

МЕДРАБОТНИК
М

МЕДРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного
Образовательного
Учреждения

**Тренинг по проблемам
оздоровительного питания в ДОУ**

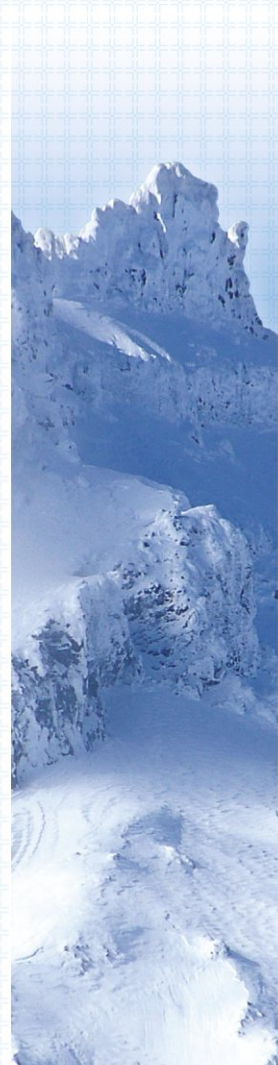
**Восстановительное лечение
при врожденной патологии
тазобедренных суставов у детей**

**Коклюш – успехи вакцинации
и современные тенденции
заболеваемости**

**Психолого-педагогическое
сопровождение родителей
будущих первоклассников**

**Отношение девочек старшего
дошкольного возраста
к родителям**

№ 1/2010



МЕДРАБОТНИК

МЕДРАБОТНИК
НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного
Образовательного
Учреждения

Содержание

2010, № 1 (13)

Колонка редактора	3
Гость номера <i>Л.Ф. Васильева</i>	4

ГИГИЕНА

Факторы окружающей среды

<i>Денисова Р.Б., Полякова А.Н., Михеева М.Г.</i> Внутрисредовые факторы ДОУ и их влияние на здоровье детей	8
---	---

Рациональное питание

<i>Минаева Ю.И., Пожидаева С.В.</i> Тренинг по проблемам оздоровительного питания в ДОУ	15
---	----

Физическое воспитание

<i>Коломийцева Н.С.</i> Региональные особенности физического развития детей, посещающих ДОУ	20
---	----

ПЕДИАТРИЯ

Здоровый ребенок

<i>Богатов В.В., Гаврилова О.А., Левченко О.В.</i> Особенности прорезывания постоянных зубов	30
---	----

Неинфекционные заболевания

<i>Никитина И.Е., Шаломина Н.П.</i> Восстановительное лечение при врожденной патологии тазобедренных суставов у детей	36
<i>Киргизов И.В., Плякин В.А., Злотников Е.Н.</i> Воронкообразная деформация грудной клетки у детей	42

Инфекционные заболевания*Северина Е.А.*

Коклюш — успехи вакцинации и современные тенденции заболеваемости	48
---	----

ПЕДАГОГИКА**Оздоровительная работа***Карлюкова Т.Д.*

Реализуем творческую программу «Растем здоровыми»	56
---	----

Ганузина Г.С., Ганузин В.М., Старунова Л.Н.

Организация летней оздоровительной работы с детьми в ДОУ	61
--	----

Ималетдинова А.Г.

Здоровье и гармония личности ребенка	70
--	----

Развитие ребенка*Великова С.А., Гусарова Г.В.*

Отношение девочек старшего дошкольного возраста к родителям	80
---	----

Психологическая помощь*Милушкина О.Ю.*

Нервно-психическое здоровье воспитанников учреждений для детей-сирот	86
--	----

Семёнова Г.А.

Психолого-педагогическое сопровождение родителей будущих первоклассников	95
--	----

Педагогическая копилка*Косолапова Л.А.*

Советы родителям детей с нарушениями речи	106
---	-----

Габдуллина Л.М., Анкудинова М.В., Плотникова В.А.

Офтальмологические паузы «Послушные глазки»	107
---	-----

АКТУАЛЬНО**Документация***Ильина С.К.*

Должностная инструкция медицинской сестры лекотеки	114
--	-----

Указатель статей, опубликованных в журнале

в 2009 г.	118
----------------	-----

Книжная полка	55, 125
---------------------	---------

Как подписаться	126
-----------------------	-----

Памятка авторам	127
-----------------------	-----

Анонс	128
-------------	-----

Уважаемые коллеги!

Вот и наступил Новый 2010 год. Мы рады снова встретиться с вами на страницах нашего журнала. Близится к завершению зима, которая в этом году была очень напряженной для медиков, особенно в детских образовательных учреждениях.

Работа медицинского персонала ДОУ уникальна в своем роде. Она не ограничивается знанием только узко профессиональных вопросов. Помимо контроля за здоровьем детей, в сфере его внимания находятся и содержание помещений ДОУ, и организация воспитательного процесса, и режим дня, и питание детей, и работа с родителями, и многое другое. По роду своей деятельности медицинские работники сталкиваются с вопросами физиологии развития ребенка, педагогики, психологии, физического воспитания, диетологии и другими областями науки. Только комплексный подход к своей работе позволяет медицинским сестрам и врачам эффективно выполнять свою основную функцию — сохранять и укреплять здоровье детей. Именно поэтому в нашем журнале публикуются материалы по широкому кругу вопросов, касающихся различных сфер деятельности дошкольного образовательного учреждения.

В сегодняшнем номере вы можете познакомиться с достаточно новым, но очень прогрессивным направлением медицины — прикладной кинезиологией; найдете советы и рекомендации по работе с детьми, имеющими зрительную патологию; коллеги из Ярославля поделятся опытом организации летней оздоровительной работы в ДОУ; вы узнаете, как проводить работу с родителями будущих первоклассников.

В редакцию приходит много писем с просьбой осветить тот или иной вопрос, касающийся деятельности ДОУ. К сожалению, путь журнала от поиска нужного материала до читателя очень долог. Не всегда удается оперативно ответить на интересующие вас вопросы, но мы не оставляем без внимания ни одной вашей просьбы.

В свою очередь хочется обратиться к вам с призывом поделиться опытом своей работы на страницах журнала и присылать материалы для публикаций.

С уважением, редакция

Гость номера

Васильева Людмила Федоровна

д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой мануальной терапии Российского государственного медицинского университета, заведующий лабораторией мануальной терапии Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения МЗ РФ, научный руководитель научного центра прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, Москва

Прикладная кинезиология – лечение пациента в соответствии с индивидуальными потребностями организма

Жизнь — это движение. Движение в различных его проявлениях: от невидимых глазом ритмических сокращений клетки до гигантских скачков прыгуна. «Кинезиология» — наука, изучающая механизмы формирования движения и причины его нарушения. «Кинезио» — движение, «логос» — учение. Почему именно изучение движения так важно? Потому что на любые повреждения или заболевания организм реагирует изменением возбудимости мышц и нарушением движения. Поэтому, имея возможность оценить изменение возбудимости мышцы, кинезиолог может научиться разговаривать с телом пациента через биологическую обратную связь с рефлексом около 100 скелетных мышц. Это связано с тем, что выполнение движения — функция нервной системы, иными словами, система рефлексов. Активность рефлекса той или иной мышцы в услови-

ях ее изометрической нагрузки — индикатор нарушения здоровья и благополучия человека, его способности адаптироваться к механическим, химическим, эмоциональным нагрузкам. Наша неспособность к адаптации проявляется в рефлекторной гипотонии мышц, имеющих рефлекторные связи с внутренними органами, эндокринными железами. Всем известно, что когда мы хотим сообщить какую-то печальную весть, мы говорим: «Сядь, я тебе хочу что-то сказать». Почему? Ни для кого не секрет, когда человек испытывает сильный эмоциональный стресс, у него возникает слабость в ногах и поэтому лучше сразу присесть.

Если у человека нарушение в почках (воспалительный процесс, камнеобразование), пациент чувствует боль в определенных мышцах, если же он волнуется, появляется дрожь в руках. Это тоже проявление нарушения ко-

ординации мышц. Казалось бы, разные проявления, а клинический выход один. Все функциональные системы организма напрямую связаны с мышцами, поэтому нарушение на любом уровне изменяет силу мышечно-го сокращения.

Исследуя, например, заболевания легких, печени, почек, эндокринной системы, эмоциональные нарушения, мы можем к изучению этих проблем приложить анализ или тестирование состояния мышц, связанных с этой функциональной системой. Данный подход позволил создать такое направление медицины, как прикладная кинезиология.

Почему мышцы реагируют на все нарушения организма, и как это происходит? Знаете ли вы, как вы сидите или стоите, как держите голову, подняты или опущены у вас плечи, прямая или согнутая спина? Оказывается, вы об этом не задумываетесь, но кто-то же управляет вашей осанкой, заставляет вашу голову держаться прямо или с небольшим наклоном, спину выровнять или согнуть, плечи держать поднятыми или опущенными. Если не вы регулируете это своим сознанием, то за счет чего же происходит эта регуляция? Это происходит неосознанно, потому что информация собирается с периферии, из внутренних органов и реагирует посредством тонуса мышц. Поэтому в зависимости от полученной нами информации мы имеем соответствующую работу мышц.

Что заставляет эти мышцы напрягаться и поддерживать позвоночник, шею и голову в каком-то определенном положении, создавая напряжение одних мышц и расслабление других? Давайте вообразим, что мы отключили ЦНС и два ее анализатора: зрение и слух. Представьте себе трех людей, приглашенных в темную комнату, в которой находился слон. Их попросили отгадать, что это? Один человек ощупал ноги слона и ответил: «То, что находится в комнате, представляет собой огромные круглые колонны, очень жесткие и напряженные на ощупь, которые практически негибаются». Тот человек, который ощупывал ухо слона, возразил: «Нет, то, что находится в комнате, очень тонкое, нежное, мягкое, легко гибается и похоже на лепешку». Третий человек, который ощупывал хвост слона, сказал: «Что вы? То, что находится в комнате, похоже на длинную тонкую веревку, нежели на лепешку, и уже никак не на колонны».

Что же делали эти три человека в комнате? Они включили рецепторы со стороны рук, которые собирали информацию внешнего мира. И мозг имел представление не о том, что есть в действительности, а о том, что дали ему рецепторы. Именно то, что они могли почувствовать. А если информация, поступающая из рецепторов, искажена, то искажена и реакция нервной системы не только на происходящие события во внут-

ренной и внешней среде, но и на медицинские препараты, физиолечение, которые помогают в условиях правильной ориентации на них рецепторов.

Психосоматические отклонения, вегетосудистая дистония — заболевания с нарушенным восприятием рецепторного поля. Разобраться в этом можно при условии биологической обратной связи с нервной системой через систему мануального мышечного тестирования рефлекторной активности скелетных мышц. Именно эту возможность дает прикладная кинезиология.

Организм человека способен к самовосстановлению и самоизлечению. Тогда почему человек постоянно болеет? Для включения этих процессов необходимо выполнение определенных условий:

- правильно получить информацию от рецепторов, расположенных на коже (внешние) и на внутренних органах, сосудах, суставах (внутренние);
- быстро провести полученную информацию к командным пунктам нервной системы;
- командные пункты должны правильно отреагировать и быстро послать приказ к скелетным мышцам и другим системам;
- на полученную команду не только мышечная система, но и другие системы организма (дыхательная, сосудистая, эндокринная) должны быстро и адекватно отреагировать.

Поистине все заболевания возникают в результате нарушения нервной системы. Причина возникновения инфекционного заболевания кроется не только в том, что в организм попал возбудитель болезни, но и в том, что инфекция не была быстро распознана и своевременно удалена.

Травма — результат падения только в том случае, если информация о возникшем падении не смогла быстро и правильно достигнуть нервной системы, и человек не успел сократить определенные группы мышц и сгруппироваться. Наклон туловища, подъем тяжести — причина грыжи диска, если при выполнении этой работы не было правильно совершено сокращение мышц спины. Сколиоз — не следствие укорочения одних мышц и расслабления других, а получения разных команд этими мышцами или разного восприятия ими одних и тех же команд центра.

Независимо от уровня поражения, клиника заболевания будет одна и та же, хотя лечение необходимо различное. Проведя мануальное мышечное тестирование, врач может оценить исходно сниженную возбудимость мышцы. Далее при помощи специальных терапевтических нагрузок оценить уровень поражения: на уровне рецепторов, проводящей системы, командных пунктов или исполняющих систем. Назначив пробное лечебное воздействие (мануальная терапия, рефлексотерапия, ЛФК, гомеопатия, аллопа-

тия, ароматерапия и др.), врач оценивает наличие или отсутствие эффекта и только тогда рекомендует лечение.

С этих позиций прикладная кинезиология — способ восстановления правильной реакции нервной системы. Эта наука обладает возможностью оценить состояние периферического звена нервной системы (возбудимости рефлекса на растяжение отдельной скелетной мышцы), выявить и устранить причины сбоя ее реакции на раздражение.

Прикладная кинезиология — способ активации процессов самовосстановления и самоизлечения. Только в условиях четкой работы нервной системы организм может быстро отреагировать на раздражение рецепторов и послать адекватный приказ к скелетным мышцам и другим системам (дыхательной, сосудистой, эндокринной).

Прикладная кинезиология — способ восстановления здоровья наиболее кратким путем. Благодаря соответствующим методикам есть возможность оценить реакцию организма на любое предполагаемое лечебное воздействие.

Таким образом, специалист, обладающий методикой прикладной кинезиологии, обладает возможностью комплексного подхода к поиску причины заболевания.

В наше время уже просто невозможно эффективно заниматься лечением, не рассматривая человека и его организм в целом и комплексно. Классическая и традиционная медицина должны идти рука об руку в борьбе с болезнями, как правое и левое полушарие мозга. Используя последние достижения только классической медицины, мы выигрываем конкретные битвы, но неизменно проигрываем общее сражение за здоровье человека.

Предлагаем вашему вниманию книгу серии «Здоровый малыш»

КАК СДЕЛАТЬ ОСАНКУ КРАСИВОЙ, А ПОХОДКУ ЛЕГКОЙ



Автор — Бабенкова Е.А.

Обложка, 96 с. Формат 60×90/16

Книга посвящена воспитанию навыков правильной осанки и походки у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Представлены рекомендации по определению нарушений опорно-двигательного аппарата, комплексы упражнений корригирующей гимнастики, лечебной физической культуры, вопросы и ответы для проверки знаний и деятельности обучающихся по формированию правильной осанки и походки.

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

Внутрисредовые факторы ДОУ и их влияние на здоровье детей

Денисова Р.Б.,
канд. мед. наук, доцент;

Полякова А.Н.,
д-р мед. наук, профессор, Ивановская государственная
медицинская академия;

Михеева М.Г.,
главный специалист-эксперт высшей категории,
Управление Роспотребнадзора по Ивановской области,
г. Иваново

Охрана и укрепление здоровья детей и подростков — одно из актуальных медико-социальных направлений гигиенической науки и во многом определяется наличием причинно-следственных связей в системе «здоровье детей — среда образовательного учреждения».

Дошкольный период развития ребенка совпадает с периодом, когда организм наиболее чувствителен к действию экзогенных и эндогенных факторов. В этот период дети продолжительное время подвергаются разнообразным психологическим и физиологическим нагрузкам, которые при неправильной организации внешней среды наносят непоправимый ущерб здоровью дошкольников. Исследования последних лет показали, что вклад неблагоприятных средовых факторов в ухудшение состояния здоровья детей составляет около 20% [1]. Актуальность этих вопросов подчеркивается данными о крайне неблагоприятном состоянии здоровья дошкольников в современных условиях, в частности:

- высокой распространенностью морфофункциональных отклонений (69,5—75,5%);
- уменьшением численности детей, физическое развитие которых соответствует паспортному возрасту (с 85 до 60%);

ГИГИЕНА



— низкими и сниженными исходными показателями развития основных двигательных качеств (у 20—50% дошкольников, причем почти у $\frac{1}{3}$ из них отмечаются неблагоприятные реакции сердечно-сосудистой системы) [4].

Цель нашей работы — изучение состояния здоровья и условий пребывания детей в ДОУ г. Иваново.

На *первом этапе* изучалась распространенность у дошкольников различных видов морфофункциональных отклонений, имеющих связь с факторами внешней среды. Анализ полученных результатов указывает на значительный удельный вес данных нарушений в структуре общей патологии (33,1—33,6% у детей 5—6 лет; 29,9—32,7% — у детей 6—7 лет). Обращает на себя внимание рост морфофункцио-

нальных отклонений с увеличением возраста детей (табл. 1): нарушения осанки увеличиваются с 7,7% у детей 5—6 лет до 10,3% в 14—15 лет; нарушения слуха — с 0,06 до 1,8%, зрения — с 5,9 до 15,9% соответственно.

Важная особенность, характеризующая состояние здоровья в современных условиях, — изменение структуры морфофункциональных нарушений у детей различного возраста. Если у дошкольников преобладают дефекты речи и отклонения со стороны ЛОР-органов, у старших школьников на первое место выходят нарушения со стороны зрения, нервной и пищеварительных систем. Кроме того, в динамике последних лет удельный вес этих нарушений имеет тенденцию к увеличению (табл. 2).

При сравнительном анализе структур хронической заболева-

Таблица 1

**Удельный вес выявленных нарушений
у детей при профилактических осмотрах, %**

Возрастные группы, лет	Осмотрено детей	Нарушения				Сколиоз
		слуха	зрения	речи	осанки	
5—6	8068	0,06	5,9	19,3	7,7	0,6
6—7	7860	0,2	6,9	15,4	9,3	0,9
7	7783	0,1	6,6	7,5	9,2	1,6
9—11	10 155	0,2	10,6	1,9	10,4	3,1
14—15	1444	1,8	15,9	0,3	10,3	5,5

Таблица 2

**Динамика выявленных нарушений
у дошкольников в 2005—2007 гг.**

Год проведения осмотра	Нарушения (дефекты), %						
	слуха	зрения	речи	осанки	нервной системы	ЛОР-органов	пищеварительной системы
2005	0,2	5,2	19,6	7,4	3,5	8,9	2,3
2006	0,1	5,9	20,6	7,5	3,6	9,1	2,5
2007	0,06	6,9	19,9	7,7	4,0	9,2	2,9

емости и функциональных нарушений выявлено выраженное опережение распространения функциональных отклонений по сравнению с хронической патологией. Данный факт прогностически неблагоприятный в отношении накопления потенциала здоровья в ближайшие годы.

Таким образом, к особенностям формирования здоровья в настоящее время можно отнести:

- ухудшение состояния здоровья детей (уменьшение количества здоровых и увеличение количества больных детей);
- выраженное нарастание функциональных нарушений среди детей и подростков;
- изменение структуры морфофункциональных отклонений.

Перечисленные феномены — отражение негативного влияния комплекса социальных и эколого-гигиенических факторов, среди которых наиболее значимые

для дошкольников — факторы внешней среды в ДОУ.

Учитывая эти данные, *второй этап* исследования был связан с изучением факторов внешней среды дошкольников г. Иваново. Всего обследовано 23 ДОУ.

В блок санитарно-гигиенических требований, связанных с пребыванием в ДОУ и использованных при оценке средовых факторов, вошли следующие:

- обеспечение благоприятного микроклимата (особенно в осенне-зимний и весенний периоды);
- достаточная естественная и искусственная освещенность;
- правильно подобранная мебель;
- обеспечение рационального питания.

Указанные факторы оценивались в соответствии с СанПиН 2.4.1.1249-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к ус-

тройству, содержанию и организации работы дошкольных образовательных учреждений».

Одним из важных средовых факторов, оказывающих влияние на работоспособность, самочувствие и состояние здоровья детей, является воздушно-тепловой режим помещений. Температура в помещениях групп колебалась от 16 °С до 22 °С и в 30% случаев не соответствовала норме. К концу дня температура в указанных помещениях достигала 19—23 °С. Очень часто температура воздуха не дифференцировалась в зависимости от назначения помещения и возраста детей.

Относительная влажность воздуха определялась в пределах 25—80% в период приема детей и 35—87% в конце дня. В 45% случаев она не соответствовала гигиеническим нормативам. Сочетание повышенной температуры и влажности воздуха к концу смены может привести к затруднению отдачи тепла организмом, что неблагоприятно отражается на тепловом состоянии детей, снижая их физиологические функции. Сочетание низкой температуры и высокой влажности характеризует данный режим как охлаждаемый, такие условия способствуют быстрой потере тепла и переохлаждению ребенка. При низких значениях влажности велика опасность накопления в воздухе микрочастиц с высоким электростатическим зарядом, спо-

собных адсорбировать различные частицы пыли, химические вещества и обладающих аллергизирующими свойствами.

Естественное освещение оказывает активное биологическое воздействие на организм ребенка, способствуя его нормальному росту и развитию, положительному психологическому состоянию, улучшению иммунобиологической реактивности. Огромно значение света в профилактике зрительного утомления и наиболее распространенных расстройств зрения, в частности близорукости, так как именно в этом возрасте формируется рефракция глаза, влияющая на уровень зрительных функций и зрительную работоспособность. Поэтому в помещениях для детей и подростков должны быть созданы оптимальные условия освещения. Гигиеническими нормативами предусматриваются следующие величины показателей естественного освещения в групповых комнатах: световой коэффициент (СК)* — 1:4—1:5 и коэффициент естественной освещенности (КЕО)** — 1,5%; в спальнях

* СК — показатель естественного освещения помещений, представляющий собой отношение площади остекленной поверхности окон к площади пола.

** КЕО — отношение естественной освещенности, создаваемой внутри помещения светом, прошедшим через световой проем, к значению наружной горизонтальной освещенности под открытым небосводом (участие прямого солнечного света в создании той или другой освещенности исключается).

СК — 1:6—1:7, КЕО — 1%. По данным наших исследований, показатели естественной освещенности в большинстве дошкольных учреждений соответствовали гигиеническим нормативам (96% случаев). Источники искусственного освещения в помещениях ДОУ — различные виды ламп. Фактические данные свидетельствуют о снижении уровня освещенности почти в половине обследованных ДОУ.

Естественный воздухообмен в групповых и спальных комнатах по измерению коэффициента аэрации* в 94% замеров соответствовал гигиеническим нормативам. Однако режимы проветривания помещений соблюдались не всегда.

Оснащение ДОУ мебелью, соответствующей гигиеническим требованиям, — одно из условий профилактики нарушения осанки. Набор мебели для ДОУ обусловлен спецификой учебно-воспитательного процесса и включает предметы различного функционального назначения. Мебель должна соответствовать антропометрическим показателям ребенка и современным физиологическим и эргономическим требованиям. Особенно важно соответствие размеров мебели длине тела и пропорциям ребенка. Нарушение

этого приводит к вынужденному положению тела и неудобной позе и служит причиной развития нарушений со стороны органов зрения и опорно-двигательного аппарата. В наших исследованиях мебель в 35% случаев не соответствовала росту детей, часто отсутствовала маркировка. Дистанция спинки, сиденья и дифференция (соотношение высоты стола и стула) не выдерживались для каждого конкретного ребенка.

Нарушения в питании могут приводить как к выраженным формам проявления болезней питания, так и к ухудшению показателей физического и умственного развития, снижению сопротивляемости организма и увеличению заболеваемости [2, 3]. Оценка качества питания проводилась путем анализа суточного набора продуктов, их соответствия натуральным нормам и расчетным методам по меню-раскладке. Анализ химического состава среднесуточных рационов выявил их нутриентную дефицитность (табл. 3).

Общий белок составил 78,9% от рекомендуемых норм потребления. Низкое потребление продуктов животного происхождения, сливочного масла подтверждает недостаточность липидов в целом (80,5%) и жиров растительного происхождения в частности (в 3 раза ниже рекомендуемой нормы). Содержание углеводов в рационе составило в среднем 86,2% от

* Коэффициент аэрации — отношение площади проемов всех действующих фрагм (форточек) к площади пола.

Таблица 3

Суточный рацион питания дошкольников

Показатели	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал	Витамины		Минеральные вещества, мг		
					С, мг	А, мкг	кальций	фосфор	железо
Рекомендуемые нормы	68	68	272	1970	50	700	1000	1350	10
Данные раскладки	53,7	54,8	234,5	1568	37	430	676	1102	8
Соблюдение рекомендуемых норм, %	78,9	80,5	86,2	79,59	74	61,4	67,6	81,6	63

норм питания. Обеспеченность рациона минеральными веществами характеризовалась дефицитом кальция и фосфора (соответственно 67,6 и 81,6% от рекомендуемых норм). В связи с малым содержанием в рационе детей овощей и фруктов содержание витамина С составило 74% от возрастной нормы.

Недельная структура фактического набора продуктов отличалась недостаточностью многих жизненно важных элементов (см. схему).

В рационах детей дошкольного возраста часто отсутствуют кисломолочные продукты, напитки, сыры. Дети недополучают такие

важнейшие продукты питания, как свежие овощи (62,4% от рекомендуемых норм питания), молоко (57,6%), творог и сметана (57%), рыба (64,8%), сливочное масло (78,8%). Дефицит этих продуктов восполняется многообразием мучных, крупяных и кондитерских изделий (147%). Зачастую натуральные продукты заменяются консервированными. Недостаточно используются принципы замены отсутствующих продуктов равноценными.

Таким образом, условия пребывания детей в ДОУ г. Иваново зачастую не отвечают гигиеническим требованиям к воздушно-тепловому, световому режиму

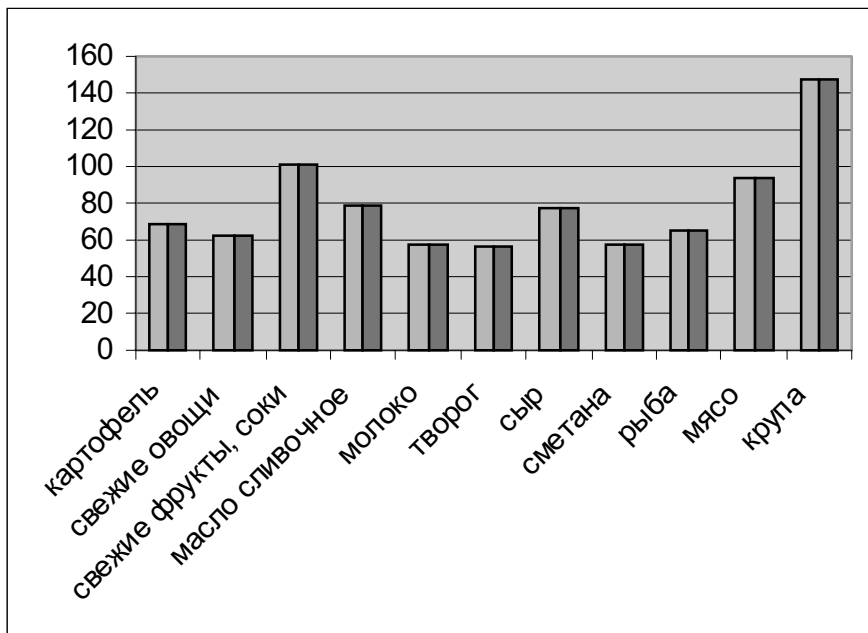


Схема. Недельная структура суточного набора продуктов

и мебели, что может отрицательно сказаться на состоянии здоровья детей, привести к увеличению риска заболеваний опорно-двигательного аппарата и органов зрения. Питание детей является дефицитным как в качественном, так и в количественном отношении, несбалансированным по нутриентному составу, что может негативно отразиться на процессах роста и развития детского организма, привести к снижению адаптационных резервов и ухудшению состояния здоровья.

Литература

1. Кучма В.Р. Медико-профилактические основы обучения и воспитания детей. М., 2005.

2. Мосов А.В. Опыт формирования рационов питания детей и подростков в образовательных учреждениях // Мат-лы X Всерос. съезда гигиенистов и санитарных врачей. М., 2007.

3. Онищенко Г.Г. Итоги и перспективы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации // Мат-лы X Всерос. съезда гигиенистов и санитарных врачей. М., 2007.

4. Онищенко Г.Г., Баранов А.А., Кучма В.Р. Безопасность будущего детей России. Научно-методические основы подготовки плана действий в области окружающей среды и здоровья наших детей. М., 2004.

Тренинг по проблемам оздоровительного питания в ДОУ

Минаева Ю.И.,
старшая медсестра;

Пожидаева С.В.,
старшая медсестра д/с комбинированного вида № 25 «Солнышко»,
п. Пойковский Нефтеюганского р-на, ХМАО – Югра

Правильно организованное питание в условиях детского сада и семьи позволяет добиться хороших результатов в охране здоровья детей и снизить заболеваемость. В нашем ДОУ при организации оздоровительного питания детей, живущих в северном районе и испытывающих недостаток витаминов (использован опыт ДОУ г. Челябинска), были сформированы следующие группы:

- с заболеваниями желудочно-кишечного тракта;
- патологией сердечно-сосудистой системы;
- часто и длительно болеющие;
- с заболеваниями нервной системы;
- нарушением зрения;
- аллергическими заболеваниями, атопическим дерматитом.

Медицинскими работниками совместно с шеф-поваром и при участии родителей была составлена циклограмма курсов оздоровительного питания с учетом сезонных обострений заболеваний в течение года по месяцам. Курс оздоровительного питания проводится в промежутках между основными приемами пищи (в 10 ч

30 мин между завтраком и обедом). Водолечение проводится за 30 мин до основного приема пищи. Детям, заболевшим во время курса, предлагается продлить его в домашних условиях.

За несколько дней до начала курса оздоровительного питания информация доводится до сведения родителей: вывешивается объявление, в котором указывается длительность курса, какое питание будет принимать ребенок, какое действие оказывает оно на организм, рецепт его приготовления и состав продуктов. Утром и вечером проводятся беседы о ежедневном посещении детей детского сада для повышения эффективности проводимого курса. Предварительно уточняется список детей с проявлениями аллергии на какие-либо продукты, который доводится до сведения поваров и воспитателей групп. Для детей-аллергиков делается замена продуктов, например, мед заменяется на сахар или сгущенное молоко. В пищеблоке под контролем старшей медсестры готовятся салаты, биостимуляторы

в строгом соответствии с технологией обработки продуктов и рецептурой приготовления. Также активно включены в процесс организации оздоровительного питания младшие воспитатели: они сервируют столы, раскладывают блюда. Воспитатели рассказывают детям, насколько полезно данное блюдо, какие витамины в нем содержатся, устраивают дегустации.

В истории развития ребенка (ф-026-У) перед проведением курса оздоровительного питания делается запись о назначении, а по окончании курса — отметка о проведении его с указанием особенностей самочувствия ребенка, если таковые были.

При осуществлении оздоровительных программ, проводимых в ДОУ, особое значение приобретает проблема сотрудничества и совместной работы детского сада и семьи. Особенно это касается оздоровительного питания, ведь если в семье не поддерживается диета, необходимая ребенку, если родители безответственно относятся к тому, какие продукты ребенок употребляет, работа детского сада в этом направлении теряет всякий смысл. Вот почему так важно создать единое питание дома и в детском саду.

Для достижения этой цели используются разные методы: наглядная информация, индиви-

дуальная работа, различные дегустации. Часто родители, имея хорошие теоретические знания в области здорового детского питания, не могут применить их на практике, объясняя это большой занятостью, неумением готовить и другими причинами. Некоторые родители считают, что достаточно того, что оздоровительные программы действуют в пределах детского сада. Здесь на помощь приходит такая эффективная форма гигиенического воспитания, как **тренинг**.

Тренинг — это активная форма взаимодействия с родителями. Он позволяет им раскрепоститься и общаться в неформальной обстановке, раскрыть свои способности, овладеть необходимыми знаниями и практическими навыками. Наш опыт показывает, что посещаемость тренингов родителями составляет 90%. Необходимо обязательно отслеживать результаты тренингов, устраивать дегустации, праздничные награждения родителей в различных номинациях, всячески поощрять их активность, настраивать на необходимость обеспечения ребенку оздоровительного питания и в домашних условиях. Постепенно родители сами становятся инициаторами такого общения. Приветствуется подключение к тренингам не только мам, но и других членов семьи — пап, бабушек.

Сценарий тренинга «Здоровячок»

Цели: обучение родителей практическим навыкам приготовления диетических блюд в домашних условиях; обеспечение единого диетического питания в условиях семьи и детского сада.

Оборудование

1. Технологические карты — памятки с рецептами и советами (по количеству участников).

2. Фартук, косынка, сменная обувь (по количеству участников).

3. Кастрюли, противень, ножи, ложки, лопатка, сито, прихватки для горячих кастрюль.

4. Часы.

5. Кухонные полотенца (по количеству участников).

