Детская поликлиника № 5;

Спивак Е.М.,

д-р мед. наук, профессор, Ярославская государственная
медицинская академия, г. Ярославль

Поступление ребенка раннего возраста в ясельную группу ДОУ — один из переломных периодов онтогенеза. В это время имеют место существенные изменения динамического стереотипа, что для абсолютного большинства детей является стрессовым фактором. Наши наблюдения показали, что в 40,7% случаев у них наблюдается осложненное течение адаптационного периода, которое в дальнейшем может способствовать ухудшению состояния здоровья воспитанников ДОУ.

В настоящее время педиатрам и педагогам известны ведущие факторы, оказывающие влияние на характер адаптации ребенка раннего возраста к условиям ДОУ. К ним относятся:

- уровень физического и нервно-психического развития;
- состояние резистентности;

— соблюдение режимных моментов;

— степень владения навыками самообслуживания, коммуникации со сверстниками и взрослыми до момента поступления в ясли.

Нарушения в сферах родительско-детских взаимоотношений и игровой деятельности как фактор неблагоприятной адаптации детей раннего возраста к ДОУ исследованы значительно меньше.

Цель настоящей работы: определить особенности нарушений семейного микросоциума и игровой деятельности у детей раннего возраста, поступающих в ясельные группы ДОУ, их влияние на характер течения адаптационного периода и разработать методику профилактики его осложнений.

Под нашим наблюдением находилось 280 детей в возрасте от

1,5 до 3 лет, которые посещали ясельные группы ДОУ одного из районов г. Ярославля.

Программа клинического обследования детей включала оценку особенностей биологического и социального анамнеза, физического, нервно-психического развития, заболеваемости. Характер течения периода адаптации к ДОУ (благоприятный, условно-благоприятный и неблагоприятный) определяли в соответствии с общепринятыми в педиатрии критериями. При этом учитывали число респираторных инфекций, динамику массы тела, нервно-психического развития, появление невротических реакций, время стабилизации психоэмоционального состояния.

Характер взаимодействия ребенка и его родителей определялся по результатам анализа опросника И.М. Марковской (1998) — теста ВРР. Он дает возможность получить информацию о различных аспектах внутрисемейных взаимоотношений, имеющих балльное выражение и сведенных к 10 шкалам, позволяющим оценить:

- соотношение требовательности и нетребовательности;
- мягкости и строгости;
- автономности и контроля;
- наличие или отсутствие сотрудничества;
- последовательность или непоследовательность при осуществлении процесса воспитания.

Кроме этого, ВРР дает представление об общей удовлетворенности родителей отношениями со своими детьми, наличии эмоциональной дистанции между ними, его отвержении или принятии, степени тревожности за ребенка в семье, воспитательной конфронтации. Результаты ВРР-тестирования в нашей работе оценивались с обязательным участием медицинского психолога. Экспериментально-психологические исследования во всех случаях проводились до поступления детей в ДОУ.

Особенности игровой деятельности определялись путем наблюдения за ребенком в процессе игры и опроса родителей в соответствии со специально разработанной нами схемой.

При анализе результатов теста ВРР установлено, что в семьях детей, поступающих в ДОУ, наблюдается достоверное уменьшение балльной оценки по большинству шкал данного опросника. В целом имеют место общее снижение требовательности со стороны родителей в отношении ребенка при осуществлении воспитательного процесса, наличие значительной эмоциональной дистанции внутри семьи и отсутствие должного сотрудничества между ее членами. Достоверное увеличение показателя теста, отражающего степень удовлетворенности отношений с ребенком, при одновременном существова-

нии перечисленных выше отклонений во внутрисемейном взаимодействии может свидетельствовать о неадекватности его оценки родителями.

Игра считается ведущей деятельностью маленького ребенка и имеет непосредственное отношение к формированию его личности. В ней отражаются различные события жизни, в том числе при общении с родителями и сверстниками; ребенок ставит себя на место взрослого, пытается осуществить его деятельность и копировать поведение.

Наши наблюдения показывают, что чаще всего родители используют игру с целью занять ребенка, отвлечь от шалостей, непослушания или капризов. В ряде случаев взрослые практически не участвуют в игре, предоставляют ребенку возможность бесконтрольного просмотра телепередач.

Анализ собственно игровой деятельности детей, поступающих в ясельные группы ДООУ, продемонстрировал недостаточную сформированность действий с предметами, неумение сосредоточиться на игре, малоинициативность в выборе игрушек, отсутствие любознательности. Нередко любая трудность расстраивала их деятельность, вызывала слезы и капризы.

Учитывая полученные данные, мы разработали методику подготовки детей раннего возраста к

ДООУ, которая включает в себя курс коррекции детско-родительских отношений и игровой терапии и состоит из двух блоков: работы с родителями и непосредственно занятий с ребенком.

Работа с родителями основана на тестировании обоих родителей с использованием методики И.М. Марковской для выявления особенностей внутрисемейных отношений и стиля воспитания ребенка. По результатам тестирования врач проводит беседу, направленную на коррекцию родительно-детских отношений.

Работа с ребенком осуществляется в специально оборудованной игровой комнате. В первую очередь она направлена на создание доверительных отношений между ребенком и врачом. В процессе игры врач создает предпосылки для успешной социализации будущего воспитанника. В игровой комнате ребенок учится свободно выражать свои мысли и чувства, не скрывая их, поскольку знает, что терапевт принимает и понимает его. Вскоре ребенок осознает, что ему не будут делать замечания, не станут наказывать, указывать на недостатки, вынуждая чувствовать себя виноватым. Он имеет возможность осознать то, что чувствует по отношению и к себе, и к окружающим. Ребенку предлагается играть так, как он хочет. В его распоряжении полностью находятся и подручные матери-

алы и взрослый, ребенку не нужно ни с кем сотрудничать, не нужно быть вежливым и рассудительным. Он может свободно проживать собственные чувства и выражать свои мысли, зная при этом, что его безоговорочно принимают и уважают.

