



МЕДРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного образовательного учреждения

Роль витаминно-
минеральных комплексов
в нервно-психическом
развитии дошкольников

Первая и неотложная помощь
при ожогах кожи

Организация оздоровительной
работы в ДОУ с ослабленными
и часто болеющими детьми

Исследование готовности
детей к обучению в школе

Гигиеническое воспитание
и обучение в клубе
для родителей

№ 8/2009



Содержание

2009, № 8 (12)

Колонка редактора	3
Гость номера <i>Н.В. Бекетов</i>	4

ГИГИЕНА

Факторы окружающей среды

Стародумов В.Л.

Воздействие факторов окружающей среды на состояние здоровья и морфофенотип детей	14
---	----

Рациональное питание

Скальный А.В., Эверстова А.В.

Влияние минеральных веществ на развитие и здоровье детей-якутов	24
--	----

Легонькова Т.И., Аскерко Т.Г.

Роль витаминно-минеральных комплексов в нервно-психическом развитии дошкольников	33
---	----

Гигиеническое воспитание

Тармаева И.Ю.

Информированность родителей в вопросах рационального питания	38
---	----

Жезу А.И., Якшимбетова Т.В.

Гигиеническое воспитание и обучение в клубе для родителей	41
--	----

ПЕДИАТРИЯ

Здоровый ребенок

Бабенкова Е.А.

Здоровье дошкольников в различных климатогеографических зонах России	46
---	----

Неинфекционные заболевания*Кишинец Т.А.*Лечение стоматологической патологии во время
симультанных операций у дошкольников 52**Неотложка***Парамонов Б.А.*

Первая и неотложная помощь при ожогах кожи 58

ПЕДАГОГИКА**Оздоровительная работа***Архипова Л.Н., Егорова Т.И.*Организация оздоровительной работы в ДОУ
с ослабленными и часто болеющими детьми 70*Козина И.Б., Шишкина В.А., Дрёмина И.Е.*Оказание комплексной помощи дошкольникам
с ограниченными возможностями здоровья 83**Психологическая помощь***Кругликова А.Ю.*

Практическая психология в ДОУ 89

Педагогическая копилка*Дружинина Л.А.*Взаимодействие педагогического и медицинского
персонала при оказании помощи детям
с нарушениями зрения 95**АКТУАЛЬНО****Медицинский кабинет***Новиков С.А.*

Современная методика подбора очков 108

Профессиональный рост*Нефёдов П.В., Школьная Л.Р., Кутумова С.Л.*Исследование готовности детей к обучению
в школе 114*Плаксин В.А., Плаксина Н.Ю., Алексеева М.Г.*О деятельности сестринского персонала в детском
учреждении 121**Книжная полка** 13, 126**Как подписаться** 127**Анонс** 128

Уважаемые коллеги!

Близится к завершению год. В преддверии новогодних праздников людям свойственно подводить итоги своей деятельности и мы не являемся исключением.

Уходящий год для нашего журнала был очень продуктивным. В 2009 г. благодаря слаженной работе коллектива авторов и сотрудников издательства «ТЦ Сфера» увидело свет восемь журналов с опубликованными в них более 130-ю статьями. Врачи и педагоги, ученые из Москвы, Санкт-Петербурга, Казани, Иванова, Ярославля, Краснодара, Кургана, Сыктывкара, Архангельска, Воркуты, Северодвинска, Якутска, Омска, Ангарска, Ханты-Мансийска и многих других городов России поделились на страницах журнала своим опытом и знаниями.

В этом году расширился и круг наших читателей. Журнал читают в разных регионах нашей огромной страны. И это неудивительно. Вопросы, которые обсуждаются в различных его рубриках, чрезвычайно актуальны. Это подтверждают многочисленные письма, которые приходят в редакцию. Мы благодарим всех за высказанные добрые слова в адрес нашего журнала, а все ваши пожелания постараемся учесть в дальнейшей работе.