Продукты: мясной говяжий бульон, отварное мясо, лук, морковь, картофель, сливочное масло, крупа овсяная, соль, сметана, яйца вареные, фарш из говядины, свекла отварная, размоченный чернослив, яблоки, брусника, сахар, диетические отруби «Виталак».

Предварительная работа

1. Формирование группы детей с дискинезией желчевыводящих путей.

2. Приглашение родителей на тренинг.

3. Согласование с родителями вопросов заготовки продуктов для тренинга.

Участники тренинга: приглашенные родители, повар, старшая

медсестра (диетсестра), воспитатель группы.

Место проведения тренинга: пищеблок ДОУ.

Примечание: до прихода родителей все продукты и посуда в пищеблоке убираются в закрытые шкафы, для приготовления используется только инвентарь, принесенный участниками тренинга. По окончании тренинга работниками пищеблока проводится санитарная обработка столов, раковин, ветоши, печей, пола в пищеблоке. Одновременное приготовление пищи в соответствии с меню ДОУ и проведение тренинга не допускается.

Ход тренинга

Родители собираются, готовятся к занятию и сопровождают на пищеблок. Знакомятся с поваром.

* * *

Медсестра. Сегодня мы с вами поучимся готовить диетические блюда в домашних условиях. Это не так сложно, как кажется на первый взгляд. Но такое питание необходимо ребенку с дискинезией желчевыводящих путей, и мы с вами должны его обеспечить, чтобы избежать обострений заболевания. Секретами диетической кухни с нами поделится повар Валентина Михайловна. Это она готовит для ваших малышей диетическое питание.

Повар. Начнем приготовление обеда с десерта, чтобы к на-

чалу обеда он хорошо остыл. На десерт у нас кисель из брусники (клюквы) и печеное яблоко с сахаром.

Яблоки моем в проточной воде, удаляем семенные гнезда, образовавшееся отверстие заполняем сахаром (можно положить ягоды брусники или клюквы, творог и посыпать сахаром). Выкладываем яблоки на противень, подливаем небольшое количество воды и запекаем в духовом шкафу 15—20 мин (в зависимости от сорта яблок). Также печеные яблоки можно приготовить и в микроволновой печи за 5 мин. Пока запекаются яблоки, приготовим кисель (технологическая карта № 4).

Клюкву (бруснику или красную смородину) перебираем, моем, протираем. Отжимаем сок и процеживаем. Мезгу (выжимки) заливаем горячей водой (на одну часть мезги 5—6 частей воды), провариваем при слабом кипении 10—15 мин, снимаем с огня и процеживаем. Часть отвара отливаем в стакан и охлаждаем. Крахмал разводим охлажденным отваром — на 1 часть крахмала 5 частей отвара. В остальную часть отвара добавляем сахар, доводим до кипения и при помешивании вводим подготовленный крахмал. Полученную смесь при постоянном помешивании вновь доводим до кипения и добавляем отжатый сок. Готовый кисель снимаем с огня и охлаждаем.

Теперь приступим к приготовлению 2-го блюда — зразы рубленые с яйцом (технологическая карта № 2).

Котлетную массу можно приготовить из мяса говядины, оленины, сохатины. Вареные яйца рубим. Котлетную массу разделяем на небольшие порции. Каждую порцию формуем в виде лепешки толщиной 1 см. На середину каждой лепешки кладем фарш из рубленых яиц. Края лепешки соединяем, придаем овально-приплюснутую форму. Подготовленные таким образом зразы выкладываем на смазанный маслом противень и запекаем в духовом шкафу.

Пока зразы запекаются, приготовим овсяный суп со сметаной (технологическая карта № 1).

Лук мелко рубим, морковь нарезаем мелкими кубиками. Все это пассеруем на сливочном масле. Картофель нарезаем мелкими кубиками. В кипящий мясной бульон (для него можно использовать мясо говядины, оленины, сохатины, жеребятины) кладем подготовленную крупу, картофель, пассерованные овощи и варим до готовности. За 5 мин до окончания варки кладем лавровый лист, небольшое количество зелени (укроп, петрушку). Перед окончанием варки кладем сметану, отварное нарезанное мясо, доводим суп до кипения и снимаем с огня.

М е д с е с т р а. Сейчас нам необходимо приготовить диетические отруби «Виталакс», обогащен-

ные зародышевыми хлопьями. «Виталакс» можно приобрести в аптеке, обязательно надо смотреть срок годности продукта. Отруби приготавливаем согласно рекомендациям, указанным на упаковке. В зависимости от состава рецептура приготовления может быть разная. Будьте внимательны!

Готовят отруби согласно указанной рецептуре.

П о в а р. Пока суп остывает, приготовим гарнир к зразам. К мясным блюдам лучше подавать гарнир из отварных овощей. Сегодня мы будем готовить отварную свеклу с черносливом (технологическая карта № 3). Отварную свеклу чистим и нарезаем соломкой. Чернослив перебираем, промываем, заливаем горячей водой и оставляем до полного набухания и остывания. Удаляем из плодов косточки. Подготовленный чернослив мелко нарезаем, соединяем со

свеклой, слегка солим. Можно приготовить салат нежирной сметаной.

Вот наш диетический обед готов!

Во время приготовления блюд медсестра (диетсестра) рассказывает о полезном влиянии этих блюд на организм ребенка.

М е д с е с т р а. Как раз наступило время принять диетические отруби «Виталакс». Пока мы сервируем стол, пройдет достаточное время до начала обеда.

Участники тренинга принимают «Виталакс», начинается сервировка стола. Все блюда раскладываются на красивые тарелки. Так как у детей с дискинезией желчевыводящих путей часто бывает снижен аппетит, стол сервируется по всем правилам (внешний вид блюда не менее важен, чем его вкусовые качества). Все участники тренинга приглашаются к столу. Начинаются дегустация блюд, обмен впечатлениями, обмен рецептами диетических блюд.

Каждому участнику тренинга вручается памятка-рецептура.

.....
Предлагаем вашему вниманию книгу серии «Учебное пособие»



ОСНОВЫ СЕНСОРНОЙ ФИЗИОЛОГИИ

Авторы — Лупандин В.И., Сурнина О.Е.

Обложка, 228 с. Формат 84×108/32

Учебное пособие посвящено общим вопросам сенсорной физиологии, а также рассмотрению структуры и функции отдельных сенсорных систем. Основное назначение пособия — в определенной мере компенсировать дефицит учебной литературы по сенсорной физиологии. Предназначается для студентов биологических и психологических специальностей университетов; может быть рекомендовано для студентов и аспирантов медицинских институтов, специализирующихся в области офтальмологии, сурдологии, невропатологии и психиатрии.

Региональные особенности физического развития детей, посещающих ДОУ

Коломийцева Н.С.,

канд. пед. наук., доцент, Адыгейский государственный университет, г. Майкоп

Физическое развитие на сегодняшний день — одно из основных критериев развития ребенка [3]. Прежде всего это касается соответствия массы тела его длине. Несмотря на то, что определению нормативных показателей, характеризующих физическое развитие здорового ребенка, посвящено немало работ, такого рода исследования до сих пор остаются актуальными. Связано это с тем, что на физическое развитие ребенка оказывают влияние как постоянно протекающие процессы общего характера (акселерация и децелерация), так и региональные факторы, связанные с климато-географическими, экологическими, социальными условиями. Вместе с тем известно, что рост и развитие ребенка — неравномерный процесс, характеризующийся периодами ускорения и замедления. При этом считается, что этапы ускоренного роста ребенка являются периодами, когда его организм наиболее уязвим. Эти периоды специалистами определяются как критические [7, 13].

В задачу нашего исследования входили разработка и экспери-

ментальная проверка эффективности методики физкультурно-оздоровительной работы с детьми 3—7 лет в режиме детского сада. Работа проводилась в три этапа на базе дошкольных учреждений г. Майкопа (ДОУ № 55, СОШ № 9, ДОУ «Радуга»).

В основу данной методики положен комплексный подход и принцип избирательного воздействия на ту или иную форму проявления физического качества. Для каждого учебного занятия подбирались упражнения, направленные на развитие всех двигательных качеств, которые для удобства планирования и построения занятий объединялись по направленности воздействия в три группы. Занятия проводились 3 раза в неделю, в каждое из них поочередно включались группы упражнений, направленные на развитие определенных двигательных качеств.

Кроме основных трех учебных занятий, проводимых через день (понедельник, среда, пятница), организовывались два дополнительных (во вторник и четверг, во время утренней прогулки). Продолжительность, интенсивность

учебных занятий и двигательных прогулок была таковой: младшая группа (3—4 года) — 20—25 мин, средняя группа (4—5 лет) — 25—30 мин, старшая группа (5—6 лет) — 30—35 мин, подготовительная к школе группа (6—7 лет) — 35—40 мин. Были определены режим работы на солевых дорожках, схема закаливания, использовались фиточаи.

Дети экспериментальной группы на протяжении всего года находились в облегченной одежде, дневной сон, независимо от температуры воздуха, не предполагал пижамы или теплой одежды. В зимнее время — сон с открытыми окнами. Ежедневно в теплое время года (поздней весной, летом, ранней осенью) во второй половине дня на прогулке дети ходили босиком в течение 20—30 мин. При этом использовалась «дренажная дорожка», выложенная из камешков, шириной 50 см и длиной 3 м. Зимой, ранней весной и поздней осенью дети ходили босиком в помещении группы, использовались «рижский брод» и солевая дорожка. «Рижский брод» оборудован в спортивном зале и представляет собой выложенный камнем бассейн 1,5×1,5 м, дно которого выстлано мелкими камешками и заполнено водой (высота 12—15 см). На протяжении всего эксперимента температура воды в бассейне постепенно снижалась (с 36 °С до 24 °С). Вдоль всей стены спортивного зала проложена «солевая

дорожка» (из крупной соли) шириной 50 см. Хожение по ней осуществлялось в разном темпе в игровой форме («Мишка косолапый», «Зайчик-попрыгунчик» и т.д.).

Педагогический и медицинский контроль проводился для определения адекватности физической нагрузки физиологическим возможностям организма дошкольника.

В исследовании участвовали 82 ребенка в экспериментальной группе, 104 — в контрольной. Возраст детей в начале эксперимента — 3 года (вторая младшая группа), в конце эксперимента — 7 лет.

Экспериментальная группа занималась по разработанной нами методике физкультурно-оздоровительной работы в ДОУ, контрольная — по общепринятой методике дошкольного физического воспитания, в соответствии с требованиями «Программы воспитания и обучения в детском саду», рекомендациями по экспертизе образовательных программ для дошкольных учреждений РФ (методическое письмо Министерства образования России от 24.04.95 г. № 46/19-15).

Контрольное тестирование и медицинское обследование проводилось 3 раза в год: в октябре, феврале и апреле. Перед тестированием детей предварительно знакомили с методикой выполнения тестовых заданий.

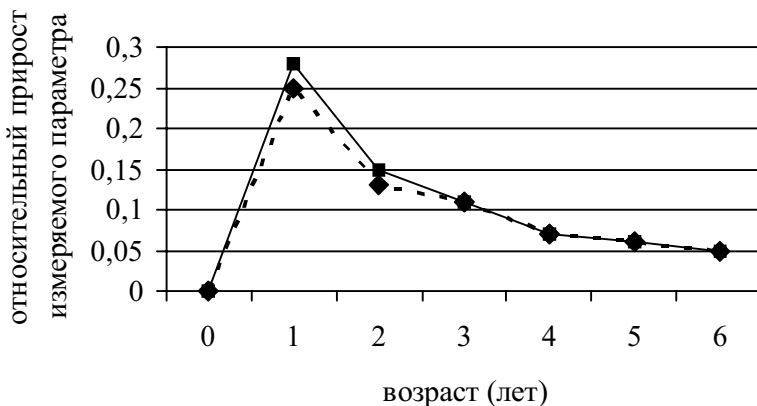
В начале и конце года по всем показателям антропометрических

данных статистически достоверных различий между воспитанниками экспериментальной и контрольной групп не наблюдалось.

Исследование динамики антропометрических показателей детей указывает на очевидную неравномерность физического развития ребенка в разные периоды онтогенеза. Ростовое ускорение («первое вытяжение»), по исследовательским данным [8], наблюдается в возрасте от 4 до 5,5 лет. Мы также обнаружили второе ростовое ускорение в возрасте 6 лет в обеих группах. Следует отметить, что прирост в экспериментальной группе составил 9 см, а в контрольной — 5. По мнению Ю.Е. Вельтищева [4], второе ростовое ускорение обнаруживается далеко не всегда. Действительно, обследование детей (усредненные

данные по России, представленные в работе А.Н. Мартинчик и А.К. Батурина [9]), не выявило существенных изменений в темпах роста у дошкольников и наличия второго ростового ускорения в дошкольном возрасте (рис. 1). Это, на наш взгляд, можно объяснить усреднением показателей разных регионов.

Судя по различным данным, время формирования второго ускорения и его выраженность в разных регионах имеют свои особенности. А поскольку периоды наиболее интенсивного роста — это периоды повышенного риска возникновения расщеплений в развитии различных систем и снижения адаптивных возможностей организма, в нашем регионе следует уделять более пристальное внимание детям 6 лет (рис. 2).



Примечание: —◆— мальчики
—■— девочки

Рис. 1. Темпы прироста длины тела у детей первых 6 лет жизни (усредненные данные по России)

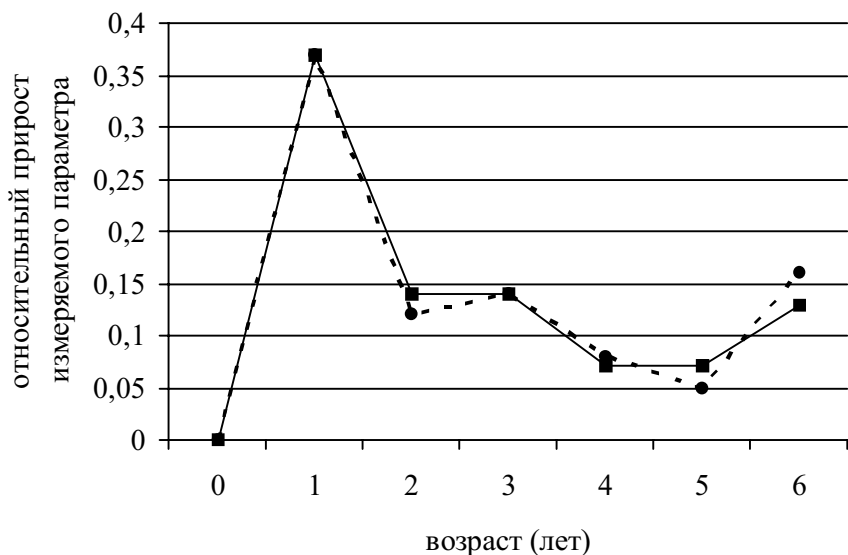


Рис. 2. Темпы прироста длины тела у детей первых 6 лет жизни (данные, полученные в ходе педагогического эксперимента)

Мы отметили, что увеличение длины тела и соответственно массы ребенка есть непрерывный процесс. Однако на этом фоне отмечаются периоды «округления», когда происходит относительно быстрое наращивание массы (например, в 3—4 года), и «вытягивания», когда прирост длины тела опережает прирост массы (например, 6 лет). Причем, эти показатели в экспериментальной группе опережают показатели контрольной группы (с $20,0 \pm 2,1$ кг до $21,2 \pm 2,4$ кг в экспериментальной группе и с $20,1 \pm 1,9$ кг до $20,9 \pm 2,3$ кг в контрольной). Во всех возрастных группах наблюдалось достоверное изменение массы тела от начала к концу года. Исключе-

ние составили дети 6—7 лет контрольной группы, где прирост массы тела в течение года был незначительным (недостоверным — 0,8 кг). Это еще раз подтверждает, что в любом возрастном периоде констатация вступления ребенка в фазу интенсивного вытягивания должна считаться признаком вероятного снижения физической и психической выносливости, повышенного риска возникновения заболеваний. Поэтому критическим периодом развития ребенка следует считать именно период вытягивания, когда прирост длины тела опережает прирост его массы. Согласно этому подходу критическим периодом для детей нашего региона (по результатам соб-

Таблица 1

**Показатели массы тела (в кг)
детей обеих групп в динамике года**

Возраст, лет	Период	Группа	
		экспериментальная n = 82 M ± σ	контрольная n = 104 M ± σ
3	начало года	13,7 ± 1,3	13,5 ± 1,7
	конец года	15,9 ± 1,4*	15,9 ± 1,3*
4	начало года	16,1 ± 1,6	15,9 ± 1,3
	конец года	18,6 ± 1,8*	17,0 ± 1,9*
5	начало года	18,9 ± 1,9	18,6 ± 1,9
	конец года	19,6 ± 2,1*	20,0 ± 2,3*
6	начало года	20,0 ± 2,1	20,1 ± 1,9
	конец года	21,2 ± 2,4	20,9 ± 2,3
7	начало года	23,7 ± 3,0	22,2 ± 2,8
	конец года	23,9 ± 2,6	23,0 ± 2,7

* Различия достоверны ($p < 0,05$).

ственных исследований) необходимо считать возраст 6 лет (как в контрольной, так и в экспериментальной группах), поскольку в этом возрасте наблюдается интенсивное вытягивание (в среднем на 8 см). Такая прибавка длины тела обычно наблюдается на первом году жизни и в пубертатный период. Видимо, с этим связано и незначительное прибавление массы тела в возрасте 6 лет (в среднем около 1 кг). Причем дети контрольной группы прибавили меньше, чем их сверстники из экспериментальной группы. На наш взгляд, дети

контрольной группы использовали резерв организма на стадии вытягивания, а дети экспериментальной группы за счет повышения адаптивных возможностей вошли в этот период с меньшими потерями массы тела.

Кроме того, по нашим данным, максимум стадии округления у детей нашего региона приходится на возраст 3—4 года (кроме первого года жизни) (рис. 3—4). Мы считаем, что этот этап округления отражает процесс накопления резервов для реализации следующей стадии вытягивания. Как следует из наших исследо-

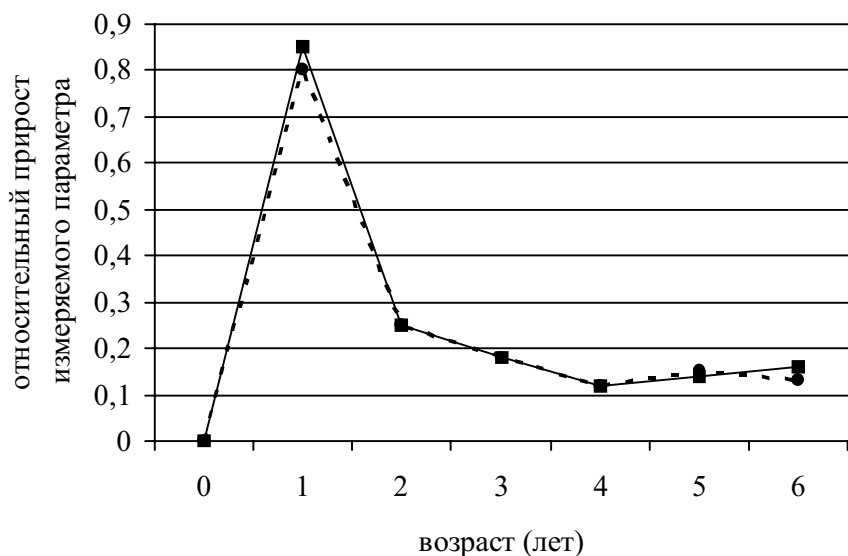


Рис. 3. Темпы прироста масса тела у детей первых 6 лет жизни (усредненные данные по России)

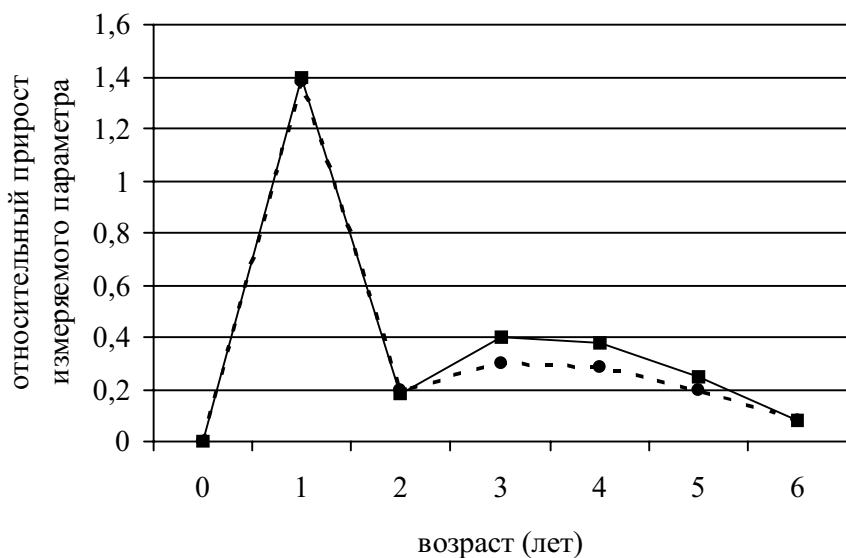


Рис. 4. Темпы прироста массы тела у детей первых 6 лет жизни (данные, полученные в ходе педагогического эксперимента)

ваний, максимум стадии вытягивания приходится на шестой год жизни.

Таким образом, различные подходы к определению критических периодов развития ребенка приводят к разным выводам. Исходя из скорости прироста абсолютных значений основных антропометрических показателей, следует в качестве критических выделять первый, четвертый и шестой годы жизни. Если же основываться на весо-ростовых соотношениях, то критическим периодом является,

по-видимому, весь интервал во второго по шестой годы жизни. Полученные нами результаты позволили выявить региональные особенности физического развития детей республики Адыгея. Второе ростовое ускорение в республике не имеет различий по половому признаку и приходится на шестой год жизни (см. рис. 1—2). Данные таблиц этого исследования могут использоваться как стандарты антропометрических параметров детей первых 7 лет жизни.

Таблица 2

Динамика изменения показателей окружности грудной клетки (в см) детей дошкольного возраста контрольной и экспериментальной групп в течение года

Возраст, лет	Период	Группа	
		экспериментальная n = 82 M ± σ	контрольная n = 104 M ± σ
3	начало года	49,6 ± 2,1	50,2 ± 0,6
	конец года	51,4 ± 1,6*	52,6 ± 1,0*
4	начало года	51,4 ± 2,3	52,6 ± 0,8
	конец года	53,2 ± 2,3*	53,3 ± 2,8*
5	начало года	54,1 ± 3,0	54,6 ± 2,3
	конец года	56,8 ± 2,4*	56,2 ± 2,6*
6	начало года	55,0 ± 2,6	55,2 ± 2,5
	конец года	56,1 ± 1,2	56,3 ± 2,5*
7	начало года	59,3 ± 3,2	59,7 ± 3,0
	конец года	62,0 ± 1,5	61,3 ± 3,0

* Различия достоверны (p < 0,05).

Критическим периодом раннего онтогенеза следует считать шестой год жизни — период вытягивания, когда ростовое ускорение опережает прирост массы тела. Кроме того, на наш взгляд, важными этапами в раннем онтогенезе становятся периоды округления, поскольку отражают процесс накопления резервов для реализации следующей стадии вытягивания, в нашем случае это 3—4 года (см. рис. 3—4). Сравнивая этапы вытягивания и округления, следует признать, что эти периоды развития принципиально отличаются друг от друга по лежащим в их основе процессам. Первый характеризуется расходом резервов организма, а второй — их накоплением.

Результаты проведенного годичного обследования антропометрических показателей согласуются с данными ряда авторов и соответствуют средним стандартным показателям для данного возраста [10, 11].

Как видно из табл. 1 и 2, за наблюдаемый период нами отмечены существенные сдвиги по большинству показателей у детей и контрольной и экспериментальной групп.

В экспериментальной группе статистически достоверные изменения произошли в показателях длины тела практически во всех возрастных группах; массы тела (кроме детей 6, 7 лет, где $p > 0,05$); обхвата грудной клетки (кроме детей 6 лет, где $p > 0,05$).

В контрольной группе за это же время статистически достоверные изменения отмечены в длине и массе тела (кроме детей 6, 7 лет, где $p > 0,05$) и обхвате грудной клетки (кроме детей 7 лет, где $p > 0,05$).

Рассматривая результаты, характеризующие степень гармоничности развития, мы видим явное различие в процентном отношении между показателями у детей экспериментальной и контрольной групп. По степени гармоничности дети были отнесены к группам физического развития:

- гармоничное;
- дисгармоничное;
- резко дисгармоничное.

Для оценки гармоничности физического развития мы использовали центильные графики, находя центиль, соответствующий длине тела ребенка определенного пола и возраста, и центиль, соответствующий массе ребенка; используя таблицу характеристик физического развития, проводили оценку [12]. В контрольной группе до и после эксперимента это соотношение практически не изменялось: с 68% гармонично развитых детей до 70%; когда в экспериментальной группе процент гармонично развитых детей вырос с 69,25% до 83%; процент детей с дисгармоничным физическим развитием снизился в контрольной группе с 20 до 19%, а в экспериментальной — с

21 до 15%. Эффективность используемой нами методики доказывается снижением в экспериментальной группе детей с резко дисгармоничным физическим развитием — с 9 до 2%, тогда как в контрольной группе — с 12 до 9,5%. В результате в экспериментальной группе по окончании эксперимента увеличилось количество детей с гармоничным развитием, а с резко дисгармоничным — уменьшилось.

Кроме того, в результате наших исследований у детей экспериментальной группы, по сравнению с контрольной, значительно улучшились показатели основных соматометрических признаков. В экспериментальной группе из 17 чел. с различными изменениями осанки к концу года были сняты с учета 5 чел. с определением «нормальная осанка». В то же время в контрольной группе в конце года количество детей с изменением осанки увеличилось (было 18, стало 19 чел.).

На начало эксперимента среди детей контрольной и экспериментальной групп были выделены дети с избытком или дефицитом массы тела. Таковых в контрольной группе было 13 чел. с избытком и 15 — с дефицитом массы тела. В экспериментальной группе: 12 чел. с избытком и 11 — с дефицитом массы тела. В ходе эксперимента у 2 чел. из контрольной и 7 чел. из экспериментальной группы с избытком мас-

сы показатели стали соответствовать возрастной норме. Из 15 чел. контрольной группы с дефицитом массы тела шестеро человек набрали должный вес, против семерых в экспериментальной группе.

Следовательно, применяемая нами методика физкультурно-оздоровительной работы с детьми 3—7 лет в условиях ДОУ оказала благоприятное влияние на показатели физического развития детей, в частности на степень гармоничности физического развития, определила положительные сдвиги основных соматометрических признаков в экспериментальной группе и позволила максимально индивидуализировать учебно-воспитательный процесс, поэтому как современная форма занятий она имеет преимущества перед традиционными подходами.

В качестве рекомендаций в программу семинаров для воспитателей и работников по физической культуре дошкольных учреждений необходимо включить раздел «Повышение адаптивных возможностей организма дошкольников за счет комплексного развития физических качеств традиционными и нетрадиционными средствами физической культуры» со следующим примерным содержанием:

— взаимосвязь между уровнем физического развития и адаптационными возможностями детей;

- содержание и методика занятий ритмической гимнастикой для дошкольников;
- содержание и методика занятий фитбол-гимнастикой для дошкольников;
- использование элементов закаливания с целью повышения адаптивных возможностей детей;
- фитотерапия как одно из распространенных и доступных средств в профилактике заболеваний.

Литература

1. *Бальсевич В.К.* Федеральная программа развития физической культуры и формирования здорового образа жизни населения России. М., 1994.

2. *Баранов А.А.* Фундаментальные и прикладные исследования по проблеме роста и развития детей и подростков. // Сб. науч. тр. VII российского нац. конгр. «Человек и лекарство». М., 2000.

3. *Вельтищев Ю.Е., Юрьева Э.А.* О значении методов лабораторной диагностики для профилактической (превентивной) педиатрии // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2000. № 5.

4. *Вельтищев Ю.Е.* Рост ребенка. Закономерности, нормальные вариации, соматотипы, нарушения и их коррекция. М., 1998.

5. *Воронцов И.М.* Оценка антропометрических данных // Вопросы

охраны материнства и детства. 1985. № 6.

6. *Воронцов И.М., Матвеева Н.А., Максимова Т.М.* Современное состояние, тенденции и проблемы оценки физического развития детей из разных экологических и экономических районов России // Педиатрия. 1995. № 4.

7. *Воронцов И.М.* Современное состояние, тенденции и проблемы оценки физического развития детей из разных экологических и экономических районов России // Педиатрия. 1995. № 4.

8. *Мазурин А.В., Воронцов И.М.* Пропедевтика детских болезней. СПб., 2000.

9. *Мартинчик А.Н., Батулин А.К.* Рост и масса тела детей России по данным поперечного исследования 1994—1996 гг. // Гигиена и санитария. 2000. № 1.

10. *Солодков А.С., Есина Е.М.* Функциональное развитие детей дошкольного возраста // Мат-лы научн. конф. ин-та за 1997 г. СПб., 1987.

11. Физическое развитие (оценка состояния соматических систем организма человека в онтогенезе). Ростов-н/Д., 1999.

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

13. *Шамсиев С.Ш., Шабалов Н.П., Эрман Л.В.* Руководство для участкового педиатра. Ташкент, 1990.

Особенности прорезывания постоянных зубов

Богатов В. В.,
врач высшей категории, доцент;

Гаврилова О. А.,
канд. мед. наук, врач высшей категории, доцент;

Левченко О. В.,
кафедра стоматологии детского возраста ГОУ ВПО
Тверская Государственная медицинская академия,
г. Тверь

ПЕДИАТРИЯ

Диагностика и профилактика нарушений окклюзии особенно важны в период роста ребенка. Многие виды аномалий окклюзии способны при отсутствии соответствующей коррекции закрепляться на скелетном уровне, приводя к развитию тяжелых зубочелюстных аномалий и деформаций, что требует впоследствии длительного и сложного комплексного ортодонтического и хирургического лечения. Один из самых важных процессов, влияющих на формирование зубочелюстной системы и лицевого отдела черепа, — процесс прорезывания постоянных зубов, так как именно это формирует характер зубных рядов и окклюзии. Окклюзией называют характер смыкания зубных рядов в трех взаимно перпендикулярных плоскостях — сагиттальной, трансверсальной и фронтальной.

Основными признаками физиологического прорезывания постоянных зубов служат [8]:

- симметричность;
- парность;
- последовательность;
- соблюдение средних сроков.

Нарушение одного или нескольких из этих принципов приводит к нарушению физиологического прорезывания зубов и, как следствие, увеличивается риск развития зубочелюстных аномалий. Процесс прорезывания зуба также имеет свои закономерности и проходит в несколько этапов.



Прорезывание перед появлением

Движение прорезывания начинается непосредственно после начала формирования корня зуба. Однако некоторое перемещение зубного фолликула в вестибуло-оральном направлении наблюдается еще на стадии формирования коронки, но является весьма незначительным и не относится непосредственно к процессу прорезывания. Для успешного прорезывания перед появлением необходимы следующие условия:

- резорбция как кости в направлении движения зуба, так и корневой временных зубов над коронкой прорезывающегося зуба;
- путь прорезывающегося зуба должен идти в направлении резорбции.

Резорбция кости по пути прорезывания зуба и корней соответствующего временного зуба — процессы, функционирующие одновременно, но регулирующиеся различными механизмами. Таким образом, нарушения в течение одного из этих процессов не влияют на ход другого.

Резорбция корней временных зубов должна проходить равномерно, в горизонтальной плоскости. К нарушениям этого этапа относят *атипичную резорбцию*, при которой рассасывание корней временных зубов происходит неравномерно в вертикальной или сагиттальной плоскости. Клинически при данном виде резорбции наблюдается персистенция (задержка в зубном ряду) временного зуба, отсутствие или

наличие незначительной его подвижности. Предположение об атипичной резорбции корней временных зубов можно сделать на основании нарушения принципов прорезывания зубов — симметричности или сроков появления зуба в полости рта. Диагностировать атипичную резорбцию временного зуба можно на основании клинических данных, а также дополнительных методов исследования — рентгенографии. На рентгеновском снимке или визиограмме корень такого зуба будет выглядеть значительно истонченным, игловидным.

Поскольку, как упоминалось выше, резорбция корней временных зубов и кости по пути прорезывания постоянных зубов регулируется различными механизмами и может идти независимо друг от друга, постоянные зубы при атипичной резорбции могут прорезываться рядом с персистирующими временными зубами, т.е. вне зубного ряда — вестибулярно или язычно (нёбно) от соответствующего временного зуба. В результате для установления аномалийно прорезавшегося постоянного зуба в зубной ряд требуется ортодонтическое лечение. При атипичной резорбции корней временного зуба целесообразно своевременное удаление персистирующего временного зуба.