В комнате находится множество самых различных материалов, из которых чаще всего используем песок, краски и воду. Неструктурированность этих материалов позволяет ребенку распорядиться ими так, как ему хочется, выразить себя, ослабив существующее напряжение и высвободив сдерживаемые чувства. Игрушки лежат на открытых полках, их можно в любой момент взять: ребенку не нужно изобретать игровой материал или что-либо рисовать. Песок служит прекрасной основой для различных фигурок, которые легко передвигаются, закапываются, заменяются, что создает разнообразные игровые ситуации. Из него можно сделать горы, равнины или озера. Песок вызывает приятные ощущения в пальцах и кистях, благодаря чему приобретает важный тактильный и кинестетический опыт. Это тот материал, который известен ребенку с раннего возраста. Он не вызывает вопросов о том, как с ним играть и что с ним делать. Наши наблюдения показывают, что дети даже с односторонней эмоциональной привязанностью, увидев знако-

мые предметы, с удовольствием подходят к ним, уделяя особое внимание емкости с песком. Рядом с песочницей располагается сосуд с водой. Дети любят этот природный материал, опуская в нее сначала ладони, а затем полностью руки. Вода — та среда, которая расслабляет и дарит чувство удовольствия. Некоторые дети в песочнице устраивают озера или просто «варят кашу». Важно создать доверительные отношения между ребенком и терапевтом, показать, что чувство радости он может получить, находясь отдельно от матери, в общении и игре. Цель этого этапа — формировать самостоятельные манипуляции. Часто дети копают, строят дома, пересыпают из одной емкости в другую, постукивают и т.д. На последующих занятиях ребенок все увереннее входит в комнату, он знает, где можно взять знакомые игрушки, так как каждой из них определена своя зона. Вводя новые персонажи, дети играют уже более уверенно. Предметы «оживают», что-то взлетает, что-то гудит или едет. Дети с нормальным психическим развитием активно рассказывают о происходящих событиях, в которых они участвуют, а имеющие речевую задержку общаются через игру.

С установлением достаточного контакта мы предлагаем игры, направленные на развитие сенсорных ощущений с использовани-

ем различных материалов (гладких, шершавых, колючих, сыпучих и т.п.). Врач и дети играют в настольные игры, в «третий лишний» и др. При желании воспитанники используют музыкальные инструменты (барабаны, дудки, клавишные). Для развития координаторной сферы широко применяются мячи различного диаметра.

Таким образом, достигается основная цель врача. Ребенок с желанием входит в комнату, самостоятельно совершает игровой выбор и манипуляции с предметами. Новый мир для него становится не таким страшным, он понимает, что есть и другие люди, готовые общаться на привычном ему языке — в игре. Родители при этом выступают поддержкой в любых его начинаниях.

Для оценки эффективности предлагаемого нами метода профилактики неблагоприятного течения адаптационного периода было проведено динамическое наблюдение за 48 детьми раннего возраста, продолжавшееся в течение 6 мес. с момента поступления ребенка в ясли. В соответствии с общепринятыми критериями выделяли благоприятный, условно-благоприятный и неблагоприятный типы адаптации.

На основе данных семейно-наследственного, биологического и социального анамнеза составляли индивидуальный медицинский прогноз течения адаптации. Во всех случаях был отмечен

высокий риск развития осложнений адаптационного периода и начальные проявления автономной дисрегуляции в виде синдрома вегетативной лабильности по вегетоническому типу. Дети были разделены на две равные подгруппы по 24 чел. в каждой: экспериментальную и сравнения. В первом случае перед поступлением в ясли ребенку проводился курс коррекции родительно-детских взаимоотношений и игровой терапии, во втором — такого курса не проводилось.

Оценка адаптации к условиям яслей в двух сравниваемых подгруппах детей дала следующие результаты. Оказалось, что при отсутствии превентивной коррекции (подгруппа сравнения) во всех случаях имеет место нарушение нормального течения адаптационного процесса, приобретающее у части детей выраженный характер. В тех случаях, когда указанная коррекция проводилась (экспериментальная подгруппа), большинство детей (70,8%) проходили этот период без существенных проблем и ни в одном случае не зарегистрировано неблагоприятного типа адаптации.

При катamnестическом наблюдении этих детей через 6 мес. после их поступления в ДОУ повторно оценивали физическое и нервно-психическое развитие, число случаев ОРВИ, а также динамику проявлений вегетативной дисфункции (см. таблицу).

Таблица

**Динамика показателей состояния здоровья у детей
раннего возраста при проведении курса коррекции
родительско-детских взаимоотношений и игровой терапии**

Показатели состояния здоровья	Группы обследованных детей	
	сравнения (n = 24)	экспериментальная (n = 24)
Доля детей с дизгармоничным ФР (%):		
— при поступлении;	29,2	29,2
— через 6 месяцев	37,5	33,3
Доля детей, имеющих отста- вание в НПР (%):		
— при поступлении;	20,8	20,8
— через 6 месяцев	29,2	0
Число случаев ОРВИ за 6 мес.	$4,6 \pm 0,4$	$3,2 \pm 0,3$
Среднее количество призна- ков ВД по вегетоническому типу:		
— при поступлении;	$8,5 \pm 0,4$	$8,4 \pm 0,2$
— через 6 месяцев	$9,0 \pm 0,4$	$7,3 \pm 0,4$

Установлено отсутствие меж-
групповых различий в отноше-
нии показателей физического
развития. Одновременно имела
место разнонаправленная дина-
мика НПР. В группе сравнения
через 6 мес. доля детей, у кото-
рых регистрировалось отставание
его параметров за счет наруше-
ний преимущественно игровой
деятельности, несколько увели-
чилась (с 20,8 до 29,2%, $p > 0,05$),
тогда как в экспериментальной
группе к концу периода наблю-
дения НПР во всех случаях со-
ответствовало возрастным нормам
($p < 0,01$). При анализе резистен-

тности в указанной группе выяв-
лено достоверно меньшее число
ОРВИ (соответственно $3,2 \pm 0,3$
против $4,6 \pm 0,4$, $p < 0,05$).

Таким образом, результаты
нашего исследования показывают,
что курс коррекции родитель-
ско-детских взаимоотношений и
игровой терапии, проведенный
пациенту и его родителям до
момента поступления ребенка в
дошкольное учреждение, оказы-
вает значительный положитель-
ный эффект на течение адапта-
ции его к условиям яслей, а также
на динамику показателей состо-
яния здоровья.