Дошкольный возраст — один из самых важных периодов жизни ребенка. Именно на данном этапе закладываются основы его здоровья. Огромная ответственность в этом вопросе ложится на плечи не только медицинских работников, но и педагогов, психологов, логопедов, руководителей ДОУ. Оказывать посильную помощь в нелегком деле сохранения и укрепления здоровья детей — цель нашего издания. Редакция планирует и в будущем году знакомить вас с новыми исследованиями в области медицины и здравоохранения, освещать работу важнейших научных форумов и конференций. В свою очередь мы ждем от вас, уважаемые коллеги, новых материалов для публикации.

Поздравляем с наступающим Новым годом! Желаем крепкого здоровья вам и вашим близким, энергии, оптимизма, творческих успехов. Пусть следующий год принесет много позитивного, интересного и доброго.

С уважением, редакция

Гость номера

Бекетов Николай Викторович

*д-р эконом. наук, профессор, директор Научно-исследовательского
проектно-экономического института Якутского
государственного университета, г. Якутск*

Современное состояние и тенденции развития демографической ситуации в России

Современная демографическая ситуация в Российской Федерации в значительной степени обусловлена социально-экономическими процессами, происходившими в XX в. Во второй половине прошлого века в РФ ежегодно рождались 2—2,5 млн детей, умирали 1—1,5 млн чел. Продолжительность жизни граждан постоянно увеличивалась и приближалась к показателям европейских стран. Средняя продолжительность жизни в 1990—1991 гг. составляла 68 лет.

С 1992 г. началось стабильное сокращение численности населения из-за превышения уровня смертности над уровнем рождаемости (противоестественная убыль населения). В течение последних 15 лет в России ежегодно умирали более 2 млн чел., что в расчете на 1 тыс. чел. в 2 раза больше, чем в европейских странах и США, в 1,5 раза больше, чем в среднем в мире, а ежегодно рождались в этот период 1,2—1,5 млн чел.

По показателю ожидаемой продолжительности жизни населения, особенно мужчин, Россия все боль-

ше отстает от экономически развитых стран: в 2006 г. ожидаемая продолжительность жизни в стране составила в среднем 66,7 года, в том числе мужчин — 60,6 года, женщин — 73,1 года.

Основная причина низкой продолжительности жизни населения в России — высокая смертность граждан трудоспособного возраста. Из общего числа умерших почти треть составляют граждане трудоспособного возраста, около 80% из них — мужчины. Смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы, составляющая 55% смертности от всех причин, в России в 3—4 раза выше, чем в европейских странах. Среди причин смерти в трудоспособном возрасте значительную долю (более 30%) составляют внешние причины — случайные отравления, самоубийства, убийства, дорожно-транспортные происшествия, прочие несчастные случаи.

Показатель младенческой смертности, рассчитанный по действующей в РФ системе, несмотря на его снижение с 18 на 1 тыс. родившихся живыми в 1992 г. до

10,2 в 2006 г., примерно в 2 раза выше, чем в развитых европейских странах, Канаде и США (по расчетам в соответствии с рекомендациями ВОЗ).

Смертность обусловлена также высоким уровнем заболеваемости населения, распространенностью алкоголизма, наркомании, табакокурения. Не созданы условия, побуждающие людей бережно относиться к собственному здоровью и здоровью своих детей. Недостаточно развиты формы досуга, способствующие ведению здорового образа жизни (физическая культура, спорт, туризм, активный отдых).

Начиная с 2000 г. в стране отмечается рост рождаемости. Вместе с тем, ее уровень пока еще недостаточен для обеспечения естественного воспроизводства населения.

На рождаемость отрицательно влияют:

- низкий денежный доход многих семей;
- отсутствие нормальных жилищных условий;
- современная структура семьи (ориентация на малодетность, увеличение числа неполных семей);
- тяжелый физический труд значительной части работающих женщин (около 15%);
- условия труда, не