Прорезывание после появления

После появления зуба в полости рта происходит достаточно быстрое его продвижение до окклюзии-

онной плоскости, где зуб будет подвергаться жевательной нагрузке. Стадия относительно быстрого прорезывания, начинающаяся с внедрения зуба в десну до достижения окклюзионного контакта, называется «*всплеском после появления*». Следующая фаза, характеризующаяся очень медленным прорезыванием, называется «*юношеским окклюзионным равновесием*». Стадия прорезывания после появления в полости рта имеет четкий суточный ритм. Утром и в течение дня процесс прорезывания останавливается, иногда может наблюдаться даже некоторая интрузия (внедрение) зуба. Активное прорезывание наблюдается только в период с 20 часов до 1 часа ночи [13]. Такой ритм прорезывания принято связывать с циклом выброса гормонов. Прием пищи, даже в отсутствие контакта с зубами противоположного зубного ряда, не влияет на скорость прорезывания зуба.

Всплеск прорезывания часто сопровождается всплеском роста челюстей. После того как зубы достигают окклюзионной плоскости, прорезывание значительно замедляется, хотя и не прекращается совсем. Снижение скорости этого процесса связано с жевательной нагрузкой, направленной в сторону, противоположную прорезыванию. В ходе периода юношеского равновесия зубы, достигшие окклюзионной плоскости, продолжают прорезываться со скоростью, соответствующей скорости вертикального роста ветви нижней челюсти. В этот период развития нижняя челюсть опускается, создавая место для про-

резывания зубов. Контролирующим фактором при этом будет являться не процесс, усиливающий прорезывание, а, напротив, процесс, сдерживающий его. К нему относятся жевательное давление и давление мягких тканей щек, губ и языка. При отсутствии координации между прорезыванием зубов и ростом челюстей формируются тяжелые зубочелюстные деформации.

По завершении скачка роста в пубертатный период развития наступает период «*окклюзионного равновесия у взрослых*», являющийся завершающим этапом прорезывания зубов. Однако процесс прорезывания постоянных зубов не прекращается, но значительно замедляется. При потере антагониста и отсутствии ограничения жевательного давления зуб может продолжить свое прорезывание. Это явление называют *феноменом Попова — Годона*. С увеличением возраста происходит естественное стирание зубов, которое компенсируется их продолжающимся прорезыванием. Этим объясняется отсутствие снижения высоты нижней трети лица с возрастом. В случаях выраженной патологической стираемости зубов прорезывание не в состоянии компенсировать вертикальную высоту прикуса.

Формирование зубных рядов и постоянной окклюзии

Период смены временных зубов на постоянные носит название *сменного прикуса* и длится в среднем с 6 до 15 лет. Этот период условно делится на ранний

сменный прикус (сменный прикус I) и поздний (сменный прикус II).

Ранний сменный прикус начинается с прорезывания первых постоянных моляров и длится обычно с 6 до 9 лет. Прорезывание первых постоянных моляров (шестых зубов) — очень важный этап в формировании окклюзии, так как именно в этот момент происходит «взятие в ключ» постоянной окклюзии. Прорезавшись, первые постоянные моляры ограничивают длину зубных рядов. В связи с этим при ранней потере вторых временных моляров и мезиальном прорезывании первых постоянных моляров происходит укорочение зубного ряда и возникает дефицит места в зубной дуге, что приводит к развитию зубочелюстных аномалий в горизонтальной плоскости (скупченность зубов, дистопия клыков, тортоаномалии — поворот зуба вокруг своей вертикальной оси).

Не менее важно правильное соотношение прорезавшихся верхних и нижних первых постоянных моляров. Идеально соотношение, когда мезиальный щечный бугор верхнего моляра располагается в щечной фиссуре нижнего моляра, т.е. определяется наличие так называемой «*мезиальной ступеньки*», что соответствует I классу по классификации Энгля. Расположение мезиального щечного бугра верхнего первого моляра впереди щечной фиссуры нижнего одноименного зуба соответствует II классу Энгля и означает на-

личие дистальной окклюзии. Расположение мезиального щечного бугра первого верхнего моляра позади щечной фиссуры одноименного антагониста говорит о наличии III класса и соответствует мезиальной окклюзии. После прорезывания первых постоянных моляров физиологически повышается прикус, нарушение этого процесса приводит к развитию вертикальных аномалий прикуса (глубокий или открытый прикус).

Второй важный процесс, происходящий в этот возрастной период, — смена резцов. Мезиодистальные размеры постоянных резцов в норме значительно больше размеров их предшественников, в связи с чем возникает отрицательный баланс места в зубной дуге. Решить эту проблему позволяют определенные физиологические механизмы. Так, на верхней челюсти при прорезывании клыков происходит увеличение межклыкового расстояния. Кроме того, постоянные резцы прорезываются с большим наклоном по отношению к базису верхней челюсти (в норме 115°), нежели их временные предшественники, угол наклона которых в норме составляет 95° . На нижней челюсти основное увеличение длины фронтального отрезка зубной дуги происходит также за счет увеличения межклыкового расстояния — постоянные клыки прорезываются с большей дистальной ротацией, чем их предшественники [14]. Существенную роль играет и наличие трем меж-

ду временными зубами, появляющихся в период, предшествующий прорезыванию постоянных зубов.

Следует обратить внимание на положение прорезавшихся постоянных боковых резцов верхней челюсти. В период раннего сменного прикуса верхние боковые резцы располагаются с небольшим дистальным наклоном и в легкой протрузии (наклоне в вестибулярную сторону). Это обусловлено расположением зачатков постоянных клыков в челюсти и является физиологичным.

Таким образом, особенности периода раннего сменного прикуса — наличие физиологической скученности (до 2 мм в каждом квадранте), а также расположение верхних боковых резцов в легкой протрузии и с дистальным наклоном.

За периодом раннего сменного прикуса у мальчиков чаще всего следует фаза покоя, которая длится примерно с 9 до 11 лет, в этот период не происходит какого-либо значительного изменения зубных дуг и нет прорезывания зубов. У девочек сразу следом за периодом раннего сменного прикуса следует период позднего сменного прикуса.

Период позднего сменного прикуса длится в среднем до 15 лет и завершается прорезыванием вторых постоянных моляров и формированием постоянной окклюзии. В этот период происходит смена зубов опорной зоны (участка зубной дуги между дистальными поверхностями боковых резцов и мезиальными поверхностями пер-

вых моляров). Особенность позднего сменного прикуса — наличие положительного баланса места в зубных дугах, что связано с несоответствием размеров премоляров и их предшественников — временных моляров. Физиологически этот избыток места всегда закрывается за счет мезиального перемещения моляров, поэтому саморегуляции в случаях скученности зубов во фронтальном отделе никогда не происходит.

Сроки прорезывания постоянных зубов

Несмотря на достаточную вариабельность сроков и порядка прорезывания постоянных зубов, существуют определенные закономерности этого процесса, нарушения которых, в частности ретенция или преждевременное прорезывание зубов, могут привести к формированию различных аномалий прикуса и повлиять на развитие и рост зубочелюстной системы в целом.

Для выявления возрастных особенностей прорезывания постоянных зубов нами было обследовано 800 детей в возрасте 5—13 лет. В каждой возрастной группе было по 100 человек, поровну мальчиков и девочек.

Результаты проведенного обследования показали, что началом прорезывания постоянных зубов можно считать 5-летний возраст, так как у 8% 5-летних детей (2003 г.р.) были обнаружены прорезавшиеся нижние центральные резцы (6% из этих детей составляли девочки, 2% — мальчики) и у 4% (по 2% мальчиков и де-

вочек) были первые нижние постоянные моляры. Окончанием периода прорезывания постоянных зубов можно считать возраст 12—13 лет, так как среди обследованных подростков 12 лет (1996 г.р.) 92% имели сформированный постоянный прикус. Порядок прорезывания зубов: первые моляры, центральные резцы, боковые резцы, клыки, первые премоляры, вторые премоляры, вторые моляры. Сроки и порядок прорезывания третьих моляров, в связи с их высокой вариабельностью, в данном исследовании не учитывались.

Первые моляры прорезываются в период с 5 до 7 лет, центральные резцы — с 5 до 8 лет, боковые резцы — с 7 до 9 лет, клыки — в возрасте 8—10 лет, первые премоляры — в период 9—11 лет, вторые премоляры — с 10 до 11 лет, вторые моляры — в возрасте 11—13 лет. При этом у девочек прорезывание постоянных зубов начинается раньше: у обследованных 7-летних детей (2001 г.р.) было выявлено наличие первых постоянных моляров у 86%, среди них 52% девочек и лишь 34% мальчиков. Однако к середине этапа формирования постоянного прикуса половые различия в последовательности и сроках прорезывания исчезают: у 9-летних детей наличествовали клыки на обеих челюстях в 41% случаев, из них 21% девочек и 20% мальчиков. У 62% 10-летних детей выявлены прорезавшиеся клыки на верхней и нижней челюстях, по ровну у девочек и мальчиков.

Литература

1. *Алимова М.Я.* и др. Профилактика и лечение осложнений после преждевременного удаления молочных моляров // Ортодонт-инфо. 1999. № 4.
2. *Алимский А.В.* Механизм прорезывания постоянных зубов и причины формирования аномалий зубочелюстной системы // Стоматология. 2000. № 3.
3. *Аникиенко А.А., Камышева Л.И., Рогова М.Е.* Клиническое проявление и этиология нарушений прорезывания постоянных зубов // Ортодонт-инфо. 2000. № 1—2.
4. *Аникиенко А.А.* Форма и размеры зубных рядов в норме // Новое в стоматологии. 1994. № 3.
5. *Макдональд Р.Е., Эйвери Д.Р.* Стоматология детей и подростков. М., 2003.
6. *Образцов Ю.Л.* Выявление и устранения факторов риска возникновения зубочелюстных аномалий у детей. Архангельск, 1990.
7. *Профит У.Р.* Современная ортодонтия. М., 2006.
8. Руководство по ортодонтии / Под ред. Ф.Я. Хорошилкиной. М., 1982.
9. Стоматология детского возраста / Под ред. А.А. Колесова. М., 1991.
10. *Фролова М.В., Жигурт Ю.И.* Нарушение расположения зачатков премоляров в периоде сменного прикуса. Казань, 1995.
11. *Хорошилкина Ф.Я.* Ортодонтия. М., 2006.
12. *Хорошилкина Ф.Я., Точилина Т.А.* Особенности закладки и формирования постоянных зубов. М., 1982.
13. *Trentini C.J., Proffit W.R.* High resolution observations of human premolar eruption // Arch Oral Biol. 1996. № 41.
14. *Moorees C.F.A., Chadha J.M.* Available space for the incisors during dental development // Angle Orthod. 1965. № 35.

Восстановительное лечение при врожденной патологии тазобедренных суставов у детей

Никитина И. Е. ,

канд. мед. наук, Ярославская государственная медицинская академия;

Шаломина Н. П. ,

врач ЛФК, Областной врачебно-физкультурный диспансер, г. Ярославль

Врожденные и наследственные синдромы и болезни суставов у детей, выражающиеся изменением формы и функции отдельных или многих суставов, могут возникнуть как пороки развития тканевых элементов, составляющих сустав, или как результат системного поражения скелета. В первом случае речь идет о недоразвитии суставных концов костей с дисплазией суставного хряща, всего эпифиза, внутрисуставных или наружных связок, суставной капсулы и мышц, окружающих сустав.

За период с 2003 по 2006 г. значительно выросло количество грудных детей с врожденной патологией тазобедренных суставов, направленных в областной врачебно-физкультурный диспансер для консультации и восстановительного лечения. Принято по направлениям за 2003 г. 48 детей первого года жизни, в 2004 г. — 60, в 2005 г. — 155 детей, за первое полугодие 2006 г. — 122 ре-

бенка грудного возраста. Увеличение потока грудных детей связано с улучшением качества диспансеризации и выявления врожденной патологии опорно-двигательного аппарата.

Врожденный вывих в тазобедренном суставе представляет одно из наиболее частых поражений, с которыми сталкиваются ортопеды. В тех случаях, когда этот порок рано не распознают и не начинают лечить, это приводит к тяжелой инвалидности в связи с расстройством нормальной функции суставов и присоединением сложных деформаций, усугубляющихся с возрастом. Это заболевание с внутриутробными нарушениями и недоразвитием всех элементов, составляющих сустав. Раннее лечение нормализует функцию и устраняет изменения суставного хряща, эпифизов, связок и мышц.

Врожденным является не вывих, а дисплазия. Формирующийся

из дисплазии врожденный вывих бедра встречается у 5 на 1 тыс. детей; дисплазия тазобедренного сустава — у 16 на 1 тыс. новорожденных.

Для предупреждения развития истинного вывиха при дисплазии тазобедренного сустава нужна диагностическая настороженность. Кажущаяся гипердиагностика говорит о внимательности и бдительности врача. Пропущенное заболевание может сделать ребенка инвалидом на всю жизнь.

У грудных детей врожденный вывих наблюдается в виде предвывиха, подвывиха и вывиха бедренной кости. Эти разные по интенсивности формы заболевания, выявляемые морфологически, рентгенологически и клинически, объединяются общим термином «дисплазия тазобедренного сустава». Выявить степень дисплазии очень важно, так как от этого зависит выбор метода лечения, вида фиксирующего приспособления, методики и длительности восстановительного лечения. Зачастую при направлении ребенка на восстановительное лечение ортопеды не указывают степень заболевания, особенно если речь идет о предвывихе и подвывихе, в связи с чем врачам по лечебной физкультуре на основании данных обследования приходится диагностировать степень врожденного вывиха бедра самостоятельно.

Диагностика дисплазии тазобедренного сустава у грудных

детей имеет некоторые сложности. При предвывихе и подвывихе большинство симптомов совпадают. Общими из них являются:

- ограничение отведения бедра на стороне поражения;
- симптом «щелчка» в момент отведения бедра;
- асимметрия складок и наличие дополнительных складок на бедре спереди, асимметрия ягодичных складок;
- укорочение пораженной конечности;
- ограничение наружной ротации бедра.

Требуется большой навык для выявления указанных симптомов, поскольку ограничение отведения бедер может наблюдаться при спастическом параличе, физиологическом спазме мышц в первые месяцы жизни. Физиологическая ригидность мышц не бывает постоянной, иногда она преодолевается в определенные моменты, чего не бывает при дисплазии тазобедренного сустава. Симптом «щелчка» присутствует в первые дни жизни. Симптом асимметрии складок не является абсолютным признаком и наблюдается в 50% случаев. Симптом наружной ротации бедра имеет место у 40% детей с поражением тазобедренного сустава. Надо помнить, что имеющаяся возможность отведения бедра до 90° у ребенка с возрастом уменьшается и к 9 мес. доходит только до 50° .

Рентгеновскому методу исследования принадлежит значи-

тельная роль в диагностике дисплазии тазобедренного сустава у детей грудного возраста. При рентгенодиагностике заболеваний тазобедренных суставов следует учитывать, что у новорожденных отсутствуют ядра окостенения головок бедер. Невидимая хрящевая головка бедра по высоте должна быть равна ширине шейки бедра. Вертлужная впадина также является хрящевой и не дает контрастной тени. При чтении рентгенограмм особое значение придается состоянию верхнего края вертлужной впадины, взаимоотношениям ее и верхнего края бедра. Важно также учитывать расположение хрящевой головки — насколько она выше и латеральнее своего нормального положения. Для оценки рентгенограммы тазобедренных суставов у детей первого года жизни необходимо учитывать, что ядра окостенения головки бедра появляются в норме в 4—6-месячном возрасте, а при дисплазии и вывихе бедра — к 9—10 мес.

При чтении рентгенограммы на так называемый предвывих тазобедренного сустава указывает наличие асимметрии углов вертлужных впадин. В норме у новорожденного он равен $26\text{--}30^\circ$, а у 2-летнего ребенка приближается к 20° . Для врожденной дисплазии характерно увеличение угла вертлужной впадины со стороны поражения сустава, а также наличие разницы в углах с обеих сто-

рон, что свидетельствует о пороке развития таза. Позднее появление ядра окостенения и выраженная антеторсия верхнего конца бедренной кости при центрированной в суставе головке бедра — самые незначительные нарушения в области тазобедренных суставов.

Ранние симптомы нарушения развития тазобедренного сустава рентгенологически выявляются с использованием схемы Путти, затем схемы Хингельрейнера (с 4—6 мес.), у детей старшего возраста — схемы Рейнберга.

Подвывих бедра характеризуется тем, что на фоне дисплазии головка бедра смещается наружу и вверх, но не выходит за пределы лимба, оставаясь в суставе. Однако в этом случае центр головки не соответствует центру вертлужной впадины.

Вывих бедра наступает, если головка бедра смещается еще более наружу и вверх и оказывается не только децентрированной, но и вне суставной впадины, за пределами лимба.

В лечении дисплазии тазобедренного сустава особенно важно соблюдать принцип детской ортопедии — необходимость самого раннего лечения заболевания, оно резко усложняется с увеличением возраста ребенка.

При консервативном методе лечения на первый план выступает лечение положением, так как в диспансер поступают дети после консультации ортопеда. Мы контролируем уже назначенное

лечебное положение — при легкой и средней степени тяжести (предвывих и подвывих) — применение индивидуальной подушки Фрейка в первые месяцы жизни, от 6 мес. — шина Виленского при нагрузке на ноги. Лечебные укладки способствуют устранению контрактуры приводящих мышц бедра и формированию тазобедренного сустава.

Средства лечебной физкультуры при любом методе лечения дисплазии тазобедренного сустава — одно из ведущих средств комплексной терапии. Средства реабилитации, используемые при различных степенях тяжести дисплазии, — физические упражнения и массаж, дополненные физиотерапевтическими процедурами.

За три года принято 385 детей первого года жизни, из них с врожденной патологией тазобедренного сустава — 189, что составило 49% от всех принятых. Из детей с патологией тазобедренного сустава 93,1% составили дети с дисплазией тазобедренных суставов, 5,8 — с подвывихом тазобедренного сустава, 1% — с врожденным вывихом.

Необходимо дифференцированно подходить к использованию физических упражнений при предвывихе, подвывихе и вывихе бедра, хотя задачи решаются общие:

— профилактика и устранение контрактуры приводящих мышц бедра;

— формирование тазобедренных суставов, восстановление их формы, фиксация суставов в положении максимальной коррекции;

— укрепление мышц тазобедренного сустава;

— развитие в полном объеме активных движений в тазобедренных суставах;

— поддержание моторного развития ребенка.

При легкой степени дисплазии тазобедренных суставов применяются общий массаж в соответствии с возрастом, рефлекторные упражнения для развития основных движений. На фоне общего массажа и рефлекторных упражнений используются специальные упражнения для тазобедренных суставов по всем осям из исходных положений — лежа на спине, животе, на боку.

В исходном положении *лежа на спине*:

— качание таза вправо-влево, удерживая ребенка за разведенные бедра;

— с широким разведением бедер сгибать ноги к животу поочередно и одновременно;

— поочередно отводить бедро, фиксируя таз с противоположной стороны;

— скользя по поверхности кушетки, поочередно отводить ногу с фиксацией таза;

— поочередно проводить внутреннюю ротацию бедра, удерживая ногу за область коленного сустава;

- мелкие круговые движения бедра внутри, поочередно каждой ногой, удерживая ногу за колено;
- топать на месте согнутыми в коленях ногами с широко разведенными бедрами;
- скользящие шаги с широко разведенными бедрами.

В исходном положении *лежа на боку*:

- сгибание ноги в коленном и тазобедренном суставах, приводя ногу к животу;
- сгибание ноги в коленном суставе по направлению к плечевому суставу.

Эти упражнения необходимо выполнять в положениях лежа на левом и правом боку.

В исходном положении *лежа на животе*:

- поочередно потянуться коленом к локтю, скользя по кушетке;
- с широко разведенными бедрами коснуться поочередно пяткой ягодиц.

Специальные упражнения включаются в комплекс гимнастики и массажа, соблюдается принцип рассеянной нагрузки. Особого внимания заслуживают общеукрепляющие упражнения для мышц спины, ягодиц и живота, так как назначенная укладка ограничивает двигательную активность ребенка. С целью развития и укрепления этих групп мышц нами широко используются упражнения на ортопедическом мяче, ребенок укладывается на

живот и на бок. Помимо занятий в условиях кабинета рекомендуется применять специальные упражнения для тазобедренных суставов дополнительно 4—5 раз в день, повторяя каждое упражнение по 10—15 раз. Для стимуляции активных движений нижними конечностями эффективны воздушные ванны с применением ортопедического мяча, помещая его в ножной конец кровати. Вибрации мяча стимулируют у ребенка активные движения ногами. Водная среда также активизирует ребенка, в первые месяцы его жизни применение плавания по методике Гуттермана усиливает эффективность лечения.

При подвывихе и вывихе тазобедренного сустава восстановительное лечение проводят со значительным ограничением специальных упражнений для тазобедренных суставов, когда имеется нарушение соотношения суставных поверхностей. В занятии преобладает массаж с акцентом для пояса нижних конечностей, общеукрепляющие и общеразвивающие упражнения в и.п. лежа. Для тазобедренных суставов используются упражнения с отведением бедер из положений лежа на спине и животе, внутренняя ротация бедра, стимуляция активных движений ногами во время воздушных ванн и купания. При подвывихе и вывихе бедра больше внимания уделяется массажу стоп и рефлекторным упражнениям для стоп с целью развития опорной функции:

- раздражение кожи у основания 2-го и 3-го пальцев стопы вызывает сгибание и разведение пальцев;
- раздражение в области головки 1-й плюсневой кости вызывает приведение и супинацию стопы;
- раздражение кожи в области основания 5-го пальца вызывает пронацию стопы;
- раздражение в центральной части пятки вызывает подошвенное сгибание стопы;
- раздражение в области сухожилия разгибателей над голеностопным суставом или штрихование между 2-м и 3-м пальцем вызывает тыльное сгибание стопы.

Курс восстановительного лечения в условиях кабинета ЛФК

составил 10—15 процедур массажа в сочетании с занятиями лечебной гимнастикой.

Результаты лечения. При легкой степени врожденной патологии тазобедренных суставов в 87% после проведенного комплексного лечения отмечалось выздоровление. При более тяжелых формах наблюдалась положительная динамика: нормализация или увеличение объема движений в тазобедренных суставах. Таким детям назначали повторные курсы восстановительного лечения, не дожидаясь контрольного рентгенологического исследования. Через 3 мес. после начала лечения при углубленном обследовании у всех детей наблюдалось значительное улучшение.

ПРЕДЛАГАЕМ ВАШЕМУ ВНИМАНИЮ КНИГУ

ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ Учебное пособие

Автор — Соколова Е.В.

Обложка. Формат 84×108/32



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

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

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

Воронкообразная деформация грудной клетки у детей

Киргизов И.В.,

д-р мед. наук, профессор;

Плякин В.А.,

канд. мед. наук, научный сотрудник;

Злотников Е.Н.,

детский хирург, Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Воронкообразная деформация грудной клетки представляет собой различное по форме и глубине искривление грудины и передних отделов ребер, приводящее к уменьшению объема грудной клетки, сдавлению и смещению органов средостения, вызывающее функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Встречается эта патология грудной клетки у 0,04—2,3% населения, при этом мальчики болеют в 3 раза чаще, чем девочки. Заболевание имеет семейный характер с наследованием по аутосомно-доминантному типу с неполной пенетрантностью [18, 19], т.е. деформация грудной клетки может проявляться не в каждом поколении.

Воронкообразная деформация грудной клетки в большинстве случаев видна уже при рождении или становится явной в течение первого года жизни. Внешний вид грудной клетки у новорожденного напоминает грудную клетку

при максимальном вдохе. В этом возрасте можно наблюдать симптом «парадокса вдоха» — во время вдоха происходит западение грудины. Однако заболевание может проявляться только парадоксальным и реже стридорозным дыханием за счет сдавления и смещения трахеи сердцем или дисфагическими явлениями (срыгивания и рвота после приема пищи).

С возрастом дети приобретают довольно типичный вид: астеническая конституция, голова и шея выдаются вперед, кожные покровы бледные, слабо развита мышечная система, довольно часто имеются гипермобильный синдром, миопия, плоскостопие. Ребенок отстает в весе и физическом развитии; живот выступает вперед, формируются нарушение зрения, осанки в виде сколиоза и кифоза, кариес, плоскостопие, бледность кожных покровов, дискинезия желчевыводящих путей и кишечника, проявляющаяся нестабильностью стула в виде диареи и запоров [7]. Клиничес-

кие проявления индивидуальны для каждого ребенка и преобладают в разной степени выраженности.

Все это, как и сама воронкообразная деформация грудной клетки, — фенотипическое проявление дисплазии соединительной ткани, представляющее генетически детерминированный (наследственно обусловленный) процесс, в основе которого лежит мутация генов, отвечающих за синтез коллагеновых волокон. Мутации могут быть самые разнообразные и в самых разных генах. В результате мутаций цепи коллагена формируются неправильно и не выдерживают должных механических нагрузок.

Поскольку соединительная ткань — это 80% от массы тела организма, то нарушения в ее структуре приводят к дисбалансу в работе и развитии всего организма.

Первые клинические проявления дисплазии соединительной ткани появляются в возрасте 3—5 лет. Ребенок при этом находится под постоянным наблюдением у кардиолога, ортопеда, окулиста и т.д. Сердце — первый орган, который поражается при дисплазии, — поэтому значительные изменения наблюдаются со стороны сердечно-сосудистой системы [3, 4]. При исследовании сердца наиболее типичными изменениями являются дополнительная хорда левого желудочка, пролапс митрального клапана, нарушения ритма сердца. Манифестирует патология толстой

кишки, связанная с тем, что в этом возрасте ее рост опережает рост организма. Клинически это проявляется запорами от двух суток и более. При рентгенологическом исследовании устанавливается диагноз долихосигма, долихоколон. При неэффективности консервативной терапии порой приходится прибегать к оперативному лечению.

Взрослея, ребенок начинает жаловаться на постоянную усталость, головную боль, слабость. В поведении такие дети капризны, неусидчивы, отказываются от еды.

В возрасте 7—9 лет начинается первый период активного роста ребенка, именно в это время происходит прогрессирование воронкообразной деформации грудной клетки. Снижение ее объема приводит к нарушению дыхательной и сердечной систем. Из-за снижения дыхательных объемов появляются жалобы на одышку сначала при физических нагрузках, прогулках, а затем и в покое. Давление грудины на сердце вызывает его смещение, ротацию и нарушения ритма сердечных сокращений. Помимо соматических жалоб, в этом возрасте у ребенка зарождается комплекс неполноценности, поскольку деформация грудной клетки становится заметна окружающим и в частности одноклассникам. Нарушение осанки и плоскостопие усиливаются, что требует ношения корригирующих корсетов и ортопедической обуви, про-

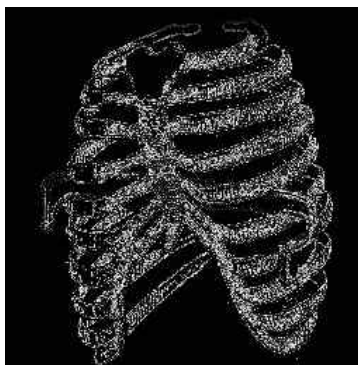
ведение курсов лечебной физкультуры и массажа.

Причина формирования воронкообразной деформации грудной клетки — хондродисплазия реберного хряща, приводящая к опережающему росту ребер [5, 6]. Исправить деформацию можно лишь радикальной торакопластикой, включающей в себя резекцию реберных хрящей [8, 10, 14]. Физические упражнения, массаж и лечебная физкультура становятся неэффективными.

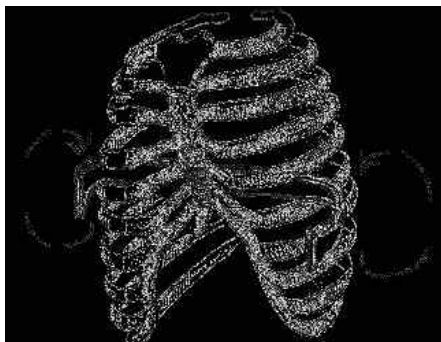
Первое из известных описаний больного с воронкообразной деформацией грудной клетки относится к 1594 г. и принадлежит J. Schenck, а первая удачная торакопластика была выполнена немецким хирургом L. Меуер в 1911 г. В нашей стране торакопластика у взрослого больного впервые произведена Н.А. Богоразом в 1949 г., а у детей — Г.А. Бариновым в 1960 г. и Н.И. Кондрашиным в 1961 г.

Разнообразие применяемых методов лечения воронкообразной деформации грудной клетки говорит об отсутствии методов объективной оценки уровня поражения реберного хряща [12, 15, 16].

В настоящее время наибольшее распространение получили операции с применением внутренних металлических фиксаторов. Одна из них — операция Насса (американский хирург Donald Nuss) [2, 13]. Ее положительные моменты — краткосрочность операции, незначительное количество хондротомий. Из недостатков данного способа можно отметить его относительно высокую травматичность и риск смещения фиксирующих устройств с повреждением жизненно важных органов грудной клетки, поскольку туннель за грудиной для проведения пластины формируется без контроля зрением и аппаратурой (рис. 1). Пластина устанавливается через два



а)



б)

Рис. 1. Схема операции по Nuss D:

а) проведение пластины за грудиной; б) разворот пластины на 180°

кожных разреза (около 3—5 см каждый) на боковых поверхностях грудной клетки в 5-м или 6-м межреберьях. При коррекции ВДГК по методике Nuss D. возможно повреждение внутренних грудных артерий и возникновение внутреннего кровотечения, а также межреберного сосудистого пучка при проведении пластины за грудиной и ее перевороте на 180°. Патологически измененные реберные хрящи при этой операции не удаляются, что требует фиксации грудины пластиной от 1 до 4 лет и даже более.

Известные аналогичные попытки и разнообразные модификации данной операции значительно не улучшили прототип. Кроме того, отсутствие мобилизации грудинореберного комплекса при таких операциях приводит к значительному давлению пластины на грудину, что вызывает сильные послеоперационные боли, требующие назначения наркотических анальгетиков и дальнейшего обезболивания в течение 1—2 недель. Длительный болевой синдром вынуждает ребенка соблюдать строгий постельный режим, что еще больше угнетает его психоэмоциональное состояние и способствует застойным явлениям со стороны места операции.

По мнению ряда авторов, наилучшие результаты коррекции воронкообразной деформации грудной клетки у детей получены при применении торакопластики Sulamaa-Paltia [1, 9, 11, 17,

18]. Данный метод оперативного лечения вот уже на протяжении полувека используется многими хирургами мира. Он включает в себя тотальную резекцию реберных хрящей по Ravitch, стернотомию с фиксацией грудинореберного комплекса пластиной Paltia (рис 2).

Операция патогенетически правильная, поскольку заключается в резекции реберных хрящей, однако она не предусматривает патологических изменений в каждом конкретном реберном хряще, а направлена на тотальное удаление со II-го по VII-й реберный хрящ с обеих сторон, тем самым приводя к неоправданной травматизации передней грудной стенки.

В хирургическом отделении НЦЗД РАМН данная операция была модифицирована — непосредственно перед выполнением торакопластики проводится интраоперационное ультразвуковое исследование передней грудной стенки и реберных хрящей, выявляются границы патологических изменений в реберных хрящах, по которым происходит их удаление (рис 3). Это снижает как время торакопластики, так и ее травматичность, при этом операция является патогенетически обоснованной и направлена на удаление только патологической части реберного хряща.

Использование нами эпидуральной анестезии позволяет отказаться от наркотических пре-

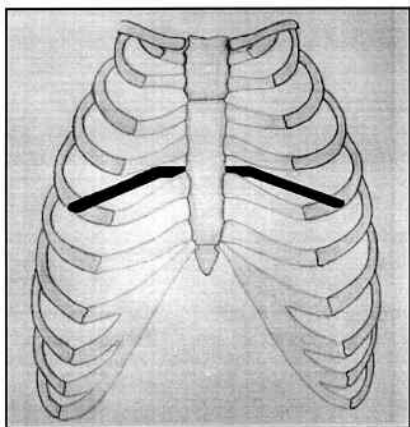


Рис. 2. Фиксация
грудинореберного комплекса
пластиной Paltia

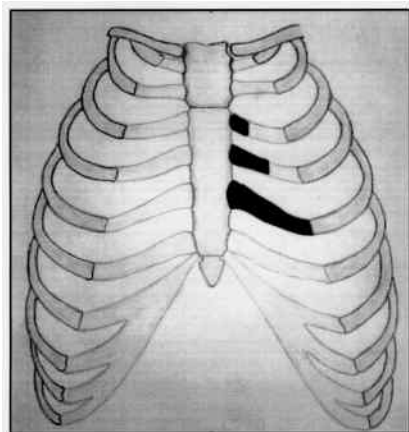


Рис. 3. Границы патологических
изменений в реберных хрящах,
подлежащих удалению

паратов в послеоперационном периоде и от обезболивания в целом уже на третьи-четвертые сутки. К этому времени больные начинают ходить по отделению и не жалуются на боли и дискомфорт со стороны места операции.