Новые формы работы с детьми раннего возраста

Бобошко И.Е., Салова М.Н.,

канд. мед. наук, ассистенты;

Жданова Л.А.,

д-р мед. наук, заслуженный деятель наук, профессор,
кафедра поликлинической педиатрии с курсом здорового
ребенка и общего ухода за детьми ГОУ ВПО, Ивановская
государственная медицинская академия Росздрава;

Марусич М.Б.,

психолог, педагог высшей категории;

Титова О.А.,

заведующий МДОУ № 173, педагог высшей категории,
г. Иваново

Возрастной период от 0 до 3 лет — время завершения первичной социализации ребенка, становления достаточно стойких стереотипов соматической и психической организации. Проведенные нами исследования показали, что становление специфической деятельности ребенка (игровой, познавательной, музыкальной и т.д.), его развитие оптимизируются при включении в модели воспитания интегрированной, личностно-ориентированной, междисциплинарной программы, включающей в себя элементы психогигиенической и психокоррекционной работы (музыка-, цвето-, арт-, танц-, игротерапии и т.п.), а также нетрадиционных методов обучения [1; 3; 5].

На наш взгляд, описания новых углубленных программ вос-

питательно-образовательной и лечебно-профилактической деятельности в ДООУ, встречающиеся в последнее время как в зарубежной, так и отечественной литературе, страдают недостаточной проработанностью единой концептуальной психологической основы, мало индивидуализированы, сложно адаптируемы в ДООУ [2; 4]. Особый дефицит ощущается в разработке программ для детей в возрасте от 0 до 3 лет.

Ведущие задачи предложенной нами программы предполагают: — стимуляцию раннего и гармоничного нервно-психического и интеллектуального развития детей за счет ежедневного использования комплекса музыкально-художественных средств в процессе сенсомоторного развития, физического воспитания, развития речи, раскрытия и

- поддержания творческих способностей каждого ребенка;
- охрану психического и физического здоровья детей за счет включения в воспитательно-образовательный процесс оздоровительных мероприятий:

а) оздоровительно-тренирующие игры (элементы игровой дыхательной гимнастики, рефлексотерапии, психофизической релаксации, тренировки мелкой моторики, статической выносливости, формирование правильной осанки),

б) использование психогигиенических и психокоррекционных мероприятий (индивидуальная и групповая музыка-, цвето-, арт-, игротерапия) во всех режимных моментах;

- повышение уровня коммуникативности детей, их эмоциональной отзывчивости, улучшение качества социальной адаптации за счет гуманистического подхода и принципов партнерства между воспитателями и детьми, эмпатического взаимодействия между ними.

Основные цели:

- обогащать сенсорный и эмоционально-духовный опыт ребенка через включение в процессы восприятия максимального количества анализаторов (объединение цвета-музыки-движения, ритма-формы-тактильных ощущений и т.п.);
- обучать детей раннего возраста делать выбор и отвечать за него, управлять своими чув-

ствами, самоконтролю, свободе самовыражения;

- приобретать опыт в формировании личностной культуры, звуковой культуры речи, элементарных математических представлений, физической культуры, изобразительной деятельности и т.д.

Актуальность и новизна программы. Для ребенка накопление опыта, в том числе и сенсорного, идет через систему эксперимента. Идентификация предметов, понятий, осознание отношения к ним происходит в результате координации ощущений, зачастую контрастных. Чем больше набор предъявляемых ощущений, тем прочнее запоминание, сильнее мотивация к деятельности, адекватнее и радостнее эмоции. Дети обучаются делать осознанный выбор и отвечать за него, управлять своими чувствами, учатся самоконтролю, свободе самовыражения, приобретают личностную культуру и звуковую культуру речи. Музыкальное сопровождение играет роль модулятора эмоционального состояния, помогает ускорить и сгладить переходы к разным видам деятельности, повысить уровень готовности к усвоению материала, снизить утомляемость и используется на занятиях, во всех режимных моментах, игровой, физической, трудовой и т.п. деятельности.

Цвет используется не только как связанный с изучаемым предметом зрительный раздражитель,

а как окружающая пространственная среда и позволяет условно разграничивать зоны внимания, усиливать смысловое значение изучаемых предметов, понятий, ситуаций, разнообразить традиционные игры. Программа предусматривает активное участие родителей в ее реализации, что повышает уровень их педагогической состоятельности, улучшает взаимоотношения родителей и детей, родителей и педагогического коллектива.

Эффективность программы оценивалась по ряду показателей:

а) снижение заболеваемости среди наблюдаемых детей, благополучное и быстрое протекание периода адаптации у вновь поступивших детей (анализ медицинской документации);

б) повышение уровня социальной адаптации (отсутствие случаев асоциального и антисоциального, снижение случаев агрессивного поведения), повышение продуктивности деятельности;

в) улучшение психологического климата в детском коллективе и семье, подтвержденное результатами психологического исследования, самоотчетом родителей;

г) приобретение детьми навыков психофизической релаксации, дыхательной гимнастики, массажа.

Период раннего детства, как и дошкольный, является периодом интенсивного сенсорного развития ребенка. Изучение данных литературы и результаты собственных исследований показыва-

ли, что стимуляция интеллектуального и эмоционального развития детей раннего возраста с использованием музыкальных средств оправдана и эффективна.

Программное содержание

1. Музыкальное воздействие.

Традиционно музыкальные средства использовались только в специальном обучении на занятиях, в плановых праздниках, играх-развлечениях, что на сегодняшний день не вполне достаточно для гармоничного развития ребенка. Поэтому возникает необходимость в разработке программ, использующих музыкальные методы и приемы, включенные во все режимные моменты, позволяющие в комплексе решать задачу музыкального воспитания, возможности модулирования эмоционального состояния детей и стимуляции их интеллектуального развития. Открывается возможность раннего развития у детей музыкальных способностей, эмоциональной отзывчивости, эмпатии.

Любой процесс деятельности, в том числе игровой и учебной, имеет тенденцию принимать ритмическую форму. Она особенно очевидна там, где имеются звуковое сопровождение, ритм сигналов, следующих друг за другом. По ним мы можем судить и о равномерности применяемой человеком энергии. Одним из таких ритмических воздействий является музыка.

Правила использования музыкального сопровождения

1. При введении звуковых факторов важно учитывать порог перегрузки органа слуха ребенка (наша речь не превышает порога 60 децибел). Для детей с 7 мес. используется включение музыки с 12 ч дня с преобладанием в ней высоких звуков (например, писк цыпленка, мышки, пение соловья), от 12 до 18 ч — звуки среднего регистра (крик вороны, лай собаки, голоса девочки, мальчика, уточки, овечки). В более позднее время суток — низкие звуки (голоса коровы, мишки, волка). Звуки постепенно понижают тембр и высоту в течение дня с высоких, по утрам, до самых низких в конце дня.

2. Важно соблюдение временных нормативов использования музыкальных средств: на обычных занятиях — 5—7 мин, интегрированных — 10—13, в свободной деятельности — 10—15, во время приема пищи — 10—13, при засыпании 7—10, на подъеме после дневного сна — 5—7, во время прочих видов деятельности — 10—15. В общей сложности использование музыкальных средств в течение дня — 1 ч 15 мин — 1 ч 30 мин, что является оптимальным вариантом использования музыкальных средств в психогигиенических целях.

3. Темп и характер музыкальных средств может меняться на одних и тех же занятиях в за-

висимости от поставленных воспитательно-педагогических задач. Занятие можно начать и закончить музыкальными позывными, сигналами, они должны быть добрыми и веселыми (это может быть просто звук инструментов: колокольчик, шарманка, бубен, либо музыкальный аккорд, мелодия, ритм). Использование музыкального сопровождения в творческом процессе, таком как индивидуальное рисование, лепка, аппликация и т.д., требует особой деликатности, поскольку может отвлечь и рассеять внимание детей.

4. Для прослушивания музыки лучше выбрать небольшие произведения или отдельные его части.

5. Время от времени необходимо возвращаться к повторному прослушиванию произведений, желательно в разных аранжировках (для старших детей — слушать вокальную музыку легче: текст всегда подскажет, о чем хотел сообщить композитор).

6. Если произведение предназначено только для прослушивания, например на специальных музыкальных занятиях, в свободной деятельности, необходимо не отвлекаться ни на что другое, т.е. научить внимательно слушать музыку.

Важное и необходимое условие гармоничного развития личности — прививание детям на занятиях и в повседневной жизни первых элементарных навы-

ков игры на детских музыкальных инструментах. Какие же инструменты нужно использовать в начале процесса обучения? Колокольчик подвешивается к кровати примерно на 10 мин. Сначала воспитатель берет ручку ребенка и показывает ему, как извлечь звук, далее подвешивается много колокольчиков, чтобы ребенок смог легко дотянуться до них и задеть при любом движении.

С каждым днем диапазон музыкальных звуков увеличивается. Это могут быть: шарманка, пластмассовые сосуды, заполненные горохом, оригинальные музыкальные игрушки и др. Вложив руку в ладонь взрослого, ребенок вместе с ним нежно вращает ручку шарманки, с другими инструментами выполняет движение маятника, держа погремушки сначала в правой, затем левой руке, в дальнейшем в обеих руках, развивая ритмические и динамические движения.

При этом продолжается расширение тембрового набора ребенка. Он включает:

- голоса людей или животных: дети, взрослые, кошки, собаки, коровы, гуси, утки, животные в зоопарке (родителям рекомендуется по возможности как можно раньше водить малышей в зоопарк, чтобы он видел и слышал всех его обитателей);
- природные звуки: шум ветра, дождя, грома, шелест листьев, деревьев, плеск воды и т.д.;

— звучание неодушевленных предметов: звон посуды, мотор машины, скрип двери или замков, звон трамвая, шум поезда, самолета;

— звуки музыкальных инструментов — знакомство детей с музыкальными инструментами происходит один или два раза в неделю в зависимости от темпа усвоения детьми материала: звучание скрипки, виолончели, контрабаса, балалайки, клавесина, фортепиано, флейты, кларнета, фагота, саксофона, трубы, литавр, тарелок, треугольников.

Во время завтрака и обеда рекомендуют использовать музыку, построенную на средних звуках, в полдник — на пониженных, во время ужина — с более низкими, но теплыми и приятными звуками. Необходимо регулировать силу звука, в утренний отрезок дня следует использовать музыку более сильную по звучанию, перед дневным сном — сила звучания музыки должна быть равна разговорной речи, во второй половине дня — чуть выше разговорной речи, так как во второй половине дня двигательная активность детей заметно усиливается и нецелесообразно модулировать дополнительную активность.

Перед сном необходимо использовать музыкальные средства, оказывающие расслабляющие действия (релаксационное и седативное), музыка должна быть приятная на слух по звучанию.

Здесь нами используются колыбельные песни и классические композиции. После сна музыка также должна быть приятной на слух, но с активным постепенным возрастанием темпа.

Известно, что уровень внимания бывает высокий, средний, низкий; процесс внимания делится на три вида: произвольное, непроизвольное, послепроизвольное. Тренировка произвольного внимания — одна из основных целей обучающей части программы. Для определения уровня произвольного внимания мы используем музыкальные игры и игры-пляски («Лиса и цыплята», «Кот и мыши»). Во время этих игр хорошо прослеживается реакция детей на разные звуковые сигналы, переключение внимания с одной части игры на другую, а также устойчивость мотивации и характер распределения внимания.

Важно контролировать уровень восприятия звуков детьми. Это можно сделать с помощью игр, в которых нужно определить силу звука:

- воспитатель стучит по столу рукой тихо и громко, затем спрашивает, когда было тихо, а когда громко. То же упражнение воспитатель предлагает сделать ребенку самостоятельно;
- пропеть звук [а] — тихо и громко;
- с ребенком рассматриваются рисунки под музыку, затем воспитатель просит назвать, когда звучали звуки шумовые, а когда музыкальные.

Память — одна из основных психических функций. Поэтому на занятиях и в свободной деятельности детей для развития слуховой памяти и активной речи используются заучивание песен, стихов, потешек, различного рода звуков, ритмов в сочетании со стимулирующей наглядно-образного мышления, моторной, зрительной и других видов памяти в комплексе гармоничного развития.

2. Использование цвета — мощнее средство воздействия на человека. Цветовая игра, свойственная определенным предметам, — та притягательная сила, представляющая источник вечно-го восхищения человека, предмет его любования.