Таким образом, воронкообразная деформация грудной клетки — врожденное заболевание и одно из фенотипических проявлений дисплазии соединительной ткани. У детей с воронкообразной деформацией грудной клетки, как правило, отмечаются и другие проявления дисплазии соединительной ткани, которые манифестируют в разные возрастные периоды, что требует полного комплексного обследования ребенка в специализированном стационаре с целью предотвращения возможности развития заболеваний, связанных с дисплазией. Лечение воронкообраз-

ной деформации грудной клетки только оперативное, никакие консервативные мероприятия к исправлению передней грудной стенки не приводят.

Оптимальным для оперативного лечения является дошкольный возраст (3—7 лет), поскольку организм еще способен компенсировать патологические изменения внутренних органов и у ребенка нет психологической травмы по поводу своего внешнего вида.

Патогенетически обоснованный способ оперативного лечения — радикальная торакопластика с удалением патологически измененных частей реберных хрящей и мобилизацией грудинореберного комплекса для снижения давления пластины на грудину и, следовательно, болевого синдрома.

Литература

1. *Васильев Г.С.* и др. Показания к операции и методы хирургической коррекции воронкообразной деформации грудной клетки у детей // Вестник Рос. АМН. 1994. № 4.
2. *Виноградов А.В., Тиликин А.Е.* Модификация торакопластики по Nuss при воронкообразной деформации грудной клетки у детей // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии. М., 2001.
3. *Клеменов А.В.* Внекардиальные проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани // Клиническая медицина. 2003. № 10.
4. *Мартынов А.И.* и др. Дисплазия соединительной ткани при идиопатическом пролапсе митрального клапана // Клиническая медицина. 1998. № 12.
5. *Рудаков С.С.* Метод комбинированного лечения воронкообразной деформации грудной клетки у детей с синдромом Марфана и марфаноподобным фенотипом. М., 1996.
6. *Саркисов Д.С.* Очерки по структурным основам гомеостаза. М., 1977.
7. *Смольнова Т.Ю.* и др. Фенотипический симптомокомплекс дисплазии соединительной ткани у женщин // Клиническая медицина. 2003. № 8.
8. *Czeizel A.E., Hegedus S., Timar L.* Congenital abnormalities and indicators of germinal mutations in the vicinity of an acrylonitrile producing factory // Mutat. Res. 1999. № 2. V. 427.
9. *Davis J.T., Weinstein S.* Repair of the pectus deformity: results of the Ravitch approach in the current era // Ann. Thorac. Surg. 2004. № 2. V. 78.
10. *Fonkalsrud E.W.* Current management of pectus excavatum // World J. Surg. 2003. № 5. V. 27.
11. *Fonkalsrud E.W.* Open repair of pectus excavatum with minimal cartilage resection // Ann. Surg. 2004. № 2. V. 240.
12. *Haje S.A., Harcke H.T., Bowen J.R.* Growth disturbance of the sternum and pectus deformities: imaging studies and clinical correlation // Pediatr. Radiol. 1999. № 5. V. 29.
13. *Hebra A., Swoveland B., Egbert M.* et al. Outcome analysis of minimally invasive repair of pectus excavatum: review of 251 cases // J. Pediatr. Surg. 2000. № 2. V. 35.
14. *Hummer H.P.* Mechanical effects of funnel chest (author's transl) // Munch. Med. Wochenschr. 1981. № 46. V. 123.
15. *Kowalewski J., Brocki M., Zolynski K.* Long-term observation in 68 patients operated on for pectus excavatum: surgical repair of funnel chest // Ann. Thorac. Surg. 1999. № 3. V. 67.
16. *Mast T.D., Hinkelman L.M., Metlay L.A.* Simulation of ultrasonic pulse propagation, distortion, and attenuation in the human chest wall // J. Acoust. Soc. Am. 1999. № 6. V. 106.
17. *Paltia V., Parkkulainen K.V., Sulamaa M.* Operative technique in funnel chest; experience in 81 cases // Acta. Chir. Scand. 1959. № 2. V. 116.
18. *Ravitch M.M.* Congenital deformities of the chest wall and their operative correction. Philadelphia: W.B. Saunders Company. 1977.
19. *Warkany J.* Congenital malformations: notes and comments. New York, 1971.

Коклюш – успехи вакцинации и современные тенденции заболеваемости

Северина Е. А.,

ординатор кафедры эпидемиологии, Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова, Москва

До настоящего времени коклюш остается серьезной проблемой не только для России, но и всего мира. По данным ВОЗ, в мире ежегодно заболевает коклюшем около 60 млн человек, умирает около 1 млн детей, преимущественно в возрасте до одного года. Как показывает отечественная и зарубежная практика, основной сдерживающий фактор развития эпидемии коклюша — вакцинопрофилактика [4].

Коклюш — острая антропонозная инфекция, сопровождающаяся катаральными явлениями в верхних дыхательных путях и приступообразным спазматическим кашлем.

Первое описание коклюша было сделано в 1578 г. Guillaume de Vailou, который наблюдал в Париже эпидемию заболевания, протекавшего с высокой летальностью. Название болезни происходит от французского «coqueluche» («крик петуха») и относится к 1724 г., когда эпидемии коклюша наблюдались в Англии, Франции и Австрии. В начале XVIII в. заболевание распространилось по

всей Европе, приняв характер пандемии. Во второй половине XVIII в. коклюш получил еще большее распространение не только в Европе, но и Америке, а в начале XIX в. проник и в тропические страны. В Англии с 1858 по 1867 г. умерло от коклюша 120 тыс. детей.

В отечественной литературе первое упоминание о коклюше появилось у Н. Максимовича-Амбодика в труде «Искусство повивания» (1784). Клиника заболевания впервые в России описана С.Ф. Хотовицким. Первые статистические сведения опубликованы в конце XIX в.: заболеваемость коклюшем была высокая, а смертность от данной инфекции среди детей в возрасте до 5 лет в те годы занимала четвертое место, уступая кори, скарлатине и дифтерии.

В 1906 г. Bordet и Gengou выделили из мокроты больного ребенка возбудитель коклюша — *Bordetella pertussis*.

Bordetella pertussis относится к роду *Bordetella*, включающему в себя также *B. parapertussis*,

V. bronchiseptica, *V. avium*. В 1994—1995 гг. появились публикации, в которых описывались новые виды бордетелл: *V. holmesii*, *V. hinzii*. Бордетеллы — мелкие (0,5—2,0 × 0,2—0,5 мк) грамотрицательные коккобациллы. Микробы на плотных питательных средах образуют гладкие, влажные, выпуклые, ровные, блестящие колонии с жемчужным оттенком. *V. pertussis* неподвижна, малоактивна ферментативно.

Больной начинает выделять возбудитель в конце инкубационного периода и максимально опасен с момента клинических проявлений заболевания (катаральный период и первые недели спазмолитического кашля). Большинство больных коклюшем теряют контагиозность через 5—6 недель от начала заболевания. Наибольшую опасность представляют больные со стертой клинической картиной.

Передается коклюш воздушно-капельным путем при непосредственном контакте (не более 2 м от источника) из-за крупнодисперсного характера аэрозоля. Во внешней среде возбудитель не стоек [1].

До введения активной иммунизации коклюш был широко распространенным заболеванием во всем мире и по показателям заболеваемости занимал одно из первых мест среди воздушно-капельных инфекций.

Как и в других регионах мира, в допрививочный период (до 1959 г.) заболеваемость коклюшем на территории РФ регистрировалась на уровне 360—390 случаев на 100 тыс. населения, достигая в годы периодических подъемов более высоких цифр. Наиболее высокие показатели заболеваемости имели место в крупных городах, в частности в 1958 г. в Москве — 461 чел. на 100 тыс. населения, в Ленинграде — 710 на 100 тыс. населения, а в отдельных районах более 1 тыс. на 100 тыс. населения [6].

После начала массовой иммунизации детского населения России в 1959 г. заболеваемость коклюшем резко снизилась. Так, за 10 лет произошло снижение заболеваемости практически в 20 раз до 21 чел. (на 100 тыс. населения в год) в 1969 г. В последующие годы темп снижения заболеваемости несколько замедлился.

Аналогичное положение после начала активной иммунизации против коклюша отмечалось и в других странах: в Венгрии показатель заболеваемости снизился до 18 случаев (на 100 тыс. населения); в Чехословакии — до 58 (на 100 тыс. населения). В США заболеваемость уменьшилась на 70%, в Англии — в 8—12 раз [7].

В 1980 г. увеличение необоснованных медицинских отводов детей от вакцинации привело к снижению охвата прививками

населения до 60% и, как следствие, к росту заболеваемости коклюшем с 1979 по 1993 г. [6]. В этот период заболеваемость ежегодно увеличивалась на 1,0 (на 100 тыс. населения в год) и составила 26,6 случаев (на 100 тыс. населения в год) в 1993 г. Увеличение охвата иммунизацией детского населения свыше 95% к 2000 г. привело к снижению заболеваемости, и в 2006 г. заболеваемость составила 5,7 случаев на 100 тыс. населения [2, 3].

Подобные проявления эпидемического процесса наблюдались при снижении охвата прививками в других странах мира (Англия, ФРГ, Япония, США, Канада). К примеру, в Англии заболеваемость увеличилась более чем в 2 раза и составляла до 125 случаев на 100 тыс. населения в годы подъема заболеваемости (1978 и 1982); последующее увеличение охвата вакцинацией детского населения способствовало снижению заболеваемости до 1,7 случаев на 100 тыс. населения к 2000 г.

Однако, несмотря на высокий охват прививками, заболеваемость в РФ достигает уровня Европейского региона только в годы спада заболеваемости (в 2005 г. она составила 3,2 случая на 100 тыс. населения в России и 3,9 в Европейском регионе). В годы подъема заболеваемость коклюшем в России существенно выше, чем в Европейском регионе (со-

ответственно 7,7 и 6,1 случаев на 100 тыс. населения в 2004 г.).

В многолетней динамике заболеваемости коклюшем наблюдаются выраженные циклические колебания с периодом 3—4 года. Это объясняется изменением вирулентности циркулирующих возбудителей, усиление которой неизбежно при возрастании частоты пассажиров среди людей с повышенной восприимчивостью [5].

В допрививочный период в России наблюдались выраженные циклические колебания — в годы подъема заболеваемость увеличивается в среднем на 130 случаев на 100 тыс. населения, или на 45—120% по сравнению с годами спада заболеваемости.

После введения вакцинаций с 1958 по 1973 г. на фоне снижения заболеваемости эпидемиологически значимых колебаний не наблюдалось, но с 1973 г. вновь стали отмечаться циклические колебания с периодом 3—4 года. В годы подъема заболеваемость увеличивается в 1,9—3 раза по сравнению с годами спада заболеваемости.

Наблюдались синхронные циклические колебания заболеваемости во всех возрастных группах. В годы подъема заболеваемость в группах «дети 1—2 лет» увеличивалась на 49%, в остальных группах — в 2—2,4 раза, а среди взрослых — более чем в 3 раза.

При анализе динамики заболеваемости коклюшем в различных контингентах населения России за последние 10 лет следует отметить, что тенденция к снижению отмечается только среди детского населения. Причем темп снижения заболеваемости наиболее выражен в группах «дети 1—2 лет» и «дети 3—6 лет» (8,2 и 13,5 соответственно). В данных группах заболеваемость снизилась в 4 и 4,5 раза и составила 30,4 случая на 100 тыс. населения в группе «дети 1—2 лет», 36,6 случая на 100 тыс. населения в группе «дети 3—6 лет». Менее выражен темп снижения заболеваемости в группах «дети до года» и «дети 7—14 лет» (6,5 и 1,0 соответственно) — заболеваемость снизилась в 2,4 и 2 раза и составила 79,8 случаев на 100 тыс. населения в группе «дети до года», 27,7 случаев на 100 тыс. населения в группе «дети 7—14 лет». Заболеваемость коклюшем взрослых за последние 10 лет возросла практически в 2 раза и составляет на данный момент 0,4 на 100 тыс. населения.

За последние 10 лет взрослые занимали 5-е место по частоте заболеваемости и представляли группу наименьшего риска заболеть коклюшем. Удельный вес этой группы составлял менее 2% в 1997 г., но с ростом заболеваемости увеличилась и доля взрослых в структуре заболеваемости и составила 6,4% к 2006 г. Час-

тота заболеваемости в группе «дети 7—14 лет» в течение всего периода наблюдения была значительно выше частоты заболеваемости взрослых, но ниже, чем в остальных группах, следовательно, по риску заболеть школьники находятся на 4-м месте. Несмотря на невысокий риск заболеть, у школьников, удельный вес в этой группе был наибольшим и составлял в среднем 45%, что можно объяснить снижением у них иммунитета против коклюша. Причем за прошедшие 10 лет, несмотря на снижение заболеваемости в целом, доля школьников несколько возросла — от 33,8% в 1996 г. до 45 — в 2006, а в отдельные годы увеличивалась до 55%. Группа «дети 1—2 лет» на протяжении 10 лет занимала 3-е место по уровню заболеваемости, доля заболевших этой группы колебалась от 7 до 12% и в среднем составляла 10%, 1-е и 2-е места по уровню заболеваемости занимают группы «дети 3—6 лет» и «дети до года». В начале исследуемого периода в этих двух группах наблюдались близкие показатели заболеваемости (170,0 и 192,3 случаев на 100 тыс. населения соответственно в 1998 г.), но вклад в заболеваемость коклюшем значительно различался (37% — «дети 3—6 лет» и 8,6 — «дети до года»). В последующие годы число заболевших «детей 3—6 лет» снизилось до 23, а «детей до года» — увеличилось до 14,3%.

Таким образом, в настоящее время наиболее эпидемиологически значимыми являются группы «дети до года» и «школьники», поскольку среди них регистрируется наиболее высокий уровень заболеваемости и увеличивается их доля среди всех зарегистрированных случаев коклюша. Кроме того, для этих групп характерны выраженные циклические подъемы. Рост заболеваемости взрослых и слабо выраженное снижение заболеваемости школьников способствуют распространению инфекции и поддерживают циркуляцию возбудителя.

Современные благоприятные тенденции заболеваемости коклюшем — результат массовой вакцинации. Как и многие «детские» инфекции, коклюш вакцинозависим, т.е. при снижении охвата населения профилактическими прививками наблюдается повышение уровня заболеваемости. Это было подтверждено негативным опытом отказа от вакцинации, имевшим место под давлением родителей, обеспокоенных побочными явлениями на прививки, в ряде стран мира. Так, в ФРГ с 1979 по 1982 г. возникло 80 тыс. случаев коклюша, причем 1520 больных имели серьезные осложнения со стороны легких, 61 — со стороны нервной системы, с 15-ю смертельными исходами. Этот урон за 4 года на-

много превзошел все мыслимые потери, связанные с вакцинацией за все десятилетия ее массового проведения. В России наблюдался аналогичный эффект в 90-х гг., когда охват прививками детей снизился на $\frac{1}{3}$, заболеваемость коклюшем, в том числе тяжелым, возросла, вновь стали циркулировать вирулентные штаммы возбудителя коклюша, появились летальные случаи.

Но успехи вакцинации не должны затушевывать существующих проблем. Коклюш еще далеко не побежден, в условиях высокого уровня иммунитета к нему у детей первых лет жизни оказалось, что возбудитель способен циркулировать и среди взрослых — в группах старших школьников и студентов, а также в интернатах для пожилых. Поскольку коклюшем болеют даже полностью привитые в раннем детстве школьники, увеличение охвата прививками на первом году даже до 100% кардинально проблемы не решит. Поэтому, чтобы защитить детей школьного возраста, необходимо введение еще одной ревакцинации — в возрасте до 10 лет, что требует использования менее реактогенной вакцины, чем применяемая в настоящее время цельноклеточная коклюшная моновакцина, входящая в состав зарегистрированных в России вакцин: отечественной АКДС и

французской Тетракок. Эта мера позволит также снизить заболеваемость детей 1-го полугодия, которые заражаются от больных школьников.

Выход из положения — использование бесклеточной коклюшной вакцины для ревакцинации младших школьников, что уже практикуется в некоторых странах. Сдерживающими факторами являются все еще высокая цена бесклеточной вакцины и отсутствие ее в отечественном производстве.

Высокая реактогенность цельноклеточных вакцин служит поводом и для отказа части родителей от вакцинации грудных детей. Недоверие к этим вакцинам у родителей и педиатров возникает, поскольку они могут вызывать изменение общего состояния привитого, повышение температуры, иногда с судорогами, хотя обычно и без остаточных изменений. Несмотря на то, что осложнения после прививок АКДС-вакциной встречаются крайне редко (по данным Всероссийского центра вакцинальных осложнений ГИСК им. Л.А. Тарасевича — 71 случай за 1997—2002 гг., ни одного летального случая, ни одного энцефалита), использование менее реактогенной бесклеточной вакцины у детей обеспокоенных родителей, хотя бы и за их счет, позволит не только снять их тревогу, но и

повысить охват вакцинацией детей первого года жизни [8].

Первая БКВ была лицензирована в Японии в 1981 г. и в ассоциации с дифтерийным и столбнячным анатоксином включена в календарь прививок для вакцинации детей с 2-летнего возраста, а с 1988 г. — с трехмесячного возраста. С 1990 по 1996 г. проведено 8 полевых испытаний эффективности 13 БКВ, приготовленных разными производителями. Полученные в ходе этих исследований результаты свидетельствовали о высокой эффективности трех испытанных вакцин: четырехкомпонентной CCL-4F фирмы Pasteur Merieux Connaught, а также трехкомпонентных Infanrix фирмы SmithKline Beecham и Acelluvax фирмы Chiron Vaccines.

Преимущества бесклеточных вакцин заключаются в меньшей частоте слабых и среднетяжелых реакций при той же (или несколько более низкой) иммуногенности. Однако они дороже цельноклеточных, что делает их менее доступными для программ массовой вакцинации в большинстве стран мира. С учетом этого ВОЗ рекомендовала их использование лишь в тех случаях, когда это способствует увеличению охвата вакцинацией (например, в Швеции, где цельноклеточная вакцина не применялась, несмотря на высокий уровень заболеваемости коклюшем).

В настоящее время АКДС-вакцины с бесклеточным коклюшным компонентом широко используются в странах Западной Европы, Скандинавии, США, Канаде, Австралии. Гипотеза об увеличении заболеваемости аллергическими заболеваниями у детей, привитых бесклеточной коклюшной вакциной, не имеет в настоящий момент подтверждений, полученных в ходе клинических исследований. Более того, в настоящий момент имеются данные, что заболеваемость аллергическими болезнями у привитых бесклеточной и цельноклеточной коклюшной вакциной не различается. Так, рандомизированное контролируемое исследование показало, что заболеваемость аллергическими болезнями в группах детей, привитых бесклеточными коклюшными вакцинами, цельноклеточной АКДС и плацебо (АДС), в течение 2,5 лет наблюдения не различалась.

В настоящее время вопрос о переходе на применение бесклеточной вакцины для массовой иммунизации маленьких детей перед нами не стоит, однако следует приветствовать лицензирование таких вакцин некоторыми фирмами-производителями, поскольку это расширит воз-

можности выбора. Что касается второй ревакцинации перед школой, эта мера, безусловно, назрела — перспектива ее введения связана с созданием отечественной бесклеточной вакцины по оригинальной технологии, обещающей сделать ее вполне доступной для массового применения.

Литература

1. *Покровский В.И.* и др. Инфекционные болезни и эпидемиология. М., 2008.
2. *Селезнева Т.С.* Эволюция инфекционных болезней в России в XX в. / Под ред. В.И. Покровского, Г.Г. Онищенко, Б.Л. Черкасского. М., 2003.
3. *Селезнева Т.С., Чистякова Г.Г., Заргарьянц А.И.* Актуальные проблемы эпидемиологии и профилактики инфекционных болезней // Матлы Всероссийской конф. М., 2004.
4. *Селезнева Т.О., Попова О.П.* Коклюш: современные проблемы и пути их решения // Сестринское дело. 1999. № 1.
5. *Селезнева Т.С., Борисова И.Э.* ФГУН. Практические и научные аспекты эпидемиологии коклюшной инфекции. М., 2008.
6. *Сигаева Л.А.* и др. // Микробиология. 1986. № 5.
7. *Тимченко В.Н., Бабаченко И.В., Ценева Г.Я.* Эволюция коклюшной инфекции. СПб., 2005.

Издательство «ТЦ СФЕРА»

Представляет плакаты для образовательных учреждений

Красочные с одной стороны, на плотной бумаге

Форматом 70×100 см:

До свидания, детский сад
С окончанием учебного года
Уголок для родителей

Форматом 70×50 см:

1 сентября
Английский алфавит
Безопасность на дороге
Детям об огне
Календарь погоды
Осторожно — болезнетворные микробы
Осторожно — высокое напряжение
Пиши правильно
Позаботься о своей безопасности
Правила поведения при пожаре
Правильная осанка

Твои права

Русский алфавит

Таблица умножения

Таблица сложения

Уголок пожарной безопасности

Часы и время

Форматом 35×50 см:

Государственная символика (4 плаката)

Здоровье в порядке — спасибо зарядке!

Витамины — наши друзья!

Спорт — здоровый образ жизни!

Правильное питание — залог здоровья!

Уголок дежурных по столовой

Уголок дежурных по природе

Уголок дежурных по занятиям



Эти и другие плакаты 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

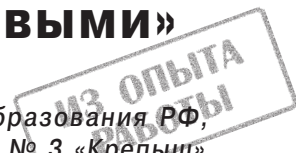
или закажите в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru

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

Реализуем творческую программу «Растем здоровыми»

Карлюкова Т.Д.,

почетный работник общего образования РФ,
заведующий МДОУ ЦРР – д/с № 3 «Крепыш»,
г. Наро-Фоминск Московской обл.



ПЕДАГОГИКА

Наро-Фоминский район отличается высоким качеством окружающей среды, а наш детский сад, хоть и находится в центре города, расположен среди берез и лиственниц, как в лесопарке. В детском саду осуществляется воспитание, обучение и оздоровление детей 3—7 лет, часто болеющих, перенесших бронхит или пневмонию. Имеется пять групп санаторного типа для длительно и часто болеющих детей, в том числе три коррекционные для детей с нарушениями речи. Оборудованы кабинеты: методический, психолога, логопедические, физиотерапии, массажа, а также ингаляторий, музыкальный зал, мини-бассейн, бассейн сухого плавания, русская изба, изостудия.

Детский сад реализует программу воспитания и обучения «Детство», а также дополнительные программы: — «Развитие интеллектуальных способностей детей» (А.З. Зак); — «Ритмопластика» (А.И. Буренина); — «Художественно-театральное творчество» (А.И. Буренина, М.Ю. Картушина); — «Наш дом — природа» (С.А. Рыжова).

Коллективом педагогов совместно с медицинским персоналом (врач, старшая, процедурная медсестра, физиотерапевт, медсестра массажа) разработана творческая программа «Растем здоровыми», в соответствии с которой осуществляется комплексный подход в решении задач по охране жизни и здоровья детей (схема 1).

Ежегодно в начале учебного года составляется план оздоровительных мероприятий на год, который утверждается решением медико-педагогического совета (см.





Схема 1. Основные направления творческой программы «Растем здоровыми»

Таблица

План оздоровительных мероприятий на ____/___ уч. г.

Месяц	Мероприятия
Сентябрь	Смазывание слизистой носа оксолиновой мазью. Полоскание зева отваром календулы. Рыбий жир
Октябрь	Полоскание зева отваром коры дуба детям с аденоидитом носоглоточных миндалин. Чесочно-лимонный напиток. Ревит. Биостимулятор «Сибирячок»
Ноябрь	Чесочно-луковые ингаляции. Витаминоизация третьих блюд. Полоскание зева шалфеем. Вакцинация против гриппа (вакцина «Гриппол»)
Декабрь	Аскорбиновая кислота. Чесочно-лимонный напиток. Настойка элеутерококка. Афлубин
Январь	Чесочно-луковые ингаляции. Полоскание зева отваром эвкалипта. Настой шиповника. Смазывание слизистой носа оксолиновой мазью
Февраль	Афлубин. Биостимулятор «Домовенок Кузя». Полоскание зева отваром эвкалипта, ромашки
Март	Биостимулятор «Неболейка». Рыбий жир. Чесочно-лимонный напиток. Кислородные коктейли
Апрель	Чесочно-луковые ингаляции. Кислородные коктейли. Рыбий жир. Витаминоизация третьих блюд
Май	Аскорбиновая кислота. Настой зверобоя. Точечный массаж. Настойка элеутерококка в возрастной дозировке

таблицу) и включает в себя медикаментозную профилактику ОРВИ (афлубин, гриппферон, оксолиновая мазь, вакцинация детей против гриппа), использование фитопрепаратов, содержащих фитонциды (чесночно-лимонный напиток, чесночно-луковые ингаляции, отвары трав ромашки, шалфея, эвкалипта).

Очень хороший эффект дают всеми любимые кислородные коктейли. Ключевую роль в профилактике простудных заболеваний играют закаливающие процедуры. Воздушные ванны, сухое обтирание после сна, ножные ванны «Ручеек», обливание стоп прохладной водой в летний период, полоскание зева водой комнатной температуры, массаж, точечный массаж, лечебная физкультура, прогулки на свежем воздухе с организацией подвижных игр. Схема профилактической работы, утвержденная медико-педагогическим советом, охватывает оздоровительные общеукрепляющие мероприятия, аппаратную и сезонную профилактику и закаливание (схема 2).

К факторам укрепления здоровья детей относится полноценное питание, что достигается составлением рационального меню, доброкачественностью продуктов, эстетическим оформлением блюд, индивидуальным подходом к питанию каждого ребенка (есть группы детей, страдающих аллергопатологией, заболеваниями

желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы). В питании ослабленных и часто болеющих детей включены отвар шиповника, взвары «Эхинол», «Кошачий коготок», витаминные кисели, компоты (черная и красная смородина, черника). Кроме того, для активизации защитных механизмов, повышения сопротивляемости организма детей к неблагоприятным факторам внешней среды, используются приготовленные в пищеблоке детского сада природные биостимуляторы.

«Сибирячок»: изюм и курага — по 150 г, перебрать, вымыть, обсушить, добавить 300 г нарезанного лимона и перемешать, затем — 100 г сока алоэ и 450 г меда. Принимать по 1 чайной ложке 1 раз в день.

«Домовенок Кузя»: чернослив, изюм, лимон помыть, перемолоть, смешать с медом (все продукты в равных частях). Принимать по 1 чайной ложке 1 раз в день в течение 2—3 недель.

«Неболейка»: изюм и курага — по 150 г, перебрать, вымыть, обсушить. Добавить 100 г грецких орехов и 300 г вымытого лимона, все перемолоть и залить 450 г меда. Принимать по 1 чайной ложке 1 раз в день.

Все проводимые мероприятия направлены на укрепление здоровья детей и позволяют значительно снизить уровень их заболеваемости.

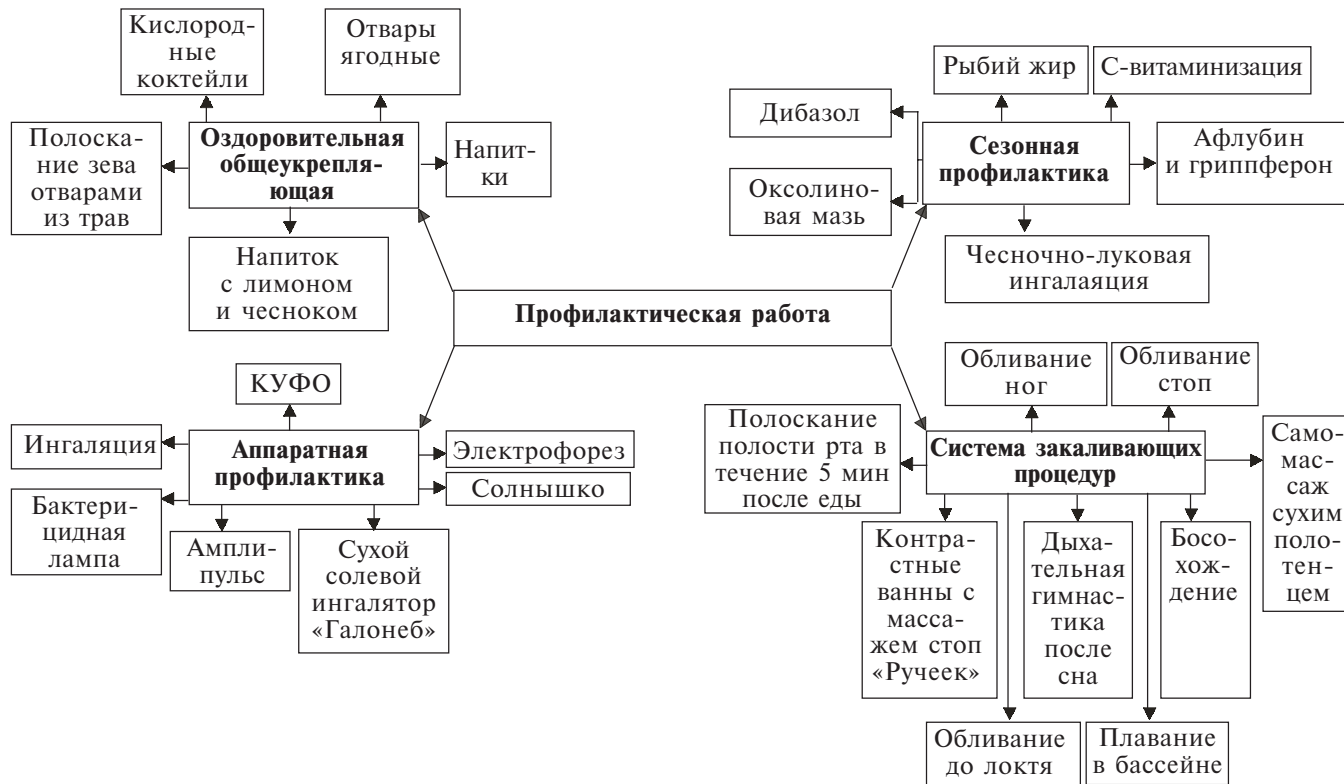


Схема 2. Профилактическая работа в МДОУ ЦРР — д/с № 3 «Крепыш»

Организация летней оздоровительной работы с детьми в ДОУ

Ганузина Г. С.,
врач-педиатр высшей категории;

Ганузин В. М.,
канд. мед. наук, доцент;

Старунова Л. Н.,
врач-педиатр высшей категории,
Ярославская государственная медицинская
академия, г. Ярославль

Оздоровительная работа с детьми в летнее время — составная часть системы лечебно-профилактических мероприятий в ДОУ. Сотрудниками кафедры поликлинической педиатрии ЯГМА совместно с медицинским и педагогическим персоналом курируемых дошкольных учреждений (детские сады № 204 и 215) подготовлена и реализуется комплексная программа по данному разделу работы.

В подготовительный период (в течение весны) со всеми работниками ДОУ обсуждаются вопросы организационно-методической работы. Особое внимание уделяется:

- физическому воспитанию детей;
- рациональному двигательному режиму в течение дня;
- закаляющим мероприятиям как главным факторам оздоровительного воздействия;

- вопросам охраны жизни и здоровья детей (в том числе и в случае террористической угрозы) в ДОУ в летний период;
- предупреждению отравлений и кишечных инфекций;
- профилактике травматизма, правилам дорожного движения, пожарной безопасности и т.д.;
- основам экологического воспитания.

Несмотря на то, что в летнее время в ДОУ продолжается работа, начатая в осенне-зимний и весенний периоды, целесообразно составить отдельный план мероприятий на лето. Планирование летней оздоровительной работы должно осуществляться совместно медицинскими работниками и педагогами. Совместный план работы на летний период должен включать вопросы организации: — гибкого режима дня (оптимальное чередование всех ви-

дов деятельности с учетом возраста, состояния здоровья и функциональных возможностей детей; максимальное пребывание на свежем воздухе с использованием естественных факторов природы; достаточная продолжительность сна, подъем детей после дневного сна по мере просыпания, а не принудительно и т.д.) [2];

- рационального питания;
- физкультурно-оздоровительной работы (утренняя гимнастика на свежем воздухе; широкое использование подвижных игр и занятий различными видами физической подготовки; спортивные праздники, Дни здоровья; пешеходные прогулки и экскурсии и др.);
- закаливающих мероприятий;
- образовательных программ для родителей, педагогов и детей.