Характеристика цветов по М. Люшеру:

красный — цвет мироздания, цвет жизни, цвет Солнца. Он излучает тепло, оказывает возбуждающее, стимулирующее действие на нервную систему. Улучшает и ускоряет все обменные процессы в организме, при этом активизируется деятельность кожи и желез внутренней секреции. Воздействие красного цвета улучшает кровообращение и сердечную деятельность, устраняет застойные явления в органах. Предпочитающие этот цвет — лидеры, активисты с высокими амбициями. Они жизнелюбивы, часто добиваются своих целей, разноплановы, взрывны и быстро отходчивы. Любители **розового** цвета обычно пребывают в мире грез, сказок, ожиданий и чудес;

оранжевый — цвет раскрепощающий, освобождающий как в физическом, так и ментальном плане, психологически способствует более терпимому отношению друг к другу, укрепляет волю, имеет способность восстанавливать нервную и мышечную ткань. Как цвет жизненности и тепла, он регулирует обменные процессы, оказывает влияние на работу эндокринных желез. Особенности оранжевого воздействия хороши для мышечных тканей сердца, так как имеют свойство проникать в их глубинные структуры;

желтый — тонизирующий цвет, действие его на организм, нашу физиологию оптимальное, он не утомляет, оказывает стимулирующее влияние на зрение и нервную систему. Желтый цвет оказывает целостное воздействие на весь организм — на развитие умственных способностей, а также физическое развитие. Желтый цвет обеспечивает необходимый баланс, равновесие, чувство оптимизма. Дети, предпочитающие желтый, — люди творчества, сильной воли и духа, властолюбивые, умеющие концентрировать силу и волю, плодотворно работающие. Они умны, чувствительны, а иногда сверхчувствительны. Всем своим существом они устремлены к счастью и умеют добиваться его;

зеленый — цвет природы, мироздания, самый высший по вибрации цвет. Занимает центральное место после первой триады цвета. Неповторимо красив этот цвет и, вероятно, поэтому имеет

такое значение в эстетической сфере. Он находится посреди спектра, при отсутствии зеленого цвета в окружении детей возможно развитие повышенной возбудимости, нервозности, раздражительности, гиперактивности. Зеленый цвет создает в организме ощущение мира и равновесия, недаром мы так отлично себя чувствуем на природе, зеленой лужайке в лесу. В этот момент мы расслаблены, пребываем в покое, испытываем восторг, обновление. Зеленый цвет создает ощущение безопасности, свежести, прохлады, способствует концентрации мыслей. Дети, предпочитающие **темно-зеленый**, упрямы и настойчивы, любят покой, природу, скрытны, обладают сильной волей, способны преодолеть любые трудности. **Светло-зеленые** тона — мягкие, эстетичные, нежные; любящих этот цвет отличает чувство справедливости, партнерства. Эти люди очень обязательны и умны, но не умеют слушать;

голубой и синий — цвета эмоциональности, общения. Голубой цвет определяет глубину наших чувств, эстетические способности и ощущения, чувство гармонии, а порой и преувеличенную обидчивость, ранимость. Голубые тона производят впечатления легкости, воздушности, эфирности, чистоты. Синий цвет несет психологические ощущения устойчивости, сдержанности, покоя. Его воздействие оказывает помощь при таких состояниях, как мелан-

холия, ипохондрия, перевозбуждение. Синий цвет оказывает регулирующую функцию зрения, слуха, обоняния. Хорош этот цвет при занятиях, где требуются умственные способности, важно снизить степень утомления. Дети, предпочитающие голубой цвет, как правило, стремятся к знаниям. **Светло-голубой** цвет предпочитают люди мечтательные, романтические, эмоциональные, обладающие душевными качествами детей;

фиолетовый — красивый и чистый цвет, связан с интеллектуальными способностями. Это цвет философов и поэтов, сознания, истины и бытия, сознательной энергии, успокаивает нервную систему, его можно использовать при всех психических и нервных нарушениях; он нормализует сон, а при занятии творческим трудом повышает работоспособность, оказывает влияние на духовное развитие. Фиолетовый и синий цвета весьма близки. Дети, предпочитающие их, неординарны, стремятся к свободе, независимости и пространству. Иногда они кажутся «спящими», часто погружаются в мечты, обладают высоким врожденным интеллектом;

черный — цвет, несущий определенную функциональную нагрузку в зависимости от ассоциаций и характера человека. Имеется значительное количество людей, предпочитающих этот цвет. Если разом перемешать все краски — получится черный;

белый — цвет добра, удачи, очищения и приумножения. Белый и желтый — это начало начал, символ сложения всех цветов в радугу, гармония. У детей, предпочитающих этот цвет, высоко развито воображение, они спокойны, уравновешены, мечтательны.

Цвет может вызвать приятные воспоминания о наиболее счастливых минутах жизни или же напомнить о чем-то грустном. Эти ощущения, связанные с цветом, носят название цветовых ассоциаций. Дети инстинктивно любят яркие и чистые цвета — красный, синий, желтый. Любой другой цвет, не входящий в привычную цветовую гамму, немедленно вызывает у ребенка повышенный пристальный интерес. С возрастом предпочтение отдается холодным тонам.

Наша программа предусматривает полноценное систематическое насыщение игровой среды ребенка цветом и звуками, причем используемых только в позитивном контексте. В изучении цвета с детьми мы опираемся на психологические характеристики его восприятия: теплые — холодные, активные — пассивные; мягкие — тяжелые, звонкие — глухие; сухие — влажные, спокойные — тревожные и т.д.

Повседневная окружающая разноцветика должна быть в рамках самых нежных, мягких тонов, которые приятно радуют глаз. Именно поэтому дизайнеры одежды и мебели отдают предпочтение возвышенности, про-

зрачности, сказочности, и лишь вкраплениями прослеживается густой, сочный колорит красок.

Основной принцип создания цветового пространства — подробное выделение каждого цвета по отдельности: в группе представляются игрушки определенного цвета, меняется мягкий инвентарь (салфетки, коврики и т.д.), на занятиях создается окружающий мягкий фон из материала или ширмы данного цвета. Воспитатели договариваются с родителями детей о заранее назначенной по цвету одежде, например: «Завтра мы будем жить в зеленом цвете, оденьте, пожалуйста, сыну какой-либо элемент одежды зеленого цвета».

Все предметы, имеющие сочно-густой оттенок цвета, выставляются не более чем на 6 ч, предметы легкого, нежного, приятного колорита — на 12. Каждый цвет и его оттенки монотематически выставляются с периодом один раз в две недели. На занятиях, предусматривающих стимуляцию умственной, творческой, эстетической деятельности, нами используются зеленый, светло-зеленый, синий, голубой, желтый, фиолетовый, белый цвета. На занятиях, где требуется физическая активность, используются все оттенки красного, оранжевого.