При планировании работы учитывается, что часть детей II и III групп здоровья нуждаются в индивидуализации режима дня и оздоровительных мероприятий.

Выполнение четко построенного возрастного режима имеет особенное значение при коллективном воспитании детей в ДОУ [1, 2]. При организации всех режимных моментов соблюдаются принципы обеспечения индивидуального подхода к детям и создания благоприятных условий для общего оздоровления организма. В летнее время режим дня предусматривает максимальное

пребывание детей на воздухе. Для этого, помимо двух прогулок, предусмотренных в режиме дня в ДОУ, организуется утренний прием дошкольников на воздухе с последующим проведением на игровых площадках утренней гимнастики. Игры, праздники, спортивные мероприятия также организуются на улице. Кроме того, поскольку в летний период учебные занятия не предусмотрены, это создает дополнительные возможности для пребывания детей на воздухе.

Основная работа с детьми III группы здоровья 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 чередованием их с отдыхом с использованием спокойных и подвижных игр.

Нормальное развитие ребенка невозможно без обеспечения адекватной двигательной активности. Упражнения скелетных

мышц обеспечивают поддержание высокого уровня обменных процессов, что повышает сопротивляемость организма к неблагоприятным факторам, инфекции, позитивно влияет на регуляцию физико-химических процессов в тканях. Правильно организованное физическое воспитание способствует развитию у детей логического мышления, внимания, памяти, инициативы, воображения, самостоятельности и выработке характера [2, 3].

Известно, что общая двигательная активность должна составлять не менее 50% от суточного времени или 70—80% от времени пребывания в ДОУ. В системе физического воспитания в летний период в курируемых нами ДОУ используются следующие основные организованные формы двигательной деятельности детей:

- утренняя гигиеническая гимнастика;
- подвижные игры и физкультурные упражнения на прогулке;
- самостоятельная двигательная деятельность;
- физкультминутки;
- спортивные упражнения;
- пешеходные прогулки, экскурсии, прогулки по маршруту (простейший туризм);
- иппотерапия (оздоровительная верховая езда);
- физкультурные праздники и Дни здоровья.

Оптимальное место проведения утренней гимнастики в летнее время — игровые площадки группы. В зависимости от температуры окружающего воздуха, дети занимаются в облегченной одежде или трусиках. В оздоровительный комплекс утренней гимнастики, помимо общеразвивающих упражнений, включают дыхательную гимнастику, специальные упражнения для укрепления мышц спины и стопы, оздоровительный бег разной интенсивности в течение 3 мин [2]. Особое внимание уделяется совершенствованию функций внешнего дыхания, для чего детей учат сочетать движение с вдохом и выдохом, включать так называемые «дыхательные упражнения» с произношением звуков и слогов, уделять внимание формированию правильного носового дыхания. На оборудованной спортивной площадке с травяным покрытием используют элементы босохождения. Важный компонент организованной двигательной активности — подвижные игры, проводимые во время прогулки в первую половину дня при температуре воздуха не выше 25 °С. Для достижения оптимального тренирующего эффекта используют подвижные игры большой интенсивности, спортивные игры, игры-соревнования, эстафеты или бег в нарастающем темпе в течение 3—5 мин в зависимости от возраста (1—2 игры

или пробежки, чередуя их с периодами самостоятельной деятельности). Подвижная игра дополняется элементами закаливания (игры с водой). Кроме того, летние месяцы благоприятны для организации пешеходных прогулок, экскурсий, прогулок по маршруту (простейший туризм). Прогулки по маршруту и экскурсии организуются 1—2 раза в неделю в парк или лесопарковую зону. Во время их проведения контролируется соответствие погоде обуви и одежды, в солнечную погоду — обязательны панамки. Продолжительность прогулок или экскурсий для детей старшего дошкольного возраста не превышает 30—40 мин в один конец.

Длина пути для 6—7-летних детей составляет не более 1,5—2,0 км в один конец, для детей 4—5 лет — не более 1,0—1,5 км. После каждых 10—15 мин пути устраиваются остановки для отдыха продолжительностью 5 мин. По прибытии в парк детям раздают физкультурные пособия (мячи, скакалки, обручи) для активной деятельности. Используются также доступные подручные материалы. Кроме того, с детьми проводятся подвижные игры. Перед возвращением осуществляется переход к более спокойной деятельности.

Экскурсии организуются с целью наблюдения за окружающей

природой. Исходя из решения воспитательно-образовательных задач, экскурсии повторяются в одни и те же места. На конечном пункте делается привал на 20—30 мин. Во время отдыха проводятся необходимые наблюдения за живой природой, беседы, дидактические игры, дети вместе с воспитателем собирают отдельные виды растений.

При организации прогулок по маршруту или экскурсий воспитатель обеспечивается питьевой бутилированной водой для детей, одноразовыми стаканчиками и медицинской аптечкой.

Высокоэффективный фрагмент прогулок — использование оздоровительной верховой езды. Данный метод сочетает в себе социально-психологическое и лечебно-реабилитационное воздействие [3]. Занятия лечебной верховой ездой помогают стабилизировать мобильность позвоночника, создать мощный «мышечный корсет». Группы тренируемых мышц при выполнении различных аллюров лошади меняются. Дополнительный эффект техники смены аллюров — формирование правильной осанки. Немаловажное значение имеет и закрепление навыков правильного дыхания. Возможность овладения и управления большим и сильным животным дарит ребенку ощущение победы и осознание возможностей собственной

личности. Одновременно иппотерапия формирует у ребенка мотивацию к обучению: чтобы научиться ездить верхом самостоятельно, необходимо овладеть определенными знаниями, умениями и навыками. И ребенок начинает овладевать ими, одновременно развивая познавательную, эмоционально-волевою и физическую сферы. Учебный материал, предъявляемый на занятии, воспринимается, запоминается и воспроизводится гораздо лучше, чем на обычных занятиях. Эмоциональное сопровождение полученных знаний стимулирует развитие процессов долговременной памяти.

Не следует забывать, что, несмотря на высокую эффективность вышеперечисленных мероприятий, самостоятельная двигательная деятельность детей остается одним из важнейших элементов режима дня. Данный вид деятельности осуществляется в течение всего времени пребывания ребенка в ДОУ, но в большем объеме он реализуется во вторую половину дня.

Для обеспечения достаточной двигательной активности детей широко используются оборудование спортивных площадок, физкультурные пособия на участках, велосипеды, самокаты, роликовые коньки, мячи, скакалки, такие игры, как серсо, кегли, кольцеброс, городки.

Один из основных видов деятельности детей дошкольного возраста на прогулке — сюжетно-ролевая игра, а также игры в «лошадки», «прятки», «жмурки», «догонялки», всевозможные игры с мячом — «штандер», «поймай мяч», футбол, волейбол.

На активную двигательную деятельность в режиме дня выделяется не менее 3,5—4 ч в день. При самостоятельной двигательной деятельности дети в значительной степени сами регулируют свою физическую нагрузку, сменяя более интенсивные движения менее интенсивными и делая паузы. Однако воспитатель внимательно следит за состоянием детей, осуществляя индивидуальное руководство их деятельностью. Некоторым детям он предлагает отдохнуть, предупреждая чрезмерное их перегревание и усталость; малоподвижных, наоборот, побуждает к движению. Детям с низким уровнем физической подготовки воспитатель помогает в освоении сложных движений, вселяя в них уверенность в своих силах, если надо, предлагает свою помощь в трудные для них моменты.

Руководство всеми видами двигательной активности детей воспитатель сочетает с формированием у них нравственно-волевых качеств, положительных форм взаимоотношений, развити-

ем речи, умственным и эстетическим воспитанием.

Следующее важное звено летней оздоровительной работы — закаливание. Очевидно, что с учетом климатических особенностей нашего региона, а именно длительности светового дня, температуры воздуха и особенностей инсоляции — летние месяцы наиболее благоприятный период для проведения закаливающих мероприятий детям [1]. В первую очередь следует обращать внимание на элементы закаливания в повседневной жизни, предусматривающие:

- максимальное пребывание детей на свежем воздухе;
- рациональную (хлопчатобумажную) одежду детей (1—2-слойная легкая одежда с коротким рукавом или без него, носки, босоножки, панамка);
- организацию дневного сна (без ночных рубашек и маек, в помещении с открытыми окнами/фрамугами);
- расширенное умывание прохладной водой (для детей раннего возраста температура воды постепенно снижается с 22 °С до 16—18 °С, моют шею и руки до локтя; для дошкольников температура воды постепенно снижается с 20 °С до 14—16 °С, моют шею, верхнюю часть груди и руки выше локтя);
- обмывание ног водой перед дневным сном (начальная тем-

пература для детей раннего возраста 32 °С с постепенным снижением до 26 °С; для дошкольников — 28 °С и 16 °С);

- полоскание рта и горла прохладной кипяченой или минеральной водой, отварами трав или раствором морской соли (начальная температура 36—37 °С с последующим снижением на 1—2 °С каждые 3—4 дня и доведением до комнатной температуры; при этом детям раннего возраста, не умеющим полоскать горло, рекомендуется по такой же схеме питье прохладной кипяченой воды).

Наряду с этим, в нашей климатической зоне необходимо как можно более эффективно использовать летние месяцы для приема солнечно-воздушных ванн во время прогулок. В детских садах они проводятся на игровых площадках под рассеянным солнечным светом в период с 10.00 до 12.00 и с 16.00 до 18.00 ч не ранее чем через 1,5 ч после еды и не позднее чем за 30 мин до еды при температуре воздуха не ниже 22 °С. Продолжительность процедуры: для детей раннего возраста — 3—5 мин с постепенным увеличением до 20 мин; для дошкольников — от 5 до 30 мин. Дополнительное воздействие солнечной инсоляции и воздуха происходит и при проведении занятий утренней оздо-

ровительной гимнастикой в облегченной одежде на улице.

Эффективный метод закаливания — босохождение. Ходьба босиком обычно проводится перед завершением утренней прогулки (начиная с 3—4 мин и доведя постепенно до 10—15 мин) с использованием контрастной дорожки: горячий песок (на солнце) — холодный песок (в тени) — гравий или трава. После босохождения проводится обмывание ног водой (начальная температура воды для детей раннего возраста 32 °С с постепенным снижением до 26 °С; для дошкольников — 28 °С и 16 °С). Данный метод прост в исполнении и сочетает в себе помимо контрастного температурного воздействия еще и массаж биоактивных точек стопы. Кроме того, босохождение по неровной поверхности стимулирует развитие мышц свода стоп, что обеспечивает профилактику и коррекцию плоскостопия у детей [2].

Следующим, не менее важным компонентом оздоровления, является организация полноценного рационального питания с учетом физиологических потребностей растущего детского организма. В летний период времени рацион детей максимально обогащается свежими овощами и фруктами. Для приготовления салатов используются

овощи, произрастающие в нашем регионе, — морковь, редис, огурцы, помидоры, различные виды капусты, зеленый лук. Фрукты даются на полдник или в качестве дополнительного завтрака. Особое внимание при организации питания в летний период уделяется тщательному соблюдению санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, организации питьевого режима, обеспечивающего безопасность качества питьевой воды, которая должна отвечать требованиям санитарных правил.

Постоянный контроль осуществляется за соблюдением правил личной гигиены детьми и персоналом.

Немаловажный этап оздоровительной деятельности ДОУ — работа по формированию установок на здоровый образ жизни в семье и коллективе ДОУ. Эффективным методом такой работы являются Дни здоровья, физкультурные праздники и спортивные соревнования, проводимые совместно детьми, родителями и персоналом ДОУ. Летний отпуск родителей должен быть использован с максимальным эффектом для оздоровления семьи и ребенка. Для достижения указанной цели проводятся плановые образовательные программы для роди-

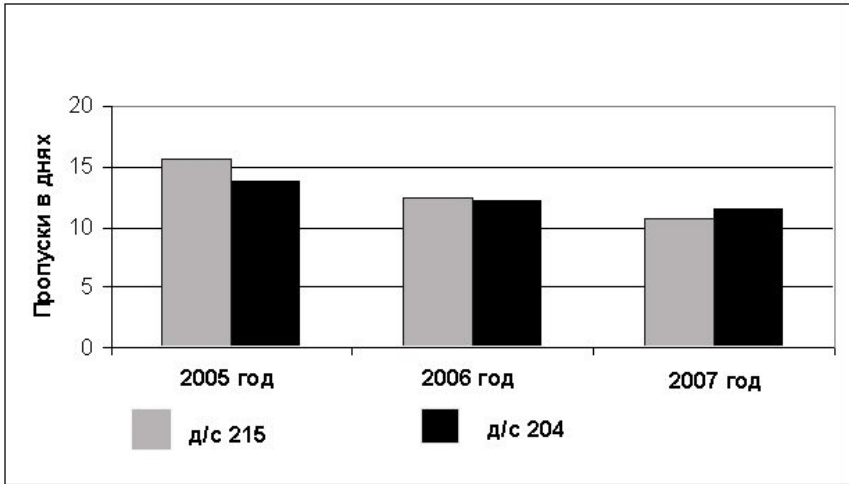


Рис. 1. Динамика показателя пропусков по болезни по детским садам за 2005—2007 гг.

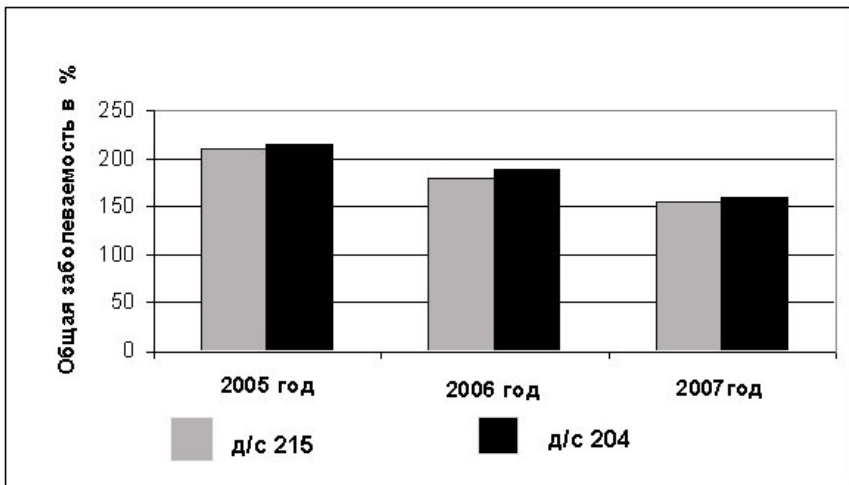


Рис. 2. Динамика общей заболеваемости по детским садам за 2005—2007 гг.

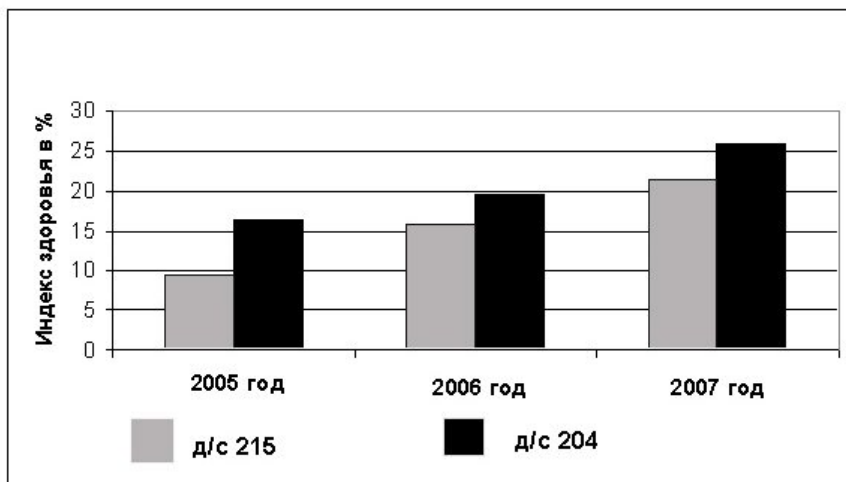


Рис. 3. Динамика индекса здоровья по детским садам за 2005—2007 гг.

телей и детей, в ходе которых участники знакомятся и осваивают основные компоненты летних оздоровительных мероприятий.

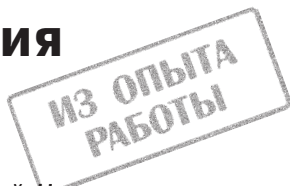
С момента внедрения данной комплексной программы оздоровления детей в летнее время в курируемых детских садах получены убедительные подтверждения эффективности разработанной системы мероприятий. По данным годовых отчетов, уменьшился пропуск одним ребенком дней по болезни (рис. 1), снизилась общая заболеваемость (рис. 2), увеличился индекс здоровья (рис. 3).

Таким образом, предложенная нами комплексная программа по оздоровлению дошкольников в летний период является эффективной и может быть использована для сохранения, развития и укрепления здоровья детей в организованных коллективах.

Литература

1. Врач детского дошкольного образовательного учреждения / Под ред. Н.Л. Черной. Ростов н/Д., 2007.
2. Педагогика здоровья. Здоровье-сберегающая технология / Под ред. Н.В. Ульянкиной. М., 2004.
3. Современные технологии реабилитации в педиатрии / Под ред. Е.Т. Лильина. М., 2000.

Здоровье и гармония личности ребенка



Ималетдинова А.Г.,

заведующий МДОУ д/с № 429, г. Нижний Новгород

Воспитание здорового, физически подготовленного подрастающего поколения — основная задача медиков, педагогов и родителей. Поэтому приоритетным направлением деятельности ДОУ выбрана физкультурно-оздоровительная работа. Проблема «здоровья» рассматривается коллективом в широком социальном аспекте, включающем физическое, психическое, нравственное и духовное здоровье человека.

Работа педагогического коллектива направлена на комплексное решение проблем гармоничного развития детей, в том числе снижения заболеваемости и воспитания потребности в здоровом образе жизни.

Цель разработки нетрадиционного подхода к физическому воспитанию — обеспечить дифференцированный и индивидуальный подход к физическому воспитанию дошкольников с различными проблемами в состоянии здоровья.

Разработанная коллективом МДОУ № 429 система физического воспитания решает следующие *задачи*:

- развивать основные физические качества (быстрота, сила, ловкость, выносливость);
- обучать наиболее важным и жизненно необходимым движениям;
- формировать культуру поведения по отношению к своему здоровью на основе знаний о строении и функциях организма человека.

Эффективность работы ДОУ в данном направлении определяется:

- соответствием уровня физического развития возрастным критериям;
- результативностью физической подготовленности в соответствии с коэффициентом двигательного развития (КДР);
- позитивной динамикой этапов прироста физических качеств (быстротой, силой, выносливостью, гибкостью);
- оптимальным развитием основных психических процессов;
- способностью к самоорганизации в двигательной деятельности;
- наличием стойких привычек по уходу за своим телом для

сохранения и укрепления здоровья.

Воспитать здорового ребенка можно только при содружестве медицинских и педагогических работников, четко организованной оздоровительной работе с детьми.

Совместная деятельность педагогического и медицинского персонала позволяет:

- обеспечить единые подходы к сохранению и укреплению здоровья ребенка;
- проводить систематическую оздоровительную работу с детьми, направленную на коррекцию отклонений в их здоровье;
- организовать медико-педагогический контроль за физическим воспитанием и развитием детей в ДОУ и семье.

В соответствии с этим разработаны пути совместной работы педагогов и медиков по оздоровлению детей:

- присутствие педагогов при медицинском обследовании состояния здоровья и физического развития детей;
- внесение данных обследования в «Журнал здоровья»;
- медико-педагогическое наблюдение за методикой физического воспитания, закаливания, организацией питания, физиологической реакцией детей, соответствием нагрузки их возрастным и индивидуальным особенностям;

— санитарно-педагогический надзор за гигиеническим состоянием группы, участка, обслуживания и обуви;

- проведение медико-педагогических совещаний (1 раз в месяц) для обсуждения результатов, технологий, мероприятий по физическому воспитанию и развитию детей;
- санитарно-просветительская работа среди педагогов и родителей.

Вся деятельность по оздоровлению детей строится с учетом их физической подготовленности и имеющихся отклонений в состоянии здоровья по трем направлениям: лечебно-профилактическая работа; закаливание и массаж; организация питания.

Лечебно-профилактическая работа включает:

- контроль за санитарно-гигиеническими условиями, организацией режима дня, питанием и физическим воспитанием детей;
- организацию диспансерного наблюдения за детьми и лечебно-оздоровительных мероприятий;
- организацию противоэпидемических мероприятий.

В соответствии с этим:

- каждый ребенок, поступающий в ДОУ, осматривается врачом, который дает оценку состоянию его здоровья, физического и нервно-психического развития;

- совместно с педагогами ребенку назначаются соответствующий режим, питание и оздоровительные мероприятия;
- все данные заносятся в «Журнал здоровья», который хранится в группе;
- ежеквартально врач составляет этапный эпикриз, фиксирующий результаты развития ребенка за истекший период;
- показатели развития анализируются в динамике на медико-педагогических совещаниях;
- дети, имеющие отклонения в здоровье, комплектуются по группам; кроме врача ДОУ наблюдаются специалистами (невропатологом, ортопедом, гастроэнтерологом и др.).

Лечебно-профилактическая работа складывается из медикаментозного лечения; физиолечения и фитотерапии.

Закаливание — эффективное средство укрепления здоровья, профилактики заболеваний. Закаливать необходимо каждого ребенка независимо от состояния его здоровья и физического развития, поскольку в процессе закаливания происходят перестройки в психоэмоциональном состоянии, что проявляется в повышении устойчивости организма к простудным заболеваниям, улучшении настроения, уравновешенности и выдержанности.

Задачи закаливания:

- формировать в организме ребенка стойкость к неблагопри-

- ятным внешним воздействиям;
- проводить профилактику простудных и других заболеваний;
- воспитывать привычку к специальным закаливающим процедурам.

В ДОУ № 429 проводятся два вида закаливания: пассивное и активное. Пассивное заключается в правильном использовании теплозащитных свойств одежды и регулировании температуры помещения, активное — в применении специальных температурных воздействий с помощью воздушных, водных и солнечных процедур.

Принципы, обеспечивающие эффективность закаливающих процедур:

- систематичность и последовательность, т.е. ежедневное проведение закаливающих процедур независимо от погодных условий;
- учет индивидуальных особенностей и состояния здоровья ребенка;
- медико-педагогический контроль за проведением закаливающих процедур;
- комплексное использование природных факторов (солнца, воздуха, воды);
- учет климатических условий, влияющих на терморегуляцию.

Закаливающие процедуры должны вызывать у детей положительные эмоции. Поэтому нужно начинать с щадящих и менее интенсивных и только затем

переходить к более сильным. Во время заболеваний закаливающие процедуры не применяются.

Важное значение имеет массаж, способствующий расширению капилляров кожи, улучшающий циркуляцию крови и лимфы, усиливающий функцию потовых, сальных желез, что положительно влияет на обмен веществ. Массаж улучшает подвижность связочного аппарата.

К проведению массажа предъявляются следующие требования:

- массажные приемы не должны вызывать болевых ощущений;
- при выполнении любого приема следует соблюдать определенный ритм, темп движений и силу давления;
- во время массажа нужно внимательно следить за детьми, всегда быть с ними приветливыми: разговаривать, улыбаться, хвалить их;
- желательно проводить его в форме игры: «Погладим наши ручки», «Разомнем наши пальчики» и т.д.

По словам академика А.А. Покровского, питание является основным фактором внешней среды, оказывающим непосредственное влияние на жизнедеятельность живого организма.

Суть рационального питания составляют следующие правила: — калорийность потребляемой пищи не должна превышать энергозатрат организма;

— в суточный рацион должны входить пищевые вещества в сбалансированном виде;

— строгое соблюдение режима питания;

— разнообразие в питании;

— правильное сочетание блюд (если первое — овощное, то гарнир может быть крупяным);

— учет сезона года (весной и летом больше зелени, овощей, фруктов);

— суточный рацион должен включать определенное количество белков, жиров (по 60 г), углеводов (240 г);

— все используемые пищевые продукты должны быть доброкачественными и свежими, приготовленными по технологии, сохраняющей их пищевую и биологическую ценность;

— эстетика в оформлении стола, блюд и культура приема пищи.

Реализация всех направлений работы привела к позитивным результатам: снизился процент детей с патологией здоровья и уровень заболеваемости.

Анализ данных свидетельствует о том, что слаженная работа медицинского и педагогического персонала позволяет снизить частые заболевания детей ОРЗ, исправить нарушения опорно-двигательного аппарата, уменьшить количество гастроэнтеритов, способствует снижению нервных заболеваний.

Приложение

Содержание лечебно-оздоровительной работы с детьми на год
(I группа здоровья)

Месяц	Медикаментозное лечение	Физиолечение	Фитотерапия	Закаливание	Массаж
1	2	3	4	5	6
Сентябрь	—	—	Витон № 1 (сироп из сбора трав: мяты, зверобоя, мать-и-мачехи, чабреца) 50 × 1 раз в день в течение 1 месяца	Контрастный душ, температура воды с 38 до 16 °С	—
Октябрь	Дибазол 0,04 × 1 раз в день № 10 + витамин В ₆ 1 драже × 2 раза в день № 10 в целях повышения иммунитета	—	—	—	Общеукрепляющий массаж № 10
Ноябрь	—	—	—	—	—
Декабрь	Профилактика гриппа: интерферон 5 капель × 2 раза в день × 5 дней	—	Лук + чеснок 2 раза в день против гриппа	—	—
Январь	—	Общее УФО № 10	Витаминный чай (шиповник + изюм + крапива) 100 г × 1 раз в день в течение 1 месяца	—	—
Февраль	—	—	—	—	Общеукрепляющий массаж № 10
Март	Дибазол 0,04 × 1 раз в день, 10 дней + поливитамины 1 драже × 2 раза — 10 дней	—	—	Контрастный душ, ходьба босиком (от 30 с до 3 мин)	—

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6
Апрель	—	—	Витаминный чай (черноплодная рябина + яблоко) 100 г × 1 раз в день в течение 1 месяца	Контрастный душ, ходьба босиком до 3 мин (после сна) + воздушные ванны	—
Май	—	—	—	Контрастный душ + воздушные ванны после сна + ходьба босиком по земле, температура воздуха выше 20 °С (от 30 с до 3 мин)	—
Июнь	—	—	—	Купание в бассейне на участке, температура воздуха выше 22 °С, воды с 38 до 18 °С, солнечные и воздушные ванны, ходьба босиком по земле (от 3 до 20 мин)	—
Лечебно-оздоровительная работа с детьми, часто болеющими простудными заболеваниями					
Сентябрь	Осмотр врачом-оториноларингологом, стоматологом. Витамин А + настойка женьшеня 1 капля на 1 год жизни × 1 раз в день, 14 дней	Ингаляции с травами, тубус, электрофорез по показаниям	—	Обширное умывание с понижением температуры воды с 38 до 28 °С	Массаж грудной клетки № 10

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6
Октябрь	Дибазол 0,04 × 1 раз в день + витамин С, 14 дней	Люстра Чижевского	Фитосон № 7 (сбор трав: листьев шалфея, алоэ, душицы, побегов багульника, зверобоя) 50 г × 1 раз в день, 14 дней	Хождение босиком, температура пола 14 °С + обширное умывание	—
Ноябрь	Осмотр врачом-иммунологом. Настойка элеутерококка (1 капля на 1 год жизни × 14 дней). Лактобактерин 100 г × 1 раз в день в течение 1 месяца	По назначению врача (индивидуально)	—	—	Массаж стоп с масляными растворами № 10
Декабрь	Профилактика гриппа (интерферон по 5 капель × 2 раза в день, 5 дней)	Общее УФО № 10	Сироп шиповника по 1 ч. л. × 2 раза в день, 14 дней, ароматерапия — сон в группе, наполненной запахами трав	Хождение босиком + обширное умывание + полоскание горла настоем шалфея	Массаж грудной клетки № 10
Январь	БАДы (овес + морковь) 2 таблетки × 1 раз в день, 14 дней	—	Витаминный сбор (листья черной смородины + красной рябины (плоды) + мята) 100 г × 1 раз в день в течение 1 месяца	Хождение босиком + обширное умывание	Точечный массаж № 10
Февраль	Витамины группы В (В ₅ , В ₁₂) 1 драже × 2 раза в день, 10 дней	Люстра Чижевского	—	Хождение босиком + обширное умывание + полоскание горла настоем ромашки с понижением температуры настоя	Массаж стоп с масляными растворами трав № 10

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6
Март	Осмотр врачом-отоларингологом	По назначению врача	Настойка женьшеня 1 капля на 1 год жизни × 2 раза в день в течение 1 месяца	Ходьба босиком + обширное умывание	Массаж грудной клетки № 10
Апрель	Дибазол 0,04 × 1 раз в день + витамин С 1 драже × 2 раза в день, 10 дней. ТУМ (30 г геркулеса × 350 г воды, кипятить до 1/2 объема + 5 г сливочного масла + 30 г сока + 5 г сахара) в течение 1 месяца	—	Фитосон № 7	Хождение босиком + обширное умывание + полоскание горла настоем календулы с понижением температуры	Точечный массаж № 10
Май	Настойка элеутерококка (1 капля на 1 год жизни × 1 раз в день, 10 дней). Витамины группы В (В ₅ , В ₁₂) 1 драже × 2 раза в день, 10 дней. БАДы (яблоко + овес) 2 таблетки × 2 раза в день, 14 дней. Лактобактерин 100 × 1 раз в день в течение 1 месяца	—	Грудной сбор (корень алтея + мать-и-мачеха + мята) 50 г, № 10	Обливание ног с понижением температуры воды с 36 до 28 °С	Массаж стоп с масляными растворами трав № 10
Июнь	—	—	Витон № 1 50 × 1 раз в день в течение 1 месяца	Солнце + воздух + вода (купание в бассейне на участке с понижением температуры воды с 36 до 28 °С)	—

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6
Лечебно-оздоровительная работа с детьми с нарушением осанки и плоскостопием					
Сентябрь	Осмотр детей врачом-ортопедом. ЛФК (специальный комплекс). Обувь с супинаторами при плоскостопии	—	Витаминный чай (шиповник + красная рябина + мята) 100 г × 1 раз в день в течение 1 месяца	Купание в мини-бассейне	Массаж грудной клетки, стоп № 10 при плоскостопии
Октябрь	ЛФК. Витамины В ₅ , В ₁₂ 1 драже × 2 раза в день № 10	—	Фиточай (черная смородина + зверобой + ромашка) 100 г × 1 раз в день в течение 1 месяца	—	—
Ноябрь	ЛФК	—	Фиточай (цветы ромашки + шалфей) 100 г × 1 раз в день в течение 1 месяца	—	Массаж грудной клетки, спины и стоп № 10
Декабрь	ЛФК. Витамин С, 1 драже × 2 раза в день, 14 дней	Общее УФО № 10	Фиточай (трава и корни эфедры) 100 г × 1 раз в день, 14 дней	Ходьба по солевой дорожке с ношением палок на плечевом поясе	—
Январь	ЛФК	—	—	Ходьба по йодно-солевой дорожке с предметами на шейно-плечевом поясе	Массаж стоп, грудной клетки и спины № 10

Окончание табл.

1	2	3	4	5	6
Февраль	ЛФК	—	Фиточай (шиповник + красная рябина + мята) 100 г × 1 раз в день в течение 1 месяца	—	—
Март	Осмотр детей врачом-ортопедом. ЛФК	—	—	Ходьба по йодно-солевой дорожке + умывание рук до локтя	Массаж стоп, грудной клетки и спины № 10
Апрель	ЛФК	—	Фиточай (фиалка + крапива + петрушка) 100 г × 1 раз в день, 14 дней	Ходьба по йодно-солевой дорожке, воздушные ванны, умывание рук по локоть и шеи	—
Май	ЛФК	—	—	Солнце и воздушное, ходьба босиком по земле (от 30 с до 3 мин), температура воздуха 22 °С и выше	Массаж стоп, грудной клетки и спины № 10
Июнь	ЛФК	—	—	Солнце, воздух и купание в бассейне на участке, ходьба босиком по траве до 30 мин	—

Отношение девочек старшего дошкольного возраста к родителям

Великова С.А.,

канд. психол. наук, доцент,

Владимирский государственный университет;

Гусарова Г.В.,

психолог МДОУ № 95, г. Владимир

Актуальность проблематики детско-родительских отношений остается неизменно острой на протяжении всего развития психологической науки и практики. Роль гендерных стереотипов в детско-родительских отношениях можно проследить в работах отечественных психологов — И.С. Клециной, И.С. Кона, В.С. Мухиной. Из зарубежных авторов этой проблемой занимался немецкий психолог Р. Борман. Под влиянием родительских отношений формируется личность ребенка дошкольного возраста. Родительская роль специфицирована в соответствии с полом ребенка, что находит отражение в различных социальных ожиданиях и нормативах поведения, предписываемых обществом. Выявленные особенности системы отношений ребенка к родителям дает ключ к пониманию того, как воздействовать на эти отношения, можно ли влиять на дальнейшее развитие личности ребенка.

Цель исследования: определить отношение дошкольниц 5—6 лет к родителям.

Методы: наблюдение, методика

Р. Жилия «Фильм—тест», методы математической статистики.

Процедура обследования проводилась индивидуально с каждым ребенком в течение 20—25 мин.

Выбор испытуемых: 14 девочек, посещающих ДОУ № 83 «Солнышко» г. Владимира.

Результаты по методике Рене Жилия показали высокие баллы по отношению к матери (средний балл $7,42 \pm 1,37$). Средний балл отношения к отцу у девочек старшего дошкольного возраста составляет $5,28 \pm 0,106$. Это свидетельствует о том, что отношение девочек к матери преобладает над отношением к отцу. Совместное отношение к родителям ниже, чем средние баллы показателей отношения к матери и отцу (средний балл — $4,12 \pm 0,55$). Преобладание отношения к матери подтверждают и отзывы о матери, средний балл которых соответствует $2,71 \pm 0,18$, над отзывами об отце, средний балл которых $1,85 \pm 0,14$ (по объек-

тивным данным). Показатель среднего балла отношения к другим значимым взрослым родственникам (дедушкам, бабушкам, тетям, дядям) соответствует $2,57 \pm 0,48$, что указывает на низкую значимость взрослых для выбранных дошкольниц. Еще меньшую значимость представляют братья и сестры. Показатель среднего балла равен $0,14 \pm 0,14$. Данный аспект указывает на то, что девочки воспитываются в однодетных семьях. Показатель среднего балла по отношению девочек старшего дошкольного возраста к своим друзьям, подругам соответствует $3,71 \pm 0,56$. Отношение детей к воспитателю группы имеет меньший средний балл — $2,71 \pm 0,74$. Любознательность девочек по методике Рене Жилия составляет средний балл $4,28 \pm 0,304$. Общительность в группе детей имеет показатель среднего балла $3,71 \pm 0,47$; влечение к доминированию или лидерству в группе детей, средний показатель которого соответствует $2,28 \pm 0,42$. Шкала «конфликтность, агрессивность» имеет показатель среднего балла $0,85 \pm 0,34$; показатель среднего балла по шкале «реакция на фрустрацию» составляет $2,71 \pm 0,42$; стремление к уединению и отгороженности имеет средний балл, равный $2,28 \pm 0,64$.

Аккуратность детей (по объективным данным) имеет показатели среднего балла $3,85 \pm 0,26$. По результатам данной шкалы мы можем судить о том, насколько

аккуратны девочки дошкольного возраста, и имеем неплохие показатели, говорящие о высокой степени аккуратности и опрятности детей. Вежливость имеет показатель среднего балла $2,28 \pm 0,18$. Отзывы девочек старшего дошкольного возраста о совместной деятельности со своими родителями соответствуют среднему баллу $4,28 \pm 0,26$; помощь родителям составляет средний балл $2,14 \pm 0,14$.

Таким образом, наблюдается тенденция уменьшения показателей среднего балла у девочек старшего дошкольного возраста, воспитывающихся в однодетных семьях и посещающих детский сад. На первом месте у девочек старшего дошкольного возраста находится отношение к матери, на втором — к отцу. Отношение с друзьями и подругами тождественно отзывам о совместной деятельности с родителями и отношению к обоим родителям, как родительской чете, $p > 0,05$. Следовательно, можно сказать, что друзья и подруги девочек старшего дошкольного возраста исполняют роль слушателей о совместной деятельности детей с родителями, а также находятся в такой же роли, что и оба родителя (как родительская чета), т.е. отношения к родителям, друзьям и подругам достоверно неразличимы — $p > 0,05$. Можно полагать, что отношение к друзьям и подругам тождественно определяет отношение к обоим родителям; отношение к воспитателям

тождественно отношениям к другим близким взрослым родственникам, а также отзывам о матери.

Таким образом, отношения к воспитателю и другим близким взрослым родственникам имеют одинаковое значение для девочек данного возраста. Они являются слушателями рассказов девочек о своих матерях. Отношения с воспитателями складываются как формы обогащения разнообразной информацией и овладения различными формами игровой деятельности, что отражается в оказании детьми помощи родителям и в отношениях со сверстниками. Отзывы об отце имеют для девочек меньшее значение, чем помощь своим родителям по дому. Братья и сестры занимают последние места в ранге значимости отношений старшего дошкольника, что обусловлено спецификой выборки — полные однодетные семьи.

Корреляционный анализ показал, что на отношение к матери максимальное значение оказывает отношение к отцу, причем связь корреляции обратная — r между показателем отношения к матери и отцу составляет: $r = -0,93$ при $p < 0,01$. Огромную роль на отношения девочек с матерями оказывают отзывы о матери. Отношения матерей и дочерей практически зависят от количества и качества отзывов дочерей о своих матерях, т.е. чем больше и лучше девочки отзываються о своих мамах, тем ближе и крепче их

отношения. Это подтверждает коэффициент корреляции: $r = 0,92$ при $p < 0,01$. Также на отношение девочек старшего дошкольного возраста к матери оказывают влияние такие черты характера детей, как конфликтность и агрессивность. Связь обратная, поэтому чем выше уровень развития данных черт личности у детей старшего дошкольного возраста, тем хуже отношение к матери, т.е. мать выступает для ребенка объектом агрессии. Данный вывод подтверждает коэффициент корреляции между показателем отношения к матери и конфликтности-агрессивности, который равен: $r = -0,74$ при $p < 0,05$. На отношение старших дошкольников к матерям влияют отношения с другими близкими взрослыми родственниками. Связь обратная — чем лучше отношения с другими взрослыми родственниками, тем хуже отношение к матери: $r = -0,71$ при $p < 0,05$.

Аккуратность девочек старшего дошкольного возраста также оказывает влияние на отношение девочек к матерям. Практически получается, чем аккуратнее девочки, тем у них лучше отношение к матерям, что подтверждает коэффициент корреляции между показателями отношения к матери и аккуратности детей, который равен: $r = 0,69$ при $p < 0,05$. Фрустрация также оказывает влияние на отношение старших дошкольников к матерям. Связь обратная и поэтому можно сделать вывод, что

чем сильнее реакция ребенка на фрустрацию, тем хуже отношение к матери, что подтверждает коэффициент корреляции: $r = -0,66$ при $p < 0,05$.

На отношение старших дошкольников к отцам большое значение имеют отзывы о матери; чем больше и лучше девочки отзываются о своих матерях, тем хуже и холоднее они относятся к отцу. Данный вывод подтверждает коэффициент корреляции между показателями отношения к отцу и отзывами о матери, который равен $r = -0,87$ при $p < 0,01$. Большое значение для отношений девочек с отцами имеют конфликтность и агрессивность старших дошкольников. Чем конфликтнее или агрессивнее девочки, тем лучше они находят язык с отцом. Это может подтвердить коэффициент корреляции, который равен $r = 0,84$ при $p < 0,01$. Негативное психическое состояние (фрустрация) девочек старшего дошкольного возраста также играет важную роль в отношении девочек к отцу. Чем сильнее реакция на фрустрацию, тем лучше у дошкольников отношение к отцу. Девочки ищут в отце поддержку. Это подтверждает коэффициент корреляции, равный $r = 0,80$ при $p < 0,01$. На отношение старших дошкольников к своим отцам оказывают влияние отзывы девочек о матерях, конфликтах (агрессивность дошкольников и их негативное психическое состояние). Корреляционный анализ показал, что на

отношение старших дошкольников к обоим родителям, как родительской чете, оказывает влияние аккуратность девочек. Чем аккуратнее они выглядят, тем лучше у них отношения с родителями. Коэффициент корреляции: $r = 0,68$ при $p < 0,05$.

Также на отношение старших дошкольников к родителям влияет отношение девочек к другим близким взрослым родственникам. Можно сказать, чем лучше отношение к другим родственникам, тем хуже к родителям как родительской чете, что подтверждает коэффициент корреляции: $r = -0,68$ при $p < 0,05$. На отношение девочек с другими близкими взрослыми родственниками оказывает огромное влияние аккуратность детей. Связь обратная, поэтому можно сделать вывод, что чем аккуратнее девочки старшего дошкольного возраста, тем хуже у них отношения с другими близкими взрослыми родственниками. Это подтверждает коэффициент корреляции: $r = -0,84$ при $p < 0,01$. Также на отношение к другим близким взрослым родственникам влияют отзывы дошкольников о матерях. Чем лучше девочки о них высказываются, тем хуже у них отношение к другим близким взрослым родственникам, тем отдаленнее они от них. Данный вывод подтверждает коэффициент корреляции: $r = -0,77$ при $p < 0,05$.

На отношение дошкольников к своим друзьям-подругам оказы-

вают влияние рассказы самих девочек о помощи своим родителям дома. Чем больше девочки об этом рассказывают своим друзьям и подругам, тем лучше и ближе у них становятся отношения со сверстниками. Это может подтвердить коэффициент корреляции: $r = 0,67$ при $p < 0,05$.

На отношение девочек к воспитателям также оказывают влияние рассказы дошкольниц о помощи своим родителям. Воспитатели, так же как и сверстники, становятся невольными слушателями дошкольниц об их домашних делах. Коэффициент корреляции: $r = 0,73$ при $p < 0,05$.

И чем больше дети рассказывают о совместных делах и затеях со своими родителями, тем больше развивается у них любознательность. Коэффициент корреляции: $r = 0,84$ при $p < 0,01$. Огромное значение на общение дошкольниц со сверстниками оказывает аккуратность детей. Получается, чем аккуратнее они выглядят, тем лучше и проще им общаться со своими сверстниками (коэффициент корреляции: $r = 0,89$ при $p < 0,01$). Немаловажное значение на общение девочек со сверстниками имеет их стремление к лидерству в коллективе детей своего возраста. Чем больше они стремятся быть лидерами, тем лучше у них складываются отношения со сверстниками (коэффициент корреляции: $r = 0,78$ при $p < 0,05$).

Очень важное значение для развития таких черт характера

девочек старшего дошкольного возраста, как конфликтность и агрессивность, имеет негативное психическое состояние (фрустрация) дошкольниц. Чем сильнее реакция девочек на фрустрацию, тем лучше создаются условия для развития таких черт характера, как конфликтность и агрессивность (коэффициент корреляции: $r = 0,95$ при $p < 0,01$). Также большое значение для развития конфликтности-агрессивности имеют отзывы девочек о матерях. Связь обратная, поэтому можно сказать, что чем больше девочки отзываются о своих матерях, тем слабее у них развиты конфликтность и агрессивность (коэффициент корреляции: $r = -0,87$ при $p < 0,01$).

Аккуратность девочек старшего дошкольного возраста также играет важную роль в становлении таких черт характера, как конфликтность и агрессивность. Связь обратная, поэтому можно сказать, что чем аккуратнее выглядят дошкольницы, тем слабее у них развиты конфликтность и агрессивность (коэффициент корреляции: $r = -0,84$ при $p < 0,01$).

На негативное психическое состояние девочек старшего дошкольного возраста оказывают влияние отзывы девочек о матерях. Связь обратная, поэтому можно сделать вывод, что чем лучше девочки отзываются о своих матерях, тем менее они подвержены состоянию фрустрации (коэффициент корреляции: $r = -0,79$ при $p < 0,05$).

На аккуратность девочек старшего дошкольного возраста также оказывают сильное влияние отзывы самих дошкольниц о своих матерях. Чем лучше и больше девочки высказываются в адрес матерей, тем более ухоженными и аккуратными они выглядят (коэффициент корреляции: $r = 0,85$ при $p < 0,01$). На отзывы девочек старшего дошкольного возраста о совместной деятельности с родителями оказывает влияние рассказы детей о помощи своим матерям и отцам дома. Связь обратная, поэтому можно сказать, что чем больше дети рассказывают о помощи своим родителям, тем меньше они выполняют какую-либо деятельность со своими мамами и папами (коэффициент корреляции: $r = -0,81$ при $p < 0,01$).

Выводы

1. На отношение девочек старшего дошкольного возраста к своим матерям оказывают отзывы о матери, отношение к отцу, влияют такие черты характера, как агрессивность и конфликтность, отношение к другим близким взрослым родственникам, аккуратность девочек и их реакция на фрустрацию.

2. Отзывы о матери оказывают влияние на многие шкалы нашего исследования: на отношение к матери, отцу, другим близким взрослым родственникам, на развитие таких черт характера, как конфликтность-агрессивность, реакцию на фруст-

рацию, а также на аккуратность девочек старшего дошкольного возраста.

3. На отношение девочек старшего дошкольного возраста к родителям оказывают влияние аккуратность дошкольниц и их отношение к другим близким взрослым родственникам. На отношение девочек к другим близким взрослым родственникам оказывают влияние аккуратность самих девочек и их отзывы о матерях.

4. На общение девочек со сверстниками оказывают влияние их аккуратность и стремление быть лидерами среди группы сверстников.

5. На развитие конфликтности и агрессивности в старшем дошкольном возрасте у девочек важную роль играют фрустрация, отзывы о матери и аккуратность самих девочек.

6. На развитие любознательности девочек старшего дошкольного возраста оказывают влияние отзывы о совместной деятельности с родителями и помощь им в домашних делах.

Таким образом, выявленные особенности отношений дошкольниц 5—6 лет с окружающими, некоторые поведенческие характеристики и черты личности позволяют понять механизмы воздействия на эти отношения, их своевременной корректировки, что будет способствовать гармоничному развитию личности ребенка.

Нервно-психическое здоровье воспитанников учреждений для детей-сирот

Милушкина О.Ю.,

канд. мед. наук, Российский государственный медицинский университет, Москва

На формирование личности ребенка в условиях постоянно-го пребывания в учреждении закрытого типа влияет большое количество неблагоприятных психологических факторов: отсутствие материнской заботы, недостаточный эмоциональный фон, ограниченный контакт со взрослыми и др. [2, 8]. Одинаково отчетливо неблагоприятное влияние прослеживается как у детей, с рождения находящихся сначала в Домах ребенка, а затем в детских домах, так и у детей, попавших в интернатные учреждения из социально неблагополучных семей.

Были обследованы 254 ребенка. Для изучения выбраны группы детей 6- и 15-летнего возраста, поскольку данные возрастные группы являются сензитивными (наиболее чувствительными) к действию неблагоприятных факторов окружающей среды.

Одна из важнейших биологических особенностей растущего организма заключается в существовании критических периодов развития ребенка, характеризующихся особым состоянием центральной нервной и иммунной

систем, обмена веществ. В сензитивные периоды организм ребенка оказывается в «неустойчивом» состоянии, поскольку диапазон адаптационных реакций ограничен, а чувствительность организма к экзогенным воздействиям высока и подвергается более высокому риску развития пограничных и патологических состояний. К моменту обследования дети 6 лет находились в интернатном учреждении не менее трех лет, дети 15 лет — не менее пяти.

Изучение нервно-психического состояния детей-сирот позволяет выбрать оптимальные условия для развития детей в учреждениях для данной социальной группы и разработать мероприятия для коррекции выявленных отклонений [1].

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей-сирот

Среди отклонений нервно-психической сферы, в этиологии которых рассматриваются психосоциальные воздействия, одно из ведущих мест занимает синдром дефицита внимания с гиперак-

тивностью — СДВГ (F90.0 по МКБ-10). Его распространенность среди детей из обычных семей составляет 28,0%, при этом среди мальчиков он выявляется в 1,5 раза чаще, чем среди девочек [3, 5, 6].

Изучение распространенности синдрома дефицита внимания с гиперактивностью среди воспитанников детских домов позволило получить следующие данные (табл. 1). У 51% детей-сирот диагностируется СДВГ, при этом среди мальчиков он встречается в 2 раза чаще (68%), чем среди девочек (33,3%), различия достоверны ($p < 0,05$).

Таблица 1

**Распространенность СДВГ
среди детей-сирот и детей
из обычных семей, %**

Пол	Дети-сироты	Дети из обычных семей
Мальчики	68,0	34,4*
Девочки	33,3**	21,7

* — различия в группах детей-сирот и из семей достоверны ($p < 0,05$);

** — различия в группах мальчиков и девочек достоверны ($p < 0,05$).

Практически в 2 раза чаще ($p < 0,05$) СДВГ встречается у мальчиков-сирот по сравнению с мальчиками из обычных семей.

Высокая распространенность СДВГ среди детей-сирот диктует необходимость реализации комплекса мероприятий, направленных на профилактику и коррекцию данного состояния.

К основным мероприятиям для детей с СДВГ, проводимым средним медицинским персоналом в учреждении, относятся:

- строгое соблюдение режима дня (подъем и отбой в одно и то же время, обязателен дневной сон, длительные прогулки, подвижные игры на свежем воздухе);
- обстановка в детском доме должна быть по возможности спокойной, с отсутствием раздражителей, в том числе игр и фильмов, вызывающих агрессию; в отделке помещений предпочтительнее спокойные тона;
- организация учебного процесса для таких детей подразумевает сокращение количества учеников в классе (до 15 чел.), продолжительности уроков до 35 мин;
- введение динамического часа в течение дня, обязательное соблюдение гигиенических норм дневной и недельной учебной нагрузки;
- ученики должны сидеть отдельно и на значительном расстоянии друг от друга, в классе должно быть минимальное количество отвлекающих предметов (пособий, стендов, картин и др.);

— в течение учебного года детям с диагностированным синдромом дефицита внимания с гиперактивностью необходимо проведение курса лечебно-профилактических мероприятий (поливитаминизация, применение глицина и других лекарственных препаратов по назначению врача), в летний период — оздоровление в загородных лагерях.

Психоэмоциональный статус детей-сирот

Наличие психотравмирующих ситуаций в жизни ребенка приводит к изменению его личностных свойств, нервному истощению и, как следствие, состоянию выраженного стресса [4].

Насколько влияет неблагоприятный климат в семье на нервно-психический статус детей и подростков можно судить, сравнивая особенности эмоциональной сферы детей-сирот и детей из обычных семей.

Психоэмоциональный статус детей 6- и 15-летнего возраста оценивался по методу Люшера. Теория восприятия цвета имеет свою историю (теория трех основных цветов Юнга-Гельмгольца, теория многоцветового восприятия Хартриджа и др.). Важная роль изучения цветовой перцепции как сопряженного психологического и физиологического процесса подчеркивалась многими исследователями (Ю.Ф. Поляков, А.М. Иваницкий и др.). Метод цветových выборов не зависит

от интеллектуальных особенностей и воспитания ребенка, т.е. лишен транскультуральных аспектов, и не провоцирует реакций защитного характера, в отличие от тестов с большим количеством вопросов.

Методика выявляет не только осознанное, субъективное отношение испытуемого к цветовым эталонам, но также неосознанные реакции на них, что позволяет считать метод глубинным, проективным [7]. Неосознанные реакции отражают состояние диэнцефальных структур мозга, симпатико-парасимпатические характеристики, связанные с функцией гипофиза. Именно они влияют на фон настроения, общую психическую активность, побудительную силу мотивационной сферы, напряженность потребностей. Методика позволяет выявить порог восприимчивости зрительного анализатора испытуемого, который обусловлен преобладанием трофотропных или эрготропных тенденций в рамках вегетативного баланса. Этот метод особенно наглядно демонстрирует связь конституционально заложенных свойств с типом реагирования на средовые воздействия, степень подвластности или сопротивления этим воздействиям с помощью свойственных данному индивиду способов защиты.

Применение теста Люшера обусловлено его лаконичностью и простотой, способностью выявить наиболее непосредственные, глубинные, неподвластные созна-

нию проявления индивидуально-личностных свойств, а также эмоционально-характерологический базис личности. Данное исследование могут проводить средний медицинский персонал учреждения для детей-сирот, воспитатели в группах непосредственно на занятиях, психологи при индивидуальной работе с детьми. Результаты тестирования позволяют оценить психоэмоциональное состояние ребенка в динамике.

Процедура обследования протекает следующим образом: испытуемому предлагается выбрать из представленных ему на экране монитора эталонов «самый приятный» цвет, не соотнося его ни с представлениями об одежде (идет ли к лицу), ни с обивкой мебели, ни с чем-либо другим, только соотносясь с тем, насколько этот цвет предпочитаем в сравнении с другими при данном выборе и в данный момент.

Выбранный цвет автоматически убирается, его номер фиксируется. Далее испытуемый снова выбирает «приятный» цвет, пока не останутся четыре эталона. Следующий этап — выбор «неприятного» цвета. Затем тестирование повторяют. Функция, отражающая субъективное отношение испытуемого к выбранным цветам, определяется следующим образом: явное предпочтение, предпочтение, неприятие, безразличие.

По результатам проведенного исследования компьютер выдает факторы тревожности, активности, работоспособности, показатель вегетативного тонуса. В цветовом предпочтении отражается устойчивый компонент психофизиологического состояния, по которому можно оценить степень адаптации ребенка к условиям детского дома или школы-интерната.

Полученные результаты представлены в табл. 2—3.

Таблица 2

Психологическое состояние детей, %

Показатели	Возраст 6 лет		Возраст 15 лет	
	дети-сироты	дети из обычных семей	дети-сироты	дети из обычных семей
Нервное напряжение	24,5*	20,3	53,6*	26,4
В том числе с тенденцией к стрессу	19,6	15,1	36,7	19,8
Выраженный стресс	29,4	19,1	21,4	16,4

* Различия в группах детей-сирот и из семей достоверны ($p < 0,05$).

Обращает на себя внимание большая доля лиц среди воспитанников детских домов с нервным напряжением, в том числе тенденцией к стрессу. Среди 15-летних таких детей в 2 раза больше; возможно, это связано с ситуацией, когда подростку предстоит решение вопроса о дальнейшей профессиональной дея-

тельности и проблем, связанных с уходом из детского дома.

Различия в психологическом статусе между детьми-сиротами и детьми из обычных семей очевидны. В возрасте 6 лет в 1,5 раза чаще воспитанники детских домов испытывают психологически неблагоприятную ситуацию, а в возрасте 15 лет — в 2,3 раза.

Таблица 3

Анализ психологических установок детей, определяемых по цветовому предпочтению (тест Люшера), %

Психологическая установка	Возраст 6 лет		Возраст 15 лет	
	дети-сироты	дети из обычных семей	дети-сироты	дети из обычных семей
По первым предпочтениям				
Стремление к успеху, вниманию, признанию	52,9	78,1*	75,0**	82,2
Негативное состояние, уход от неблагоприятной ситуации	47,1	21,9*	25,0**	17,8
По последним предпочтениям				
А (уход от подчинения, отрицание запретов)	13,7	12,5	23,5**	18,5
В (избегание конфликтных ситуаций)	11,8	15,6	17,6	21,8
С (угнетенность, тревожность, бесперспективность)	19,6	3,1*	2,9**	0
Д (фрустрация)	9,8	8,8	11,8	0
Е (стресс из-за боязни неудач)	25,5	12,5*	5,8**	4,1
Психоконфлекс CDE	7,8	6,3	14,7	5,5
Отсутствие негативных тенденций	11,8	41,2**	23,5	67,1**

* Различия в группах детей-сирот и из семей достоверны ($p < 0,05$).

** Различия в группах детей 6 и 15 лет достоверны ($p < 0,05$).

Таблица 4

**Распределение детей-сирот по уровням тревожности
(по тесту Люшера), %**

Уровень тревожности	Возраст 6 лет		Возраст 15 лет	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки
Низкий	33,3	60,9*	61,1	69,2
Средний	66,7	34,8*	38,9	30,8
Высокий	0	4,3	0	0

* — различия в группах мальчиков и девочек достоверны ($p < 0,05$).

Анализируя полученные показатели, можно сделать вывод о сложном психологическом состоянии 6-леток в детских домах: среди них достоверно меньше детей, стремящихся к успеху и признанию, чем среди их сверстников из обычных семей, а также, чем среди 15-летних сирот. В возрасте 6 лет дети-сироты чаще всего испытывают стресс: — из-за боязни неудач (I ранговое место); — угнетенности, тревожности и бесперспективности (II ранг); — негативного отношения к запретам (III ранг); — стремления избежать конфликтной ситуации (IV ранг); — фрустрации (переживание недостижимости цели).

Возможно, это связано с психологически некомфортной обстановкой в учреждениях (авторитарный педагог или воспитатель, не соответствующие возрасту детей игры и игрушки, недостаточная двигательная активность), что отрицательно влияет особенно на 6-летних детей. Среди их свер-

стников из обычных семей достоверно больше детей не имеют негативных тенденций, а на первое ранговое место среди отрицательных психологических установок у них выходит избегание конфликтных ситуаций.

В возрасте 15 лет среди детей-сирот достоверно меньше лиц, не имеющих негативных тенденций, чем среди детей из обычных семей, и больше детей стремятся уйти от подчинения и отрицают запреты ($p < 0,05$).

В литературе приводятся данные по дифференциальной диагностике симптомов психической депривации* и органического поражения мозга [2]. У депривированных детей, в отличие от детей-олигофренов, отсутствует тревожность. Распределение по уровням тревожности детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, представлено в табл. 4.

* Психическая депривация — ситуация, в которой отсутствует возможность развития психических функций соответственно возрасту.

Таблица 5

**Распределение по уровням работоспособности
детей-сирот (по тесту Люшера), %**

Уровень работоспособности	Возраст 6 лет		Возраст 15 лет	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки
Низкий	14,8	4,3	0	15,4
Средний	70,4	82,6	72,2	69,2
Высокий	14,8	13,1	27,8	15,4

Полученные результаты свидетельствуют, что среди детей-сирот в основном преобладают дети с низким и средним уровнями тревожности. Интересен тот факт, что среди девочек 6-летнего возраста достоверно больше детей с низким уровнем тревожности, но есть также дети с высокими значениями уровня тревожности. Выяснено, что эти девочки имеют в анамнезе органические поражения мозга гипоксически-ишемического генеза.

Используя данные, полученные с помощью теста Люшера, можно рассчитать вегетативный коэффициент (ВК), определив тем самым энергетический баланс испытуемого. Доминирование симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС) свидетельствует об активности и расходовании сил ($ВК > 1$), преобладание парасимпатического отдела ВНС указывает на пассивность (минимизация усилий, сохранение сил организма) ($ВК < 1$). Рис. 1–2 иллюстрируют тот факт, что половина детей-сирот, как 6-, так и 15-летнего воз-

раста, достаточно пассивна и не готова действовать для изменения существующей ситуации.

Несмотря на преобладающую пассивность среди детей-сирот, исследования доказывают, что показатели работоспособности у них достаточно высоки. Распределение по уровням работоспособности представлено в табл. 5.

Большинство детей-сирот имеют средний и высокий уровень работоспособности, однако среди мальчиков 6 лет и среди девочек 15 лет в 15% случаев выявлены дети с низким уровнем работоспособности — они чаще испытывают трудности в учебе, а наказания и плохие отметки усугубляют подавленное состояние детей.

Таким образом, дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, 6 лет в 29,4% случаев находятся в состоянии выраженного стресса, в возрасте 15 лет — в 21,9% случаев. Первое ранговое место среди негативных тенденций у 6-леток занимает стресс из-за боязни неудач, что, возможно, связано с эмоциональной депри-

вацией, так как только мать или человек, взявший на себя ее функции, может дать ребенку уверенность в своих силах и в реализации своих способностей. На первое ранговое место у 15-летних детей-сирот выходят отрицание запретов и уход от подчинения, что, в общем, характерно для подросткового возраста.

Преобладание тонуса парасимпатического отдела нервной системы говорит о ее переутомлении и истощении. Исходя из этого, практически половина воспитанников детских домов нуждается в строгом выполнении режима, полноценном отдыхе и оздоровительных мероприятиях.

Такой подход позволит сменить энергетический баланс в сторону преобладания симпатического тонуса и будет способствовать сохранению и укреплению психического здоровья детей-сирот.

Итак, наиболее оптимальные в настоящее время учреждения для детей-сирот — детские дома семейного типа. Условия проживания в них должны быть максимально приближены к домашним, а небольшие по количеству разновозрастные группы с «мамой»-педагогом-воспитателем создают благоприятную обстановку для нервно-психического развития как дошкольников, так и детей более старшего возраста.

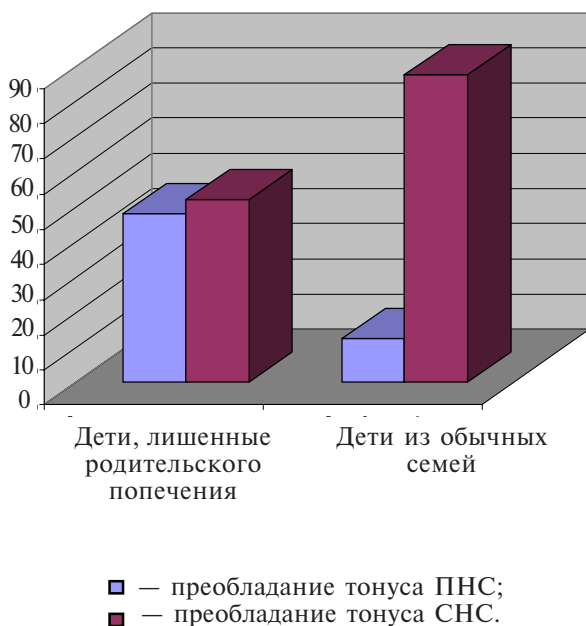


Рис. 1. Вегетативный баланс детей 6 лет (по тесту Люшера)

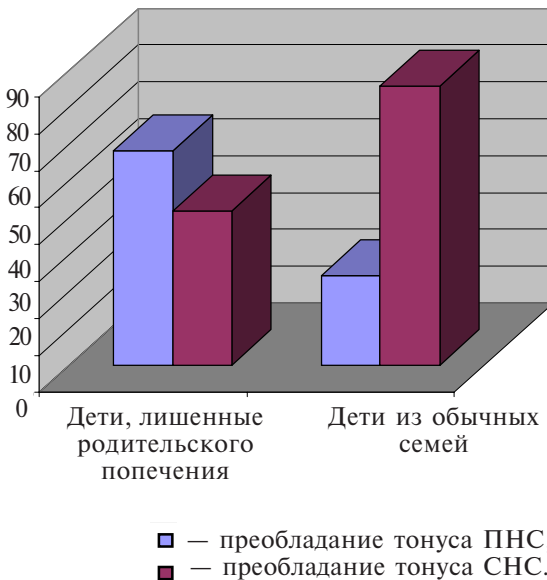


Рис. 2. Вегетативный баланс детей 15 лет (по тесту Люшера)

Литература

1. Васильев А.А. Современные подходы к системе содержания и воспитания детей-сирот // Детский дом. 2007. № 2.
2. Голик А.Н. Социальная психиатрия сиротства. М., 2000.
3. Грибанов А.В. и др. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: особенности физиологического статуса детей // Экология человека. 2002. № 1.
4. Калинина М.А., Проселкова М.Е. О психических последствиях воспитания детей и подростков в условиях сиротства // Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. М., 1996.
5. Кучма В.Р., Брызгунов И.П. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: Вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза. М., 1994.
6. Платонова А.Г. Распространенность и физиолого-гигиеническая коррекция синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у школьников 6—8 лет. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1996.
7. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики. М., 1990.
8. Состояние здоровья детей, воспитывающихся в государственных учреждениях и передающихся на воспитание в семьи / Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова: Справочно-информационное пособие. Иваново, 2005.

Психолого-педагогическое сопровождение родителей будущих первоклассников

Семёнова Г. А.,

учитель-логопед высшей квалификационной категории
МДОУ д/с № 4 «Золушка», г. Ясный Оренбургской обл.

Мне довелось узнать дошкольное дело с разных сторон: работала и воспитателем, и методистом, и учителем-логопедом. Это помогает подходить к проблемам дошкольного воспитания через призму дефектологии. Давайте вспомним, много ли печаталось публикаций по вопросам логопедии 20—30 лет назад? Нет, единицы, а сейчас в каждом номере отведена специальная рубрика. Почему? Спрос рождает предложение.