3. Методика формирования элементарных математических представлений у детей младшего и дошкольного возраста прошла длительный путь своего развития. Начиналась она с устного

творчества. Различные считалочки, поговорки, загадки, шутки, прибаутки приобщали детей к счету, формировали понятие числа. В программе нами используются материалы сказкотерапии, дающие возможность гибко преподнести детям математический материал. Обучающие приемы во многих сказках разнообразны, порой лежат на поверхности: «Два жадных медвежонка», «Волк и семеро козлят» и т.д. Повествование ведет к использованию смекалки, умению установить взаимозависимость, найти сходство и различие — это операции, относящиеся к логике — ключевому компоненту математики. Очень важно дать понятия: «число, форма и величина, не зависящие от цвета, места расположения материала». Именно поэтому детям будет полезно упражняться в ответах на вопросы, например: «Чем похожи и чем отличаются простое и золотое яйцо?» Когда дети познакомятся с геометрическими фигурами, можно с их помощью шифровать, моделировать знакомые сказки, т.е. прятать героев в фигурки, которые легко можно угадать по форме и величине.

Взрослые постепенно уведат детей от конкретных образов к абстрагированию, в конечном счете — готовят к математической деятельности. Особенно полезны считалочки как основная база для осознания впоследствии понятия числа. Например: «Раз, два — пошли по дрова» или

«Один, два, три — на маму посмотри».

Задолго до того как малыш скажет вам, что у него есть три бусинки, он сможет продекламировать эти детские стишки. Он учится произносить названия чисел и познает особенности их группировки перед тем как столкнется с истинным значением чисел.

Не удивляйтесь, если вам покажется, что ребенок забыл что-нибудь хорошо усвоенное. Прогресс редко бывает полностью устойчивым. Иногда ребенок отступает на шаг назад только для того, чтобы завтра сделать два вперед.

Работа с детьми раннего возраста всегда построена на индивидуальном подходе, исключением не является и изучение математики (см. таблицу). Обязательно наличие музыкального сопровождения на занятии с детьми в возрасте от 7 мес. до 1 года по элементарным математическим представлениям; занятие длится не более 7—8 мин. Характер музыки должен быть мажорным, с высокими и в то же время мягкими звуками (пение птиц или просто мелодия колокольчиков).

Воспитатель должен зафиксировать индивидуальные изменения устойчивости внимания ребенка, эмоционального и физического состояния. Обычно интерес у ребенка угасает на 7—8-й минуте, поэтому занятие необходимо закончить на мажорной ноте. Если ребенок еще остается активным, занятие следует

продолжить на 1—2 мин, далее плавно перейти к другому виду деятельности.

Основные принципы дидактических игр

1. Для установления соответствия подбора пар нужно давать ребенку правильное число объектов, чтобы он не запутался, когда у него останутся лишнее предметы, которые некуда девать (если три пластмассовые чашки, то и для подбора три блюдца).

2. Каждый раз необходимо давать ребенку небольшое число предметов для подбора (из трех, затем четырех, пяти пар).

3. Любые различия делаются очевидными. Подбор пар по внешнему виду предметов, которые должны четко различаться своей формой.

4. Важно использовать объекты, с которыми ребенок справляется без усилий. Предметы, которые для него или слишком велики, или слишком малы, принесут ему только огорчения.

5. Размещение предметов должно быть таким, чтобы ребенок хорошо видел их и мог легко проделать все, что нужно.

6. Вначале предметы должны иметь дополнительный признак, например цвет, чтобы облегчить ребенку задачу по подбору пар с другими признаками соответствия, такими как форма или размер.

7. Помогать ребенку нужно лишь до тех пор, пока он в этом нуждается.

8. Если он захочет поиграть с предметами по-своему, не мешайте ему, но позже, когда у него появляется интерес, опять попробуйте.

Таким образом, предложенный минимум — норма для изучения элементарных математических представлений у детей раннего возраста.

Таблица

**Распределение программного материала
по элементарным математическим представлениям
для детей раннего возраста**

Возраст	Тема занятия	Развитие речи
1	2	3
7—10 мес.	Формирование навыков: — подползти или дотянуться до гирлянды из цветных геометрических фигур (круг, треугольник, квадрат); — захватить руками неподвижную геометрическую фигуру (круг, треугольник, квадрат); — взять геометрический предмет из рук взрослого; — формировать навыки и действия по подражанию: вложение геометрических фигур в отверстия (плоскостных, объемных)	Первичное восприятие слов с предметами (большой, маленький, круг, треугольник, квадрат)
10—13 мес.	Опознавание простых предметов: — знать слова, обозначающие цвет; — разложить геометрические фигуры в коробки по цвету и форме; — сложить из 2—3 частей целые фигуры; — знать слова, выражающие размер: большой и маленький, несколько слов, выражающих количество; — разложить полоски в трафареты по цвету, длине, ширине; — накладывать кубик на кубик; — надевать кольца с большими отверстиями на стержень и снимать их	Первичное восприятие и соотнесение слов с предметами (красный, желтый, зеленый; полоска длинная, короткая; широкая, узкая; кубик, кольцо)
13—15 мес.	Формирование действий и навыков по подражанию: — выложить фигуры на трафаретах по форме, цвету, величине (большой и маленький треугольники, большой и маленький круги, большой и маленький квадраты); — вкладывать объемные фигуры в прорези по цвету, форме, величине (шар, куб, цилиндр); — ходить по разноцветным дорожкам (красная, желтая, зеленая); — перешагивать через узкие и широкие дорожки	Первичное восприятие и соотнесение слов (шар, куб, цилиндр, полоски)

Окончание табл.

1	2	3
2— 3 года	Поэлементное (взаимно однозначное) соответствие: — подбирать пары по внешнему виду; — упорядочивать их по размеру; — последовательно подбирать пары; — последовательно подбирать пары без осязаемого признака соответствия; — развивать понимание слов, выражающих размер; — развивать навыки применения слов, выражающих размер. Начало счета вслух: — понимать и использовать малые количественные числительные; — устанавливать попарное соответствие без специальных признаков; — подбирать пары предметов без простых признаков соответствия; — развивать понятия «то же самое» (одинаковые длина, площадь, объем, непрерывные количества); — усваивать понятия «столько же» и «такое же» количество; — одинаковые числа (может ли ребенок перенести понятие «одинаковый» на малые числа?); — понимать эквивалентность терминов «одинаковое число» и «столько же»; — усваивать пространственное упорядочение без использования размеров; — упорядочение событий; — естественные необратимые изменения во времени; — необратимые изменения как результат воздействия; — понимать качественную тождественность непрерывных материалов при обратимых действиях с ними. Понятия: «количество», «больше» и «меньше» в случае непрерывных материалов: — вербализировать понятия «больше» и «меньше»	Слова, обозначающие малые числа. Название цветов, предметов и людей. Употребление слов, выражающих размер и количество. Употребление малых чисел. Уточненное использование слов, словесное тождество. Употребление слов, обозначающих непрерывное количество. Понимание слов «то же количество» и «больше», относящихся к совокупности объектов из непрерывного материала. Произнесение слов «то же количество» и «больше». Понимание слов «то же число» и «больше» на примере малых чисел.

**Конспект
интегрированного
занятия «Теремок»**

Методический блок

Развитие элементарных математических представлений:

- через инсценирование сказки подвести детей к устному порядковому счету до 4;
- закрепить знания о величине и форме предметов (узкая — широкая, короткая — длинная, извилистая);
- через сказку формировать представление о времени;
- дать смысловую нагрузку словам «давным-давно».

Сенсорное развитие:

- закрепить знания о зеленом и желтом цвете;
- совершенствовать элементарные действия детей с предметами, умение давать им характеристики (по цвету, размеру, форме и т.д.).

Развитие речи:

- совершенствовать звуковую культуру (произнесение четких звуков в словах «волк-волчище», «лисичка-сестричка», «мышка-норушка», извилистая дорожка);
- отработать звукоподражания: «пи-пи», «у-у-у»;
- пополнить активный словарь (вызвать желание повторять индивидуально и хором отдельные слова, фразы, предложения);

- формировать связную речь (повторение отдельных фраз);
- через инсценирование формировать у детей элементы театрализации, строить межличностные отношения.

Развитие музыкальных способностей:

- воспитывать уважение к русской культуре;
- учить слышать ритмическое разнообразие.

**Медико-
психологический блок
(психогигиенические,
и психопрофилактические
аспекты)**

Стимуляция специфической деятельности ребенка:

- познавательной (использование цветового разграничения этапов сказки, объединение цвета — формы, цвета — ритма, музыки — цвета);
- продуктивной (нахождение форм в окружающей среде, проведение аналогий).

Обогащение сенсорного опыта ребенка через музыку и цвет:

- повышать уровень коммуникативности детей и улучшать качества социальной адаптации;
- учить узнавать мелодии для развития слуховой памяти;
- формировать цветовой и предметный гнозис (узнавание реальных и контурных предме-

- тов, определение их схожести и различия);
- использовать двигательные программы (ритмические, логические);
- формировать связную последовательность в действиях;
- совершенствовать речевую функцию (с помощью повторяемых музыкальных отрезков);
- формировать рефлекторную речь.

Оздоровительные игры (тренировочные, профилактические, коррекционные, релаксационные, моторные):

- проводить тренировку зрительного анализатора через нахождение заданной дорожки;
- организовывать пальчиковые игры (массаж биологически активных точек).

Оборудование:

- оформление группы в желто-зеленый цвет: желтый цвет располагает к максимальной спокойной обстановке, а также к свободным, расслабленным действиям; зеленый способствует умственному развитию;
- пять видов дорожек (извилистая, короткая, длинная, узкая, широкая);
- костюмы животных (волка, мышки, зайца, лисы, медведя);
- музыкальные средства: «Красный сарафан» (А.А. Варламов),

«Ах вы сени, мои сени» (русская народная песня);

- расписной терем, за которым оформление домашней обстановки (стол, стульчики, мягкие подушки и т.д.).

* * *

Звучит отрывок песни «Красный сарафан». В группу входят дети, приветствуют гостей.

Воспитатель. Ребята, гости к нам пришли, чтобы посмотреть, как вы умеете играть. Сегодня я предлагаю вам побывать в сказке. Вы согласны?

Дети. Да.

Воспитатель. А вы любите сказки?

Дети. Да.

Воспитатель. А мы с вами будем путешествовать по русской народной сказке «Теремок». Ее я вам недавно читала. Какие звери есть в ней?

Дети. Мышка-норушка, Лисичка-сестричка, Волк-волчище, Мишка косялапый, Зайчик-попрыгайчик.

Воспитатель. Сейчас я вас наряжу в костюмы этих зверей. Даша у нас будет Мышкой-норушкой. Даша, ты согласна?

Даша. Да.

Воспитатель. А как мышка разговаривает?

Даша. Пи-пи.

Воспитатель. Какого цвета ее шубка?

Даша. Серая.

Воспитатель. Андрей будет Зайчиком-попрыгайчиком. Ты согласен?

Андрей. Да.

Воспитатель. А ты знаешь стихотворение про зайчика? Расскажи.

Андрей

Скачет по лесу зайчишка,
Всех боится наш трусишка.
Если зайке повезет,
Он нору зимой найдет.

Воспитатель. Хорошо. *(Надевает на детей костюмы.)*
А каким еще может быть зайчик?

Андрей. Быстрым, ловким, летом — серым, зимой — белым.

Воспитатель. Правильно. Сережа будет Волком-волчищем. А ты можешь рассказать стихотворение про волка?

Сережа

Этот страшный серый хищник
Ночью дичь лесную ищет.
У него зубаста пасть,
Берегись в нее попасть!

Воспитатель. Страшно?
Дети. Да.

Воспитатель. Не бойтесь, у нас сказочный, добрый волк. Лисой будет Оля. Ты согласна?

Оля. Да.

Воспитатель. А про лису ты знаешь стихотворение?

Оля

Хитрая лисичка
Ловит зайцев, ловит птичек.
Заметает след хвостом,
Ест добычу под кустом.

Воспитатель. Медведем будет Вова. Ты согласен?

Вова. Да.

Воспитатель. А как разговаривает медведь?

Вова. У-у-у!

Воспитатель. А шубка у медведя какого цвета?

Вова. Коричневая.

Воспитатель. А какой он по характеру?

Вова. Сладкоежка, увалень, косилапый...

Воспитатель. Остальные ребята, пожалуйста, усаживайтесь поудобнее и смотрите сказку. А я сейчас превращусь в сказочницу.