К сожалению, статистика показывает, что с каждым годом рождается все меньше здоровых детей. Если у детей обнаруживаются выраженные аномалии развития, им оказывают помощь узкие специалисты в специализированных группах или учреждениях системы коррекционного обучения. Однако растет количество детей, имеющих стертые, неярко выраженные нарушения развития, мешающие успешному обучению младших школьников. Таких детей группы риска становится все больше в **обще-**

развивающих дошкольных учреждениях. Чаще всего они попадают в группы риска в связи со следующими проблемами:

- нарушением моторики и внимания;
- несформированностью звукового анализа и пространственных представлений;
- незрелостью эмоционально-личностной сферы.

В связи с этим все больше расходятся фактические возрастные показатели состояния ребенка и имеющиеся в настоящее время социально-психологические требования к нему [4]. Поэтому дошкольное воспитание и обучение все чаще использует наработки коррекционной педагогики, и это правомерно.

Для исправления данной ситуации дефектологи разрабатывают адаптированные программы для воспитателей общеразвивающих старших групп, помогающие улучшить показатели развития детей по вышеуказанным направлениям, появляются предложения ученых, чтобы раздел по

подготовке детей к обучению грамоте в подготовительных группах осуществляли учителя-логопеды. Активизируется работа психологов дошкольных учреждений по психолого-педагогическому сопровождению детей и т.д.

В вопросе работы с родителями можно обратиться к классике коррекционной педагогики — Л.С. Выготскому и созданной им концепции возраста [6]. Ученый придавал этому принципиальное значение, полагая, что «проблема возраста не только центральная для всей детской психологии, но и ключ ко всем вопросам практики». Сущность вопроса связана с введением новой единицы анализа детского развития: вместо отдельных психических процессов и функций, традиционно изучаемых психологией (восприятие, внимание, мышление и др.), нужно рассматривать целостные возрастные периоды развития. Полноценная возрастная психологическая характеристика развития ребенка складывается из трех основных составляющих.

1. Каждый возраст, по Л.С. Выготскому, характеризуется прежде всего **социальной** ситуацией развития, т.е. теми единственными и неповторимыми связями и взаимоотношениями ребенка со взрослыми, социальной средой в целом, которые складываются на данном этапе развития.

2. С жизнью в определенной социальной ситуации неразрывно связана и типичная для данного возраста **деятельность** ребенка, составляющая вторую важнейшую характеристику возрастного периода.

3. В деятельности возникают и развиваются новые психологические функции и качества, называемые **новообразованиями**.

Психологические новообразования, по мнению Л.С. Выготского, не только предпосылка, но и результат, своеобразный «продукт» возрастного развития, определяющий его социальный характер. Накапливаясь с течением времени, психологические новообразования постепенно приходят в противоречие со старой ситуацией развития, ведут ее к построению новых отношений, открывающих возможности для развития ребенка в следующем возрастном периоде.

Хочется подчеркнуть: именно **социальная ситуация развития**, в которой первичны **семейные** отношения со своими родовыми традициями, установками, системами, а затем уже социальная ситуация, складывающаяся в детском саду, во дворе и т.д. — открывает новые возможности для дальнейшего развития ребенка!

Понимание концепции возраста Л.С. Выготского помогает нам осознать, что каждый ребенок в детском саду — часть семейной

системы, и его полноценное развитие и коррекция в первую очередь зависят:

- от позиции **родителей** по отношению к ребенку;
- способов их взаимодействия со своим ребенком;
- наличия личностных проблем в семье, накладывающих отпечаток на характер семейного воспитания;
- уровня компетентности родителей в области психолого-педагогических знаний о закономерностях развития ребенка.

Мы не должны забывать, что общественное дошкольное воспитание создано как институт помощи семье в воспитании и образовании ребенка.

Ни одна педагогическая система не может быть в полной мере эффективной, если в ней не задействована семья. Семья — важнейший институт воспитания, социализации ребенка, так как именно семейное воспитание дает ему широчайший круг представлений о жизни. Семья как источник питает более широкие и высшие сферы человека — чувство Родины и патриотизм.

Важнейшая функция семьи — психологическая. Она создает условия для взаимной открытости, снимает необходимость в психологической защите, обеспечивает открытое самовыражение и взаимное сопереживание.

Семья — первая ступень овладения ребенком родным языком, который является и средством и источником нравственного, эстетического, интеллектуального, эмоционального развития ребенка, формирует его как гармонично развитую личность.

Исследования показывают, что возникновение речевых нарушений у детей в определенной мере связано со стилем их общения с матерью: чем сильнее выражена материнская депривация, тем выше вероятность возникновения речевых расстройств.

Опыт консультирования детей с отклонениями в развитии и их родителей свидетельствует о том, что многих проблем в воспитании ребенка можно было бы избежать, учитывая, что процесс **продуктивного** взаимодействия ребенка и взрослого — динамический для обоих участников общения. В многочисленных исследованиях этот процесс рассматривается как фундаментальный стержень коррекционно-развивающего обучения и воспитания. В связи с этим становится важным своевременное информирование родителей по формированию у близких взрослых активной позиции в вопросах воспитания и адекватных форм взаимодействия со своими детьми.

Данная проблема особенно актуальна в настоящее время, потому что социально-эконо-

мические преобразования в России затронули все сферы жизни взрослых и детей. Наряду с позитивными изменениями, стимулирующими развитие многих сфер жизнедеятельности человека, в обществе усилились такие негативные тенденции, как расслоение общества, резкое снижение востребованности духовных ценностей, усиление социальной и психологической дезориентации и дезадаптации, нарастание процессов деформации семьи.

Одни родители из-за экономического неблагополучия и социальной нестабильности, другие — из-за сверхзначимого для них подчинения всех отношений достижению более высокого экономического статуса все меньше внимания уделяют развитию и воспитанию своих детей, переложив ответственность на детский сад или дневных и ночных нянь. Растет число детей, рожденных вне брака, увеличивается количество разводов. Все это напрямую сказывается на характере детско-родительских отношений.

В свете концепции возраста Л.С. Выготского меняется удельный вес работы с родителями. Она становится не просто одним из разделов, который каждый педагог выполняет в соответствии со своими коммуникативными способностями и степенью ответственности, а приобретает вес

одного из приоритетных, обязательных направлений в работе воспитателя, психолога, логопеда. Поэтому мы говорим о психолого-педагогическом сопровождении и детей и их родителей как о **двух составляющих единого процесса**.

Психолого-педагогическое сопровождение родителей должно осуществляться параллельно с психолого-педагогическим сопровождением детей и строиться на основе понимания сопровождения как процесса, обеспечивающего помощь родителям в принятии решений в сложных ситуациях жизненного выбора, создание условий для развития умений принятия оптимальных решений в различных воспитательных моментах.

Нам близка эта тема, мы сегодня делаем акценты на ситуации поступления ребенка в школу, ведь проблема возможной школьной его неуспешности волнует всех, кому в силу родительской или профессиональной обязанности приходится общаться с детьми 6—7-летнего возраста. Исследование Т.А. Березиной и О.И. Ворониной [2] показало, что для родителей первоклассников характерны, как правило, полярные педагогические позиции. Все они встречаются не только в логопедических группах, в них вы узнаете родителей детей своих групп.

Часть родителей требует от ребенка проявления максимальной самостоятельности, ответственности и дисциплинированности уже в самом начале школьной жизни, к проявлению которой начинающий школьник еще не готов.

Многие из родителей занимают позицию чрезмерной опеки и контроля, не давая ребенку проявить свои возможности и интересы. Такие родители склонны воспринимать успехи и неудачи ребенка как свои собственные. Для многих из них характерны проявления нетерпеливости в процессе помощи ребенку, разочарования от его ошибок и неудач, непонимание трудностей ребенка, связанных с изменением его социальной позиции — принятием роли школьника.

Достаточно большое число родителей будущих первоклассников не могут понять, почему у их детей пропадает интерес к обучению, хотя они усиленно готовили ребенка к школе. Их логика рассуждений такова: если заранее научить ребенка тому, с чем он встретится в школе, он будет успешно учиться. Таким родителям сложно понять, что умение детей читать и писать не гарантирует успешного обучения в школе, они должны научиться внимательно слушать и правильно выполнять задания, общаться с учителем и одноклассниками, а

главное — стремиться к обучению в школе.

Иногда мы встречаемся с дилетантским отношением к свободе выбора ребенка со стороны родителей. Это случаи, когда образованные, интеллигентные мамы и папы, прочитав массу популярной литературы о воспитании с гуманистических позиций, предоставляют 7—9-летним детям полную свободу выбора, боясь закомплексованности своих детей. Родители порой забывают, что к ответственности и выбору мы должны приучать детей постепенно и дозированно, что раньше — это не значит лучше. Результаты такого подхода плачевны, если ценностно-смысловая основа личности еще не сформирована.

Для обеспечения успешного обучения ребенка в начальной школе процесс его сопровождения должен начинаться в дошкольном возрасте и предполагать раннюю диагностику и коррекцию нарушений в развитии, способствовать полноценной готовности к школе и продолжаться в период обучения в начальной школе.

Но именно психолого-педагогическое сопровождение **всех родителей** будущих первоклассников поможет обеспечить успешную подготовку и адаптацию детей к школе, повысит их заинтересованность в учебной деятель-

ности, будет способствовать развитию познавательной и учебной мотивации, самостоятельности и самоорганизации. В зависимости от позиций, занимаемых родителями, мы организуем индивидуально-подгрупповое психолого-педагогическое сопровождение разных категорий родителей.

Главная цель такого сопровождения — развитие готовности родителей к школьному обучению их детей. В связи с этим выделены задачи:

- способствовать снижению уровня тревожности родителей перед поступлением ребенка в школу;
- развивать знания и умения, связанные с формированием разных аспектов готовности к школе в условиях семьи;
- развивать осознанность педагогического воздействия родителей на детей в процессе повседневного общения;
- научить родителей решать психологические и педагогические проблемные ситуации, связанные с подготовкой и обучением детей в школе.

Не менее важно решать и другие задачи, способствующие сплочению детей и родителей. В ходе педагогического сопровождения мы учим родителей:

- относиться к ребенку как к равному;
- понимать, что недопустимо сравнивать его с другими детьми;

— открывать сильные и слабые стороны ребенка и учитывать их в решении задач воспитания;

— проявлять искреннюю заинтересованность в действиях ребенка и быть готовым к эмоциональной поддержке.

Многие родители достаточно хорошо осознают недостатки своего воспитания, но очень часто им не хватает элементарной психологической грамотности, чтобы решить свои проблемы. Специалисты дают рекомендации по корректировке условий жизни ребенка и микроклимата в семье. Рекомендации бывают тем продуктивнее, чем больше в их осуществлении участвуют родители. Эффективная форма обучения родителей педагогическим технологиям — включение родителей в занятия, другую совместную деятельность педагога с ребенком.

Хороший опыт накоплен у воспитателя нашей группы Л.Е. Торойкиной: она умело и быстро налаживает доверительное общение с родителями в индивидуальной работе с ними, используя вечерний отрезок времени, когда родители приходят за детьми. Если они не торопятся, она приглашает их в группу и привлекает в одном случае к наблюдению за ребенком, комментируя его действия или узнавая о традициях семейного воспитания,

в другом — показывая на практике, как можно помочь ему овладеть каким-либо навыком, в третьем случае — задействуя в совместной деятельности с ребенком и педагогом. Такое общение становится нормой, создает определенный микроклимат в коллективе, располагает родителей чаще делиться со специалистами своими проблемами и достижениями.

Побуждает к активной воспитательной позиции и участие родителей в групповых семинарах-занятиях. В такой форме я много лет проводила родительские собрания. Любую тему старалась научно и доступно, наглядно изложить в теоретической части, а в практической части семинаров демонстрировала фрагменты занятий, комментируя действия детей, задачи, последовательность и способы их выполнения, обучая родителей игровым приемам, приемам общения с ребенком, оказания ему помощи.

Традиционно психологическая помощь семье оказывается в рамках индивидуальной психологической консультации. Но скажите, может ли фактически решить поставленные задачи с каждым родителем психолог детского сада в одиночку?! Безусловно, нет! А вот совместно с воспитателями, логопедом, психологом-дефектологом, медицинскими работниками можно говорить об

охвате широких задач, качестве результатов работы. Психолог, логопед, дефектолог осуществляют сопровождение родителей будущих первоклассников, строя свою работу в несколько традиционных этапов: диагностический, основной, аналитический. В работе используют анкетирования, выступают на собраниях с анализом диагностики, рекомендациями, сообщениями, работают индивидуально с «трудными», неблагополучными семьями, психолог проводит тренинги, а педагоги группы общаются со всеми родителями, ведут просветительную работу.

Как отмечала К.Ю. Белая: практика сотрудничества дошкольных образовательных учреждений с родителями долгие десятилетия развивалась в рамках функции просвещения, при этом был накоплен положительный опыт повышения педагогической культуры родителей. Вместе с тем, возникли и трудноразрешимые противоречия: современная семья не воспринимает педагогические нотации и лекции в виде монологов, но при этом все больше нуждается в повышении уровня своей компетентности в области психолого-педагогических знаний.

Как же разрешить это противоречие? Важно выстроить подлинное доверительное партнерство с семьей на основе диалогической стратегии сотру-

ничества педагогов и родителей.

Мы постоянно ищем новые формы работы. Так, психолог-дефектолог коррекционной группы для детей с задержкой психического развития К.Ю. Первушина планирует в предстоящем учебном году организацию родительских клубов по интересам. Воспитатель логопедической группы Н.В. Литвинова создала и осуществила детско-родительский проект на тему «Обогащение словаря детей за счет образования родственных слов». Я создаю в этом учебном году детско-родительский проект «Дифференциация сходных по звучанию звуков речи».

Нам понравилась мысль о введении звуковых дорожек, общающих родителей о ярких событиях, случаях, играх, занятиях, произошедших в течение дня с детьми. К сожалению, отсутствие материального оснащения пока мешает осуществить данный замысел.

Погоня за новыми формами работы с родителями не должна стать самоцелью. Все мы с вами проводим и родительские собрания и подгрупповые, индивидуальные консультации с родителями. Но чтобы родители нас услышали, необходимо качественно изменить содержание собраний таким образом, чтобы каждая наша встреча предполагала

совместное с родителями обсуждение теоретического материала, деловые игры, организацию игр и упражнений, выполнение тестов и заданий, помогающих родителям лучше узнать своих детей. Решая проблемные ситуации, родители получают возможность в доверительной атмосфере и в игровом, непринужденном общении отработать навыки своего поведения в трудных ситуациях.

Такая работа характеризует **компетентность** педагогов дошкольных учреждений, т.е. умение решать профессиональные задачи в изменяющихся условиях, к чему постоянно стремится весь педагогический коллектив нашего детского сада «Золушка», которым руководит Р.Н. Балужева.

Мы накопили и обобщили на областном уровне свой опыт проведения родительских собраний без педагогических нотаций и лекций в виде монологов. Так строят свои собрания воспитатель группы Н.В. Литвинова, психолог-дефектолог К.Ю. Первушина, мой опыт отражен в брошюре «Проведение родительских собраний в группе с общим недоразвитием речи» (2008). И хотя все мы работаем в коррекционных и логопедических группах, тематика и разработка предложенных нами родительских собраний будет интересна не только узким специалистам, но и воспи-

тателям общеразвивающих групп: «Роль родительского общения в развитии речи ребенка», «Развитие словаря старших дошкольников» (в форме игры «Сто к одному»), «Обучение грамоте детей как профилактика дисграфии» (в форме игры «Форт Боярд»), «Игры и игрушки в жизни дошкольника». Мы ставим родителей в такие ситуации, чтобы они сами максимально добывали знания, диагностировали своего ребенка, взаимодействовали с ним в различных проблемных ситуациях. Согласитесь, не на каждом собрании родители могут «купить» своему ребенку игрушку и проверить, совпадет ли его выбор с выбором ребенка; сочинить своеобразный стих «Синквейн», обобщая труднейший теоретический материал; проверить, как и отчего обогащаются семантические поля слов у своего ребенка.

Но мы всегда должны помнить, что воспитываем и обучаем детей, их родителей в зависимости от той точки зрения, которую занимает каждый человек. Воспитание и обучение зависят от мировоззрения педагога, и первый шаг любого воспитательного процесса — определение собственных личностно-профессиональных, мировоззренческих позиций и их совершенствование. Если меняемся мы, меняются и окружающие нас люди, так как воздействуют не слова, а внутрен-

няя убежденность человека.

На каком-то этапе я поняла, что любые, самые актуальные, оригинально и интересно проведенные собрания и консультации не будут до конца результативными, если не начинать эту работу с воздействия на мировоззрение родителей. У каждого человека своя внутренняя позиция, педагогу обязательно надо доводить ее до тех, кто ему доверяет.

Родители больше прислушиваются к мнениям тех педагогов, человеческую ценность которых они признают. Это побуждает специалистов ДОУ непрерывно обогащать свой опыт в вопросах семейной педагогики и психологии, повышать коммуникативную культуру общения с семьей, а главное — работать над своими мировоззрением, эмоциями и чувствами. Задача педагога — пробуждение эмоций у детей и их родителей, ведь мы знаем: то, что вызывает больше эмоций, оставляет больший след в сознании человека.

Все дети, в том числе и с проблемами в развитии, одарены от рождения множеством талантов, и главный из них — способность познавать мир и действовать в нем. И если мы сами в этом убеждены, то сможем внутренне принимать самого «трудного» в нашей группе ребенка и доводить до родителей мысль о том, что безусловная материнская любовь

и поддержка способностей дадут ребенку возможность развивать необходимые для жизни навыки и умения. А как это сделать — подскажет интуиция и педагог.

Мы встречаем и такую крайность: много родителей воспринимают процесс воспитания как борьбу — за интеллектуальное развитие, против лени, дурных наклонностей, за то, чтобы ребенок был «как все» или «лучше других». Многие родители считают, что в этой борьбе и заключается смысл родительской любви! Только психолог в таких ситуациях способен оказать помощь в изменении позиции, занимаемой матерью. Эта задача сложна, но решив ее, можно надеяться на успех коррекционных мероприятий, адресованных уже самому ребенку.

На первом родительском собрании «Роль родительского общения в развитии речи ребенка» мы обсуждали различные стили материнского общения с ребенком. Это собрание ключевым образом изменило и тональность нашего общения с родителями, и в индивидуально-подгрупповых консультациях дало возможность свободно обсуждать и корректировать стиль отношений родителей с детьми и другими людьми. Обращаясь к родителям, мы всегда помнили о том, что каждый из них возьмет от нас столько, сколько захочет и сможет.

Завершили психолого-педагогическое сопровождение на последней консультации, вручив каждой семье Дипломы родителей выпускников детского сада, в которых в первую очередь написали: «Спасибо Вам за то, что Вы такие, какие есть!». А далее напутствовали каждого родителя индивидуально, зная особенности характера:

- тревожной, неуверенной в себе и сыне маме написал: «Вы очень упорная и любящая мама, у Вас чуткий и отзывчивый сын. Интуиция и опыт помогут Вам преодолеть все трудности»;
- маме, привыкшей видеть в окружающем в первую очередь негативные стороны: «Понимание дуализма мира поможет Вам принимать его во всем многообразии: в плохом видеть чуточку хорошего, в хорошем — лишь чуточку плохого. Желаем Вам оптимизма, душевного равновесия»;
- родителям близнецов, воспринимающих их инфантильное поведение как забаву: «Желаем всегда всерьез воспринимать своих повзрослевших сыновей, никогда их не делить, даже в шутку, пусть оба растут достойными людьми»;
- маме, которая упорно не занимается своим сыном, растущим, «как придорожная трава»: «Желаем Вам всегда быть дру-

гом своему сыну, он сможет отдать Вам все, вложенное в него»;

— благополучной семье: «Вам удалось создать пространство любви, в котором живете вы и растут ваши дети. Желаем вам сохранить его на всю жизнь!».

Описанный опыт становится действенным при одном обязательном условии: если сочетается с высокой результативностью образовательно-воспитательной работы с детьми. Остается лишь извечная проблема преемственности нашей работы и работы педагогов, психологов начального звена школы.

Социально-психологическое сопровождение родителей выражается в создании позитивной адаптации к жизни — сознательного построения, упорядочивания устойчивых отношений в семье, возрождения чувства ответственности за свою жизнь, образ мыслей и отношений типа «я — хозяин своей жизни» (если хочу изменить окружающих, начну с себя) или «все, что ни делается — к лучшему». Невозможно научить других этому, если сам педагог привык во всех неприятностях искать не причины, а только виноватых.

Прежде всего педагог, психолог, работающий с семьей, должен быть сильной духом личностью, умеющей выходить из стрессовых ситуаций, имеющий потреб-

ность в постоянном самосовершенствовании. Мы, как и многие из вас, постоянно находимся в поиске, открываем что-то новое для себя и ошибаемся, и снова ищем и мечтаем.

Начинается новый учебный год, приходят в группу новые дети и их родители. Как сложится наше общение с ними?.. Жизнь покажет. И все же я верю: педагог может изменить мир!

Литература

1. Айвазян Е.Б., Павлова А.В., Одинокова Г.Ю. Проблемы особой семьи // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2008. № 3.

2. Березина Т.А., Воронина О.И. Психолого-педагогическое сопровождение родителей будущих первоклассников // Детский сад от А до Я. 2007. № 5.

3. Выготский Л.С. Собр. соч. в 6 т. М., 1983. Т. 5.

4. Екжанова Е.А. Школьная неуспешность: вопросы терминологии и системного психолого-педагогического сопровождения детей // Логопед в детском саду. 2008. № 4.

5. Иванова А.И. Влияние стиля общения с матерью на формирование речи ребенка // Логопед. 2004. № 4.

6. Стребелева Е.А., Закрепина А.В. Современные формы помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии // Дефектология. 2005. № 1.

7. Шкурат В.В. Детско-родительский проект как средство развития речи и познавательных способностей дошкольников // Логопед. 2007. № 6.

Советы родителям детей с нарушениями речи

Косолапова Л.А.,

учитель-логопед высшей квалификационной категории
МДОУ д/с № 13 комбинированного вида «Красная Шапочка»,
г. Новосибирск

Работа с неговорящими детьми начинается с их родителей. А они по-разному относятся к этой проблеме. Одни не находят отклонений в том, что ребенок в 2,5 года молчит, объясняя это так: «Он все понимает, только ленится», или «Он весь в папу (тетю, дедушку), тот тоже поздно заговорил», или «с мальчиками всегда так». Действительно, многие дети начинают говорить после 2,5—3 лет. Но подобная задержка уже сама по себе должна насторожить — значит, какие-то, пусть минимальные, но изменения в развитии есть.

Другие родители, напротив, много читают, ищут выход из ситуации, но, четко следуя советам, не могут или не хотят признать, что у всех детей разные стартовые возможности, и удивляются: «Я все делаю, как рекомендуется: не сюсюкаю, говорю полными словами, много читаю, ставлю для прослушивания аудиокассеты, а он по-прежнему молчит». Таким родителям следует объяснять, что они нагружают ребенка непосильной работой. Да, один малыш встанет на ножки и легко потопает сам, без посторонней помощи, а другой будет долго ходить по стенке, и ему при-

дется специально формировать, корригировать походку. Так же и с речью.

Если родитель видит, что ребенок не справляется, он должен помочь ему, облегчить его задачу. Некоторые искренне удивляются совету использовать в общении с ребенком звукоподражания, лепетные слова *ку-ку*, *би-би*, *бай-бай*: «Что вы, мы это делали, когда ему был годик, сейчас мы говорим полностью: машина, полотенце».

Родителям, чьи дети долго не могут заговорить, необходимо давать следующие рекомендации.

1. Больше говорите с ребенком, озвучивая все действия (кормление, одевание, купание), комментируя окружающее, не боясь повторения одних и тех же слов, произносите их четко, терпеливо, доброжелательно.

2. Развивайте понимание речи, используя простые инструкции: «Дай ручку. Где ножка?» Опирайтесь на то, что ребенку доступно. Неоднократно повторяйте уже усвоенное.

3. Используйте в речи наряду с полными словами их упрощенные варианты: *машина — би-би*, *кукла — ля-ля*, *упал — бах*.

4. Пойте ребенку перед сном. Лучше не менять часто репертуар.

5. Вызывайте желание подражать взрослому. Это возможно, когда сочетаются эмоциональная заинтересованность и доступность слов, которые ребенок произносит во время совместных игр (*прятки — ку-ку, паровозик — ту-ту*). Можно вместе удивляться увиденному: *ух ты!* Первые слова, произносимые на эмоциональном фоне, могут быть междометиями: *ой, ай, ух*. Ребенку позволительно повторять только гласные: *о, а, у*.

6. Почаще рассказывайте, читайте первые детские сказки, стихи. Побуждайте досказывать слова по мере речевой возможности.

7. Не перегружайте ребенка телевизионной, видео- и аудио-

информацией. При чтении сокращайте текст до понятных фраз.

8. Не говорите при ребенке о его отставании.

9. Не раздражайтесь, не стесняйтесь того, что ваш ребенок не говорит. Не проявляйте излишней тревоги: у каждого свои сроки, свои проблемы.

10. Не дожидаясь, пока ребенок заговорит, начинайте учить его различать предметы по размеру (*большой — маленький*), соотносить цвета, форму (*дай такой же*), количество (*один — много*).

11. Проводите массаж пальчиков рук и ладошек, игры типа «Сорока-белобока».

Офтальмологические паузы «Послушные глазки»

Габдуллина Л.М.,

Анкудинова М.В.,

Плотникова В.А.,

учителя-дефектологи ДОУ № 70 «Витаминка», г. Нижнекамск
Республика Татарстан

Творческой группой нашего ДОУ для детей с нарушением зрения подобраны офтальмологические паузы, которые могут использовать в своей работе как учителя-дефектологи, так и воспитатели обычных массовых детских садов.

Офтальмологические паузы — один из приемов оздоровления детей, который проводится с целью предупреждения нарастающего утомления, укрепления глазных мышц и снятия напряжения,

они благотворно влияют на работоспособность как зрительного анализатора, так и всего организма. Их можно включать в занятия и режимные моменты. Выполняются они без напряжения зрения в течение 3—4 мин без очков (для тех, кто носит очки). При выполнении упражнений голова должна быть неподвижна. Детям с патологией зрения противопоказаны упражнения, связанные с длительным и резким наклоном головы.

Основной прием проведения таких пауз — наглядный показ действий педагога. Учитывая особенности дошкольного возраста, можно использовать сигнальные символы в соответствии с заданным сюжетом, демонстрирующиеся на уровне глаз детей и служащие ориентиром для выполнения движений глазами.

Младший дошкольный возраст

Закрываем глаза, вот какие чудеса!

Дети закрывают глаза.

Наши глазки отдыхают,

Продолжают стоять с закрытыми глазами.

Упражнения выполняют.
А теперь мы их откроем,

Открывают глаза, взглядом рисуют мост.

Через речку мост построим.
Нарисуем букву О —

Глазками рисуют букву О.

Получается легко.

Открывают глаза, взглядом рисуют мост.

Вверх поднимем,

Глаза поднимают вверх, опускают вниз.

Посмотрим вниз,
Вправо-влево повернем,

Глаза поворачивают вправо-влево.

Заниматься вновь начнем.

Смотрят вверх-вниз.

Заяц

Вверх морковку подними —

Дети смотрят вверх.

На нее ты посмотри.

Вниз морковку опусти —

Смотрят вниз.

Только глазками смотри:
Вверх-вниз, вправо-влево.

Смотрят вверх-вниз, вправо-влево.

Ай да зайчика умелый!

Глазками моргает,

Моргают глазками.

Глазки закрывает.

Глазки закрывают.

Зайчики морковки взяли.

С ними весело плясали.

Белка

Белка дятла поджидала,

Дети резко перемещают взгляд вправо-влево.

Гостя вкусно угощала:
«Ну-ка, дятел, посмотри:

Смотрят вверх-вниз.

Вот орехи — раз, два, три!»

Пообедал дятел с белкой

Моргают глазками.

И пошел играть в горелки.

Закрывают глаза, глядят веки указательными пальцами.

Стрекоза

Вот такая стрекоза,
Дети пальцами делают очки.
Как горошины глаза.
Смотрят на стрекозу.
Влево-вправо, назад-вперед —
Смотрят вправо-влево.
Ну совсем как вертолет!
Делают круговые движения глазами.

Мы летаем высоко,
Смотрят вверх.
Мы летаем низко,
Смотрят вниз.
Мы летаем далеко,
Смотрят вперед.
Мы летаем близко.
Смотрят вниз.
Вот окошко распахнулось —
Дети разводят руки в стороны.

* * *

Кошка вышла на карниз.
Имитируют мягкую, грациозную походку кошки.

Посмотрела кошка вверх,
Смотрят вверх.
Посмотрела кошка вниз,
Смотрят вниз.

Вот налево повернулась,
Смотрят влево.
Проводила взглядом мух,
Взглядом проводят «муху» от
левого плеча к правому.

Потянулась, улыбнулась
И уселась на карниз.

Приседают.

* * *

Глаза вправо отведу —
Смотрят вправо.
На соседа посмотрю.
Повернусь теперь я прямо

Смотрят прямо.

И закрою их руками.
Закрывают глаза руками.

* * *

Подниму глаза я кверху —
Смотрят вверх.

Отпущу цветную ленту,
Смотрят вниз.

Потом снова подниму
Смотрят вверх.

И на ленту посмотрю.

* * *

Дождик, дождик, пуще лей,
Смотрят вверх.

Капай, капли не жалей.

Смотрят вниз.

Только нас не замочи —

Делают круговые движения глазами.

Зря в окошко не стучи.

* * *

Буратино потянулся,

Дети встают на носочки, поднимают руки и смотрят на кончики пальцев.

Вправо-влево повернулся,
Вниз-вверх посмотрел

И на место тихо сел.

Не поворачивая головы, смотрят
вправо-влево, вниз-вверх.

* * *

Ветер дует нам в лицо —

Дети часто моргают веками, не
поворачивая головы.

Закачалось деревцо.

Смотрят влево-вправо, медленно
приседают.

Ветер тише, тише, тише —

Глаза опускают вниз.

Дерева все выше, выше.

Встают, глаза поднимают вверх.

* * *

Лучик, лучик озорной —

Дети моргают глазами.

Поиграй-ка ты со мной.

Ну-ка, лучик, повернись,

Делают круговые движения гла-
зами.

На глаза мне покажись.

Взгляд я влево отведу —

Отводят взгляд влево.

Лучик слева я найду.

Теперь я вправо посмотрю —

Отводят взгляд вправо.

Справа лучик я найду.

* * *

Терем-терем-теремок!

Дети делают движение глазами
вправо-влево.

Он не низок, не высок,

Смотрят вверх-вниз.

Наверху петух сидит,

Моргают глазами.

«Кукареку» он кричит.

Старший

дошкольный возраст

Мы снежинку увидали,

Дети берут снежинку в руки.

Со снежинкою играли,

Вытягивают снежинку вперед.

Снежинки вправо полетели —

Фокусируют на ней взгляд.

Дети вправо посмотрели.

Отводят снежинку вправо, сопро-
вождая ее взглядом.

Вот снежинки полетели,

Фокусируют на ней взгляд.

Глазки влево посмотрели.

Смотрят влево.

Ветер снег вверх поднимал

Смотрят вверх-вниз.

И на землю опускал.

Смотрят вверх-вниз.

И снежинки улеглись.

Глаза закрывают.

* * *

Раз — налево, два — направо,

На «раз» дети отводят глаза влево,
на «два» — вправо.

Три — наверх, четыре — вниз.

На «три» — наверх, на «четыре» —
вниз.

А теперь по кругу смотрим,

Делают круговые движения гла-
зами.

Чтобы лучше видеть мир.

Взгляд направим ближе, дальше,

Смотрят на палец вытянутой
перед руки.

Тренируя мышцу глаз.
Видеть скоро будем лучше,

Смотрят в даль.

Убедитесь вы сейчас!

Делают круговые движения гла-
зами.

А теперь нажмем немного

Пожимают большими пальцами
около переносицы.

Точки возле своих глаз.
Сил дадим им много-много,
Чтоб усилить в тысячу раз!

Пчела — оса

На одном конце комнаты изоб-
ражение пчелы, на другом — осы.
По сигналу «Пчела!» дети пере-
водят взгляд на пчелу, по сигналу
«Оса!» — смотрят на осу. Голова
должна находиться в фиксиро-
ванном положении, двигаются
только глаза.

Оса

Са-са-са — прилетела к нам
оса.