Звучит музыкальный отрывок.

Воспитатель надевает шаль, занимает место в окошке теремка.

Стоит в поле теремок, он не низок не высок. Вот бежит Мышка-норушка по дорожке, да не по простой дорожке, а по узкой, зеленого цвета. Мышка-норушка, покажи, где узкая зеленая дорожка.

Мышка-норушка пробегает по дорожке.

Звучит музыкальный отрывок.

Увидела теремок, остановилась, постучалась.

Мышка-норушка. Кто в теремочке живет, кто в невысоком живет?

Воспитатель. Никто ей не ответил. Зашла Мышка-норушка в теремок, понравилось ей в нем и стала она там жить. Долго ли, коротко ли, но скачет по лесу Зайчик-попрыгайчик, да не по простой, а по длинной, зеленой дорожке. Найди, Зайчик-попрыгайчик, эту дорожку, зеленую, длинную. Зайчик у нас быстрый, ловкий.

Зайчик-попрыгайчик пробегает по дорожке.

Звучит музыкальный отрывок.

Увидел теремок. Остановился и стучит.

Зайчик-попрыгайчик. Кто в теремочке живет, кто в невысоком живет?

Мышка-норушка. Это я — Мышка-норушка. А ты кто?

Зайчик-попрыгайчик. А я — Зайчик-попрыгайчик. Давай вместе жить?

Мышка-норушка. Давай.

Воспитатель. Стали они жить вдвоем. Ребята, сколько в теремочке стало зверей?

Дети. Двое.

Воспитатель. Правильно. Идет по лесу Волк-волчище, да не по простой дорожке, а по зеленой, ребристой.

Волк-волчище проходит по дорожке.

Звучит музыкальный отрывок.

Увидел он теремок, остановился, стучит.

Волк-волчище. Тук-тук, кто в теремочке живет, кто в невысоком живет?

Мышка-норушка. Я, Мышка-норушка.

Зайчик-попрыгайчик. Я, Зайчик-попрыгайчик. А ты кто?

Волк-волчище. А я — Волк-волчище.

Звери. Иди к нам жить.

Воспитатель. И стали они жить втроем. Сколько в теремочке стало зверей?

Дети. Трое.

Воспитатель. Идет по лесу Лисичка-сестричка, да не по простой, а по извилистой дорожке. Лисичка-сестричка покажет, где у нас извилистая дорожка.

Лисичка-сестричка проходит по дорожке.

Звучит музыкальный отрывок.

Увидела она теремок, остановилась, стучит.

Лисичка-сестричка. Тук-тук, кто в теремочке живет, кто в невысоком живет?

Звери. Я, Мышка-норушка. Я, Зайчик-попрыгайчик. Я, Волк-волчище. А ты кто?

Лисичка-сестричка. А я — Лисичка-сестричка.

Звери. Иди к нам жить.

Воспитатель. Стали они жить вместе. Сколько в теремочке стало зверей?

Дети. Четверо.

Воспитатель. Как вам здесь хорошо и уютно. (*Заглядывает в теремок.*) А в какую игру вы играете?

Звери. С пальчиками: «Сорока-белобока, кашу варила, деток кормила».

Воспитатель. Хорошо, правильно. Идет по лесу Мишка косолапый. Да не по простой, а по широкой желтой дорожке. Мишка большой, ему много места надо. Подошел к теремочку, остановился, стучит.

Мишка косолапый идет по дорожке.

Звучит музыкальный отрывок.

Мишка косолапый. Тук-тук, кто в теремочке живет, кто в невысоком живет?

Звери. Я, Мышка-норушка. Я, Зайчик-попрыгайчик. Я, Волк-волчище. Я, Лисичка-сестричка. А ты кто?

Мишка косолапый. Ая — Мишка косолапый. У-у-у!

Воспитатель. Мишка, почему ты такой сердитый? Всех зверей распугал. Что случилось?

Мишка косолапый. Со мной танцевать никто не хочет.

Воспитатель. Давай мы с тобой потанцуем, а ты с нами в дружбе жить будешь.

Танцуют. Звучит музыкальный отрывок.

А чтобы всем весело было, давайте пригласим и остальных ребят. Чтобы им попасть к нам

в сказку, они должны пройти по дорожкам, да не по простым, а особенным. Ира пойдет по узкой зеленой, Женя — по широкой желтой и т.д.

Дети присоединяются к остальным ребятам.

Молодцы, ребята, все очень хорошо танцевали. Вот и сказке конец, а кто слушал — молодец-удалец. Ребята, вы хорошо слушали сказку?

Дети. Да.

Воспитатель. А вы можете сказать, сколько зверей стало жить в теремочке, до того как пришел медведь?

Дети отвечают.

Давайте еще раз погуляем по этим дорожкам.

Дети выполняют.

Литература

1. Жданова Л.А., Русова Т.В., Бобошко И.Е. Медико-психолого-педагогическое сопровождение детей в учреждениях здравоохранения и образования. Иваново, 2003.

2. Карабанова О.А. Игра в коррекции психического развития ребенка. М., 1997.

3. Карпова С.Н., Лысюк Л.Г. Игра и нравственное развитие дошкольников. М., 1986.

4. Кравцова Е.Е. Разбуди в ребенке волшебника. М., 1996.

5. Левис III. Ребенок и стресс. СПб., 1997.

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» представляет книги, которые помогут вам организовать оздоровительную работу в ДОУ



БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ **Методическое пособие**

Автор — Шорыгина Т.А.

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

С ФИЗКУЛЬТУРОЙ ДРУЖИТЬ — **ЗДОРОВЫМ БЫТЬ!** **Методическое пособие**

Автор — Маханёва М.Д.

В данном пособии предлагаются рекомендации по физическому воспитанию детей дошкольного и младшего школьного возраста. Пособие содержит перспективные планы физкультурных занятий, уроков, занятий по плаванию, сценарии спортивных праздников и примерный комплекс закаливающих процедур из опыта работы МОУ «Прогимназия № 117» учителя физкультуры Г.В. Барановой. Информация, представленная в приложениях, позволяет вести физкультурно-оздоровительную работу с детьми по всем возможным направлениям.

ФИГУРНОЕ ПЛАВАНИЕ В ДЕТСКОМ САДУ

Авторы — Маханёва М.Д., Баранова Г.В.

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

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

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

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

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