Дети вытягивают перед собой ука-
зательный палец, фиксируют взгляд на
его кончике. Прослеживают взглядом
движение пальца вправо-влево. Голова
остаётся неподвижной, следят за дви-
жением пальца вверх-вниз.

Сы-сы-сы — испугались мы
осы!

Описывают в воздухе круг и со-
провождают движение взглядом.

Са-са-са — улетай скорей, оса!

Делают движение по кругу в дру-
гую сторону.

Ай-ай-ай — ты нас больше не
кусай!

Прячут руки за спинку и покачи-
вают головой.

Ой-ой-ой — побежали мы
домой!

Моргают глазами.

Елка

Дети берут в руку маленькую
елочку на палочке, четко прого-
варивая чистоговорку. При вы-
полнении гимнастики голова на-
ходится в одном положении, дви-
гаются только глаза.

Ашу-ашу-ашу — нарядим елку
нашу.

Дети передвигают елку вправо-
влево, прослеживая движение взгля-
дом.

Ишки-ишки-ишки — вот зо-
лотые шишки.

Поднимают елку вверх и опуска-
ют вниз.

Ош-ош-ош — шар большой
хорош.

Рисуют в воздухе круг.

Ша-ша-ша — елка тоже хороша.

Рисуют в воздухе елочку.

* * *

Вправо-влево смотрит кошка:

Дети смотрят глазами вправо-
влево, вверх-вниз.

— Мяу-мяу, где ты, крошка?

Смотрят вверх-вниз.

А мышонок ей в ответ:

— Там, где был, меня уж нет! —

Смотрят вверх-вниз.

Покатился он с пригорка,
Видит: маленькая норка.

Совершают круговые движения
глазами.

В этой норке жил зверек —
Длинный, узенький хорек.
Острозубый, остроглазый,

Быстро моргают глазами, на по-
следнюю строчку закрывают глаза.

Был он вором и пролазой.
И бывало, каждый день
Крал цыплят из деревень.

* * *

Капля первая упала — кап!

Дети сверху пальцем показывают
траекторию ее движения.

И вторая прибежала — кап!
Мы на небо посмотрели,
Капельки «кап-кап» запели.
Намочились лица,
Мы их вытирали.

Вытирают лицо руками.

Туфли — посмотрите —
Показывают руками вниз и
смотрят.

Мокрыми стали.
Плечами дружно поведем

Глазами водят вправо-влево.

И все капельки стряхнем.

Моргают.

От дождя убежим,
Под кусточком посидим.
Приседают.

* * *

Прилетает самолет —

Дети смотрят вверх и водят паль-
цем за пролетающим самолетом.

С ним собрался я в полет.

Отводят руки попеременно и
прослеживают взглядом.

Правое крыло отвел —

Смотрят вправо.

Посмотрел.
Левое крыло отвел —

Смотрят влево.

Поглядел.
Я мотор завожу

Делают вращательные движения
перед грудью и прослеживают взгля-
дом.

И внимательно гляжу.
Поднимаясь ввысь, лечу,

Встают на носочки и выполня-
ют летательные движения.

Возвращаться не хочу.

* * *

В группу к нам жук влетел,
Грозят пальцем.

Зажужжал и запел: «Ж-ж-ж-ж».
Вот он вправо полетел —

Указывают рукой направление и
прослеживают взглядом.

Каждый вправо посмотрел.
Вот он влево полетел —
Каждый влево посмотрел.
Жук на нос хочет сесть —

Указывают правой рукой направ-
ление движения к носу со стороны.

Не дадим ему присесть.
Жук наш приземлился,

Направление движения вниз и
приседание.

Зажужжал и закружился:

Делают вращательные движения
типа волчка и встают.

Ж-ж-ж-ж-ж.

Жук, вот правая ладошка,

Поочередно протягивают руки и
смотрят на них.

Посиди на ней немножко.

Жук наверх полетел

И на потолок присел.

На носочки мы привстанем,

Поднимают руки вверх и смотрят.

Дружно хлопнем —

Хлоп-хлоп-хлоп,

Чтобы улететь он смог.

Имитируют полет жука и садят-
ся на стульчики.

Ж-ж-ж-ж-ж.

Прогулка в зимнем лесу

Мы пришли в зимний лес,

Дети ходят по комнате.

Сколько здесь вокруг чудес!

Разводят руками.

Справа березка в шубке стоит,

Отводят руку и прослеживают
взглядом.

Слева елка на вас глядит.

Снежинки в небе кружатся,

Делают движение «фонарики» и
смотрят вверх, кружатся и приседают.

На землю красиво ложатся.

Вот и зайка проскакал,

От лисы он убежал.

Это серый волк рыщет,

Он себе добычу ищет!

Держат руки на поясе, наклоны
в стороны.

Все мы спрячемся сейчас,
Не найдет тогда он нас!
Лишь медведь в берлоге спит,
Так всю зиму и проспит.
В лесу красота и покой,

Дети разводят руки в стороны и
сажаются.

А нам пора уже домой.

Цветы

Раз, два, три — выросли цветы!

Дети присели, имитируя нерас-
крывшиеся бутоны цветов.

К солнцу потянулись высоко:
Стало им приятно и тепло!

Дети медленно приподнимают-
ся, поднимают руки вверх и раскры-
вают ладони, имитируя цветы, смот-
рят вверх.

Ветерок пролетал,

Ребенок-«ветер» «пролетает» сре-
ди детей.

Стебелечки качал.

Влево качнулись,

Низко пригнулись.

Вправо качнулись,

Низко пригнулись.

Ветерок, убегай!

Ты цветочки не сломай!

Пусть они цветут, растут,

Имитируют цветы.

Детям радость несут!

Улыбаются.

Литература

Волина В.В. Занимательное азбу-
коведение. М., 1991.

Цвынтарный В.В. Играем пальчи-
ками и развиваем речь. СПб., 1997.

Должностная инструкция медицинской сестры лекотеки

Ильина С.К.,
почетный работник общего образования РФ,
руководитель структурного подразделения «Лекотека»
ГООУ – д/с № 2612, Юго-Восточный
административный округ, Москва

В Москве с 2006 г. на базе ДООУ открылись структурные подразделения «Лекотека», созданные с целью оказания ранней психолого-педагогической помощи детям с нарушениями развития с использованием игровых технологий.

Основные задачи лекотеки:

- психолого-педагогическая поддержка детей, имеющих проблемы в развитии;
- коррекция отдельных психических функций;
- адаптация и социализация детей к жизни;
- помощь семье, направленная на создание оптимальных условий для развития ребенка.

Важнейшая задача ДООУ — охрана жизни и здоровья детей. А для детей, имеющих проблемы в развитии, — это особенно актуально. Очень важна в организации деятельности лекотеки роль медицинской сестры. Медицинский контроль и профилактические мероприятия, которые она проводит и обеспечивает, способствуют улучшению здоровья детей и развитию их психических процессов. Ее практическая деятельность и зона ответственности учтены при разработке должностной инструкции и отражены в циклограмме работы лекотеки.

При открытии лекотеки мы столкнулись с неосведомленностью не только населения, но и медицинских работников, сотрудников детской поликлиники об особенностях деятельности данной структуры в ДООУ. В связи с этим предлагаем для использования в практической деятельности разработанную нами должностную инструкцию медицинской сестры, отвечающей за мероприятия по охране жизни и здоровья детей с особыми нуждами.

АКТУАЛЬНО



СОГЛАСОВАНО
Председатель ПК _____

(ФИО)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Протокол № _____

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий ГОУ № 2612

(ФИО)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Ответственный по охране труда
да _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Должностная инструкция медицинской сестры структурного подразделения «Лекотека»

ГОУ № 2612

Структурное подразделение
«Лекотека»

1. Общие положения

1.1. Медицинская сестра структурного подразделения «Лекотека» относится к категории специалистов.

1.2. На должность медицинской сестры структурного подразделения «Лекотека» назначается лицо, имеющее среднее медицинское образование.

1.3. Назначение на должность медицинской сестры структурного подразделения «Лекотека» и освобождение от нее производятся приказом руководителя учреждения по представлению руководителя подразделения.

1.4. Медицинская сестра структурного подразделения «Лекотека» должна знать:

- Конституцию и законы РФ, постановления и решения правительства РФ и органов управления образованием по вопросам здравоохранения, законодательство о труде;
- Конвенцию о правах ребенка, Декларацию прав и свобод человека;
- основы лечебно-диагностического процесса, профилактики заболеваний, пропаганды здорового образа жизни;
- правила техники безопасности при работе с медицинским инструментарием и оборудованием;
- правила внутреннего трудового распорядка в учреждении;
- положение о «Лекотеке»;
- профилактику травматизма у детей;
- правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты.

1.5. Медицинская сестра структурного подразделения «Лекотека» в своей деятельности руководствуется:

- Уставом учреждения;
- настоящей должностной инструкцией.

1.6. Медицинская сестра структурного подразделения «Лекотека» подчиняется непосредственно руководителю структурного подразделения.

1.7. Во время отсутствия медицинской сестры структурного под-

разделения «Лекотека» (отпуска, болезни и пр.) его обязанности выполняет работник, назначенный в установленном порядке, который приобретает соответствующие права и несет ответственность за неисполнение и ненадлежащее исполнение обязанностей, возложенных на него в связи с замещением.

2. Функции

2.1. Выполняет работы по охране здоровья всех участников образовательного процесса.

3. Должностные обязанности

Медицинская сестра структурного подразделения «Лекотека» исполняет следующие обязанности.

3.1. Обеспечивает инфекционную безопасность (соблюдает правила санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима; правильно хранит, обрабатывает и использует изделия медицинского назначения).

3.2. Оказывает неотложную доврачебную помощь при острых заболеваниях, несчастных случаях и различных видах катастроф с последующим вызовом врача к пациенту или направлением его в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение.

3.3. Взаимодействует с сотрудниками учреждения и родителями в интересах детей.

3.4. Ведет утвержденную медицинскую учетно-отчетную документацию.

3.5. Систематически повышает свою профессиональную квалификацию.

3.6. Проводит работу по гигиеническому воспитанию, направленную на укрепление здоровья и профилактику заболеваний, пропаганду здорового образа жизни.

4. Права

Медицинская сестра структурного подразделения «Лекотека» имеет право.

4.1. Знакомиться с проектами решений руководства учреждения, касающихся ее деятельности.

4.2. Выносить на рассмотрение руководства предложения по совершенствованию работы учреждения.

4.3. В пределах своей компетенции сообщать руководителю учреждения, руководителю подразделения обо всех выявленных в процессе осуществления должностных обязанностей, недостатках в деятельности учреждения и вносить предложения по их устранению.

4.4. Запрашивать от других структурных подразделений и иных специалистов информацию и документы, необходимые для выполнения своих должностных обязанностей.

4.5. Требовать от руководства учреждения оказания содействия в исполнении своих должностных обязанностей и прав.

5. Ответственность

5.1. Медицинская сестра структурного подразделения «Лекотека» привлекается к ответственности: — за ненадлежащее исполнение или неисполнение своих должностных обязанностей, предус-

мотренных настоящей должностной инструкцией, — в порядке, установленном действующим Трудовым кодексом РФ;

— за правонарушения, совершенные в процессе своей деятельности, — в порядке, установленном действующим административным, Уголовным и Гражданским кодексом РФ;

— за причинение ущерба учреждению образования — в порядке, установленном действующим Трудовым кодексом РФ.

С должностной инструкцией ознакомлена:

ФИО _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

.....

**Издательство «ТЦ Сфера»
представляет книги серии
«Библиотека практического психолога»**



**ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ
С ММД И ПШОП**

Автор — Шарapanовская Е.В.

Обложка, 96 с. Формат 84×108/32

В книге представлены рекомендации, разработанные на основе многолетнего опыта психокоррекционной работы с детьми и родителями, размышлений автора, анализа медицинской и психологической литературы по проблеме реабилитации детей с патологиями шейного отдела позвоночника (ПШОП), минимальными мозговыми дисфункциями (ММД) при сохранном интеллекте.

ВОЗРАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Автор — Демьянов Ю.Г.

Обложка, 128 с. Формат 84×108/32



Автором освещены избранные разделы психиатрии в сравнительно-возрастном аспекте, приведены интересные примеры из клинической практики. Материал книги адресован клиническим и специальным психологам, психиатрам, педагогам, социальным работникам и другим специалистам, оказывающим помощь людям с психическими нарушениями и расстройствами.

Книга рекомендуется студентам педагогических университетов, медицинских и других учебных заведений, а также может использоваться как дополнительное учебное пособие по базовому курсу психиатрии.

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, 107-59-15

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

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

Указатель статей, опубликованных в журнале «Медработник ДОУ» в 2009 году

ГОСТЬ НОМЕРА

- Безруких М.М.* Учреждение Российской академии образования «Институт возрастной физиологии» № 3, с. 4
- Бекетов Н.В.* Современное состояние и тенденции развития демографической ситуации в России № 8, с. 4
- Дёгтева Г.Н.* Особенности охраны здоровья детей, проживающих в условиях Крайнего Севера № 4, с. 4
- Жданова Л.А.* Перспективы оптимизации формирования здоровья детей № 6, с. 4
- Мингазова Э.Н.* Современные профилактические подходы к охране здоровья детей и подростков № 1, с. 4
- Соболева Н.Г.* Клинический потенциал педиатрии Кубани ... № 2, с. 4
- Соловьёв С.А.* Вопросы законодательного обеспечения санитарно-эпидемиологического и экологического благополучия населения Санкт-Петербурга № 5, с. 4
- Чёрная Н.Л.* Дискуссионные вопросы организации медицинской помощи детям в ДОУ № 7, с. 4

ГИГИЕНА

- Антропова М.В., Параничева Т.М., Тюрина Е.В.* Как правильно организовать режим дня дошкольника № 3, с. 19
- Апалькова Е.П., Кравченко Л.М.* Витамины и микроэлементы в практике педиатра № 2, с. 36
- Бабенкова Е.А., Федоровская О.М.* Организация оздоровительной физической культуры в ДОУ № 3, с. 54
- Бобрищева-Пушкина Н.Д. и др.* Профилактика нарушений адаптации детей к пребыванию в ДОУ № 1, с. 10
- Бычкова С.В., Кропотова Л.П., Орлова И.Ю.* «Школа здоровья» для дошколят № 7, с. 37
- Ганузина Г.С. и др.* Л.А. Физическое воспитание детей в ДОУ с использованием элементов йоги № 7, с. 34
- Егоров Б.Б., Ермулина Е.А., Тараторкина Т.В.* Модель двигательного режима дошкольников в условиях Заполярья № 4, с. 27
- Ефимова Н.В.* Физическое развитие дошкольников и оздоровительные мероприятия в ДОУ Восточной Сибири № 4, с. 39

- Жежу А.И., Якшимбетова Т.В. Гигиеническое воспитание и обучение в клубе для родителей № 8, с. 41
- Ильина С.К. Организация закаливающих мероприятий в ДОУ № 2, с. 17
- Крылов И.А. и др. Эффективность оздоровления дошкольников витаминно-минеральными комплексами ... № 4, с. 17
- Лапицкая Е.М. Рекомендации по физическому воспитанию дошкольников № 3, с. 68
- Легоноква Т.И., Аскерко Т.Г. Роль витаминно-минеральных комплексов в нервно-психическом развитии дошкольников № 8, с. 33
- Леонова Л.А., Макарова Л.В. Ребенок и компьютер № 3, с. 10
- Макеева А.М., Филиппова Т.А. Разговор о правильном питании № 3, с. 32
- Мелехов Ю.П., Васильев М.А. Формирование правильного телосложения у детей № 5, с. 32
- Мелехова Г.В., Ганузина Г.С., Старунова Л.Н. Оптимизация питания детей в ДОУ № 7, с. 17
- Меркушев И.А. Гигиенические требования к качеству питьевой воды № 5, с. 20
- Мингазова Э.Н. Несколько советов по правильному обучению дошкольников № 1, с. 44
- Мингазова Э.Н., Гомзина Е.Г., Титова С.А. Профилактика пищевой аллергии у дошкольников № 1, с. 19
- Мога Н.Д. Принципы использования тренажеров в физическом воспитании дошкольников, страдающих ДЦП № 1, с. 35
- Нежкина Н.Н. и др. Психофизическая тренировка — новая технология физического воспитания детей дошкольного возраста № 6, с. 30
- Нефёдов П.В., Колычева С.С., Захарченко И.С. О санитарно-эпидемиологическом благополучии ДОУ № 2, с. 8
- Новикова И.И., Крига А.С., Ерофеев Ю.В. Основные факторы сохранения и укрепления здоровья дошкольника в ДОУ № 4, с. 8
- Полянский А.В. Хочешь жить — умей лечиться, или Заметки врача о смысле жизни и лечения № 2, с. 41
- Прощина И.М. и др. Организация питания детей в ДОУ № 6, с. 18
- Скальный А.В., Эверстова А.В. Влияние минеральных веществ на развитие и здоровье детей-якутов № 8, с. 24
- Соболева Н.Г., Кондратьева Е.И. О естественном вскармливании детей первого года жизни № 2, с. 23
- Сонькин В.Д. Поэтапная программа закаливания дошкольников № 3, с. 39

- Стамат И.П., Горский Г.А.* Облучение детей за счет природных источников ионизирующего излучения № 5, с. 10
- Стародумов В.Л.* Воздействие факторов окружающей среды на состояние здоровья и морфофенотип детей .. № 8, с. 14
- Старунова Л.Н., Шубина Е.В.* Профилактика эколого-обусловленной патологии в ДОУ № 7, с. 8
- Тармаева И.Ю.* Информированность родителей в вопросах рационального питания № 8, с. 38
- Чёрная Н.Л.* и др. Нутритивный статус современных детей и его коррекция № 7, с. 23
- Шамова А.Г., Гомзина Е.Г.* Применение молочной смеси на основе козьего молока для профилактики аллергии у детей первого года жизни № 1, с. 29
- Шишова А.В., Мандров С.И.* Биоритмологические аспекты оптимизации режима дня и оздоровления детей в условиях ДОУ № 6, с. 10
- Яновская М.Е.* и др. Экологические индикаторы здоровья детского населения Ярославской области № 7, с. 13

ПЕДИАТРИЯ

- Александрова О.К.* и др. Вакцинопрофилактика — эффективный метод предупреждения заболеваемости «управляемыми» инфекциями среди дошкольников № 2, с. 67
- Бабенко Л.Г.* Нарушение остроты зрения среди детей-северян в возрасте 3—7 лет № 4, с. 53
- Бабенкова Е.А.* Здоровье дошкольников в различных климатогеографических зонах России № 8, с. 46
- Баранова Т.И.* Холодо-гипокси-гиперкапническое воздействие (коррекция функционального состояния детей дошкольного возраста) № 5, с. 43
- Безруких М.М., Сонькин В.Д., Фарбер Д.А.* Ребенок от 3 до 7 лет: особенности развития № 3, с. 68
- Бобошко И.Е.* и др. Реабилитация часто болеющих детей в ДОУ с учетом их индивидуальных особенностей № 6, с. 49
- Богатырёва Е.Л.* Реабилитационная работа с дошкольниками, страдающими атопическим дерматитом № 7, с. 70
- Бойко С.Г., Тюкина Э.М.* Слухопротезирование как элемент программы социальной реабилитации дошкольников с нарушением слуха № 4, с. 63
- Гомзина Е.Г., Шамова А.Г.* Взаимосвязь аллергического ринита и бронхиальной астмы, факторы их формирования № 1, с. 60

- Григорьева Л.И.* и др. Система оздоровления и реабилитации детей в ДОО г. Северодвинска № 4, с. 66
- Зарубин С.С.* Опыт применения препарата Тонзилгон Н с профилактической целью у дошкольников № 4, с. 60
- Иванова А.И.* Что хотят знать дошкольники о размножении животных и человека? № 7, с. 44
- Кишинец Т.А.* Лечение стоматологической патологии во время симультанных операций у дошкольников № 8, с. 52
- Кондратьева Е.И., Янкина Г.Н.* Лечение и реабилитация детей, больных целиакией № 2, с. 53
- Ктянц В.Л., Соболева Н.Г., Колесникова Н.В.* Современные подходы к лечению инфекций мочевыводящей системы у детей № 2, с. 46
- Лупаш Н.Г.* и др. Фитотерапия в педиатрии № 2, с. 63
- Макарова Т.П.* и др. Актуальность скрининговых исследований артериального давления и ЭКГ у дошкольников № 1, с. 48
- Малышев В.В.* Кишечные вирусные инфекции «не дремлют» № 5, с. 61
- Мозжухина Л.И.* и др. Профилактическая работа в специализированном детском саду для детей с аллергическими заболеваниями № 7, с. 55
- Парамонов Б.А.* Первая и неотложная помощь при ожогах кожи № 8, с. 58
- Параничева Т.М.* Как подготовить часто болеющего ребенка к школе № 5, с. 67
- Парцалис Е.М.* Профилактика аллергических заболеваний у детей 3—7 лет № 3, с. 77
- Пунанов Ю.А., Сафонова С.А.* Доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания у детей (клинические проявления, методы лечения) № 5, с. 51
- Редкова О.В., Короленко Е.В., Абрамова Т.Ф.* Дошкольники с нарушениями зрения: особенности эмоциональной сферы № 6, с. 40
- Румянцева Г.Н., Калантаров Т.К., Медведев А.А.* Оказание медицинской помощи детям при укусах домашними животными, змеями, пчелами № 7, с. 63
- Салиманова Р.Р.* Профилактика ОРВИ у детей дошкольного возраста № 1, с. 72
- Сутовская Д.В.* и др. Оптимизация санаторно-курортной реабилитации часто и длительно болеющих детей № 2, с. 80
- Ушакова Т.В.* Состояние стоматологического здоровья дошкольников г. Архангельска № 4, с. 50
- Цаллагова Р.Б., Комиссарова Е.Н.* Соматометрия и соматотипирование детей дошкольного возраста № 5, с. 38

- Шаповалова Т.И.* Токсокароз — актуальная проблема
практической педиатрии № 2, с. 72
- Шульженко В.И.* и др. Опыт реабилитации
детей-инвалидов с врожденными пороками лица № 2, с. 84

ПЕДАГОГИКА

- Антонов Ю.Е.* Истоки социально-оздоровительной
технологии «Здоровый дошкольник» № 1, с. 74
- Архипова Л.Н., Егорова Т.И.* Организация оздоровительной
работы в ДОУ с ослабленными и часто болеющими
детьми № 8, с. 70
- Березко В.Г., Титова Е.П.* Организация экологического
воспитания в ДОУ № 5, с. 95
- Бобошко И.Е.* и др. Роль личностных особенностей
и детско-родительских отношений в воспитании
ребенка № 6, с. 100
- Гильмизянова Е.Г.* Экологическая реабилитация детей
с ограниченными возможностями в Республике
Татарстан № 1, с. 99
- Горбатова О.А., Голубева Л.С.* Оздоровительная работа
в ДОУ в условиях Крайнего Севера № 4, с. 79
- Другова Л.А.* Оздоровительная работа в ДОУ Кольского
полуострова № 4, с. 87
- Дружинина Л.А.* Взаимодействие педагогического
и медицинского персонала при оказании помощи
детям с нарушениями зрения № 8, с. 95
- Дружинина Л.А.* Развитие представлений об окружающем
мире у дошкольников с косоглазием и амблиопией № 7, с. 86
- Жданова Л.А., Фокина Н.Б., Батанова Е.В.* Особенности
развития детей раннего возраста с задержкой
внутриутробного развития № 7, с. 78
- Зарубина Н.В., Сливак Е.М.* Роль психотерапии
в профилактике нарушений адаптации детей раннего
возраста к условиям ДОУ № 7, с. 104
- Климон Н.Л., Старобина Е.М., Соснина Н.В.* Роль
психолога в ДОУ № 2, с. 98
- Козина И.Б., Шишкина В.А., Дрёмина И.Е.* Оказание
комплексной помощи дошкольникам с ограниченными
возможностями здоровья № 8, с. 83
- Кольгина Т.А.* Реализация экологической
оздоровительной программы в ДОУ Поморья № 4, с. 83
- Котцова Н.П.* Оздоровление в ДОУ детей
с заболеваниями костно-мышечной системы № 4, с. 76
- Кругликова А.Ю.* Практическая психология в ДОУ № 8, с. 89

- Логинова Е.С., Хромова С.К.* Этапы развития речи в дошкольном возрасте № 3, с. 96
- Мамонтова О.К. и др.* Комплексный метод лечения речевых нарушений в детской поликлинике № 7, с. 97
- Матрёнкина Е.Н. и др.* Коррекционная работа в ДОУ с детьми, имеющими патологию опорно-двигательного аппарата № 6, с. 62
- Мещанова В.И.* Право быть счастливым и здоровым № 2, с. 107
- Мизинова С.А., Максимова Ю.А., Салова М.Н.* Основные принципы и направления оздоровительной работы в ДОУ № 6, с. 75
- Молькова Л.К. и др.* Медико-психолого-педагогическое сопровождение детей с ЗПР в ДОУ № 6, с. 89
- Нуждина Г.Н. и др.* Современные возможности оздоровления и реабилитации детей в ДОУ № 6, с. 81
- Осюшкина И.П., Щипелёва О.А.* Основные направления деятельности центра охраны здоровья дошкольников ... № 2, с. 88
- Первишко О.В., Бевзенко О.В., Баум Т.Г.* Повышение адаптационных способностей детей в ДОУ на современном этапе № 2, с. 94
- Пешехонова Л.П.* Агрессивное поведение дошкольников и его преодоление № 5, с. 81
- Пинигина О.В.* Экологическое воспитание дошкольников в г. Ханты-Мансийске № 4, с. 100
- Пышненко М.А.* Оздоровление тубинфицированных дошкольников в условиях сурового климата Якутии № 4, с. 89
- Разумовская О.Н.* Домашнее экологическое просвещение ... № 5, с. 90
- Соколова Н.А.* Экологические бытовые нормы № 4, с. 97
- Спивак Е.М. и др.* Нарушения нервно-психического развития у детей раннего возраста при адаптации к ДОУ № 5, с. 76
- Ткачёва И.А.* Особенности психологической готовности к школе детей 6—7 лет с ЗПР № 1, с. 92
- Фарбер Д.А., Мачинская Р.И., Семёнова О.А.* Развитие психических процессов у детей дошкольного возраста ... № 3, с. 84
- Ямщикова Н.Л., Соколова С.Б.* Технологии оздоровления часто болеющих детей в условиях ДОУ № 1, с. 87

АКТУАЛЬНО

- Антропова М.В., Фарбер Д.А.* Институт возрастной физиологии — этапы развития № 3, с. 118
- Ахметзянов И.М.* Мебель для медицинских кабинетов ДОУ № 4, с. 112
- Безруких М.М.* Гордость нашего института — учителя № 3, с. 113

- Безруких М.М., Филиппова Т.А.* Принципы и формы организации занятий по подготовке к школе № 3, с. 106
- Грекул Л.В.* Вопросы управления системой здоровьесбережения в ДОУ № 7, с. 114
- Дроздова И.В.* Оздоровительная работа с детьми-ненцами дошкольного возраста № 4, с. 120
- Жданова Л.А., Шишова А.В.* Профилактические осмотры в ДОУ: проблемы и пути совершенствования .. № 7, с. 108
- Зубов Л.А., Муратова А.П.* Проблемы медицинского обслуживания детей коренных малочисленных народов Севера, ведущих кочевой образ жизни № 4, с. 106
- Игнатова Л.В.* Проводим психолого-медико-педагогический консилиум № 1, с. 102
- Информационное письмо РОШУМЗ № 3, с. 124
- Колбина Л.Г.* Забота о здоровье дошкольников — мой долг № 4, с. 118
- Костин В.Г., Васильева Т.П.* Демографическая политика в Ярославской области № 7, с. 123
- Лопатин С.А., Ахметзянов И.М.* О рекламе биологически активных добавок к пище № 5, с. 120
- Лукьянова Е.В., Фокичева С.О.* Медико-психологическое сопровождение развития дошкольников в условиях системы дополнительного образования № 6, с. 121
- Нефёдов П.В., Швец А.А., Нефёдова Л.В.* О заболеваемости и физическом развитии дошкольников Краснодара № 2, с. 116
- Нефёдов П.В., Школьная Л.Р., Кутумова С.Л.* Исследование готовности детей к обучению в школе ... № 8, с. 114
- Новиков С.А.* Современная методика подбора очков № 8, с. 108
- Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации № 5, с. 98
- Павлова П.А.* Циклограмма работы медработников ДОУ ... № 4, с. 114
- Плаксин В.А., Плакшина Н.Ю., Алексеева М.Г.* О деятельности сестринского персонала в детском учреждении № 8, с. 121
- Полозова Н.Р.* Организация хранения в ДОУ лекарственных средств и изделий медицинского назначения № 5, с. 112
- Русова Т.В.* и др. Организация медико-социальной помощи детям дошкольного возраста № 6, с. 110
- Семко Е.Н.* и др. Об оказании высокотехнологичной медицинской помощи детям Краснодарского края № 2, с. 112
- Шишова А.В.* и др. Межведомственная интеграция в формировании здоровья воспитанников учреждений дополнительного образования № 6, с. 115

**ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА»
ПРЕДСТАВЛЯЕТ НОВЫЕ КНИГИ****ФИЗИЧЕСКОЕ И РЕЧЕВОЕ
РАЗВИТИЕ ДОШКОЛЬНИКОВ
Взаимодействие учителя-логопеда
и инструктора по физкультуре**

Авторы — Вареник Е.Н., Корлыханова З.А., Китова Е.В.

Несомненно, что работа по коррекции речи ребенка будет успешней, если ее решают совместными усилиями разные специалисты детского сада. В представленном пособии рассмотрены аспекты взаимодействия учителя-логопеда и инструктора по физической культуре. Речевой материал дается с учетом лексических тем и основных групп звуков, направленных на устранение специфических речевых нарушений, входящих в синдром ОНР. Предложенный практический материал специалисты-педагоги могут использовать на своих занятиях, учитывая диагноз и уровень дефекта ребенка, при подборе речевого сопровождения движений, в логопедической работе в детском саду.

**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 комплекскаливающих 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.

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



Творческий Центр СФЕРА

ПОДПИСНЫЕ ИЗДАНИЯ

Если вы хотите получать в 2010 г. наши журналы с приложениями, не забудьте подписаться!

	Индекс в каталоге	
	«Роспечать»	«Пресса России»
2010 1-е полугодие		
Комплект		
«Управление ДОУ»	36804	39757
с приложением и журналами		
«Методист ДОУ»,		
«Инструктор по физкультуре»,		
«Медработник ДОУ».		
Комплект рабочих журналов		
«Управление ДОУ» с приложением	82687	
«Управление ДОУ»	80818	
«Медработник ДОУ»	80553	
«Инструктор по физкультуре»	48607	
«Воспитатель ДОУ» с библиотекой	80899	39755
«Воспитатель ДОУ»	58035	
«Логопед» с библиотекой	18036	39756
и с приложением «Конфетка»		
«Логопед»	82686	

Чтобы подписаться на **все издания** для специалистов дошкольного воспитания для Вашего учреждения, вам потребуется всего **три индекса:**

36804, 80899, 18036

Подписаться на наши издания можно по каталогам «РОСПЕЧАТЬ» и «Пресса России» с любого месяца в любом почтовом отделении.

Если вы не успели подписаться на наши издания, то можно заказать их по почте наложенным платежом **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40.

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, (499) 181-34-52;

по E-mail: sfera@cnt.ru; в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru

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 10—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

В следующем номере!

Сон — это здоровье!

Качество питьевой воды и здоровье дошкольников
г. Смоленска

Лицензирование дошкольных образовательных учреждений
на осуществление медицинской деятельности

Скарлатина и другие болезни, вызываемые стрептококками
группы А

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
2010, № 1

**Научно-практический
журнал**

Выходит 8 раз в год

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор Л.В. Макарова

Научный редактор Н.Л. Ямщикова

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

О.В. Максимова

Корректоры

Т.Э. Балоунова, Л.Б. Успенская

Фото на обложке

И.М. Ахметзянов

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



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

Свидетельство ФС № 77-28788

Подписной индекс в каталоге
Роспечати **80553**

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 16.12.09. Формат 60×90¹/₁₆,
Усл. печ. л. 8. Тираж 7000 экз.
Заказ №

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 «Медработник ДОУ», 2010
© ООО «ТЦ СФЕРА», 2010
© Т.В. Цветкова, 2010

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ОАО ордена «Знак Почета»
«Смоленская областная типография
им. В.И. Смирнова».

214000, г. Смоленск, проспект им. Ю. Гагарина, д. 2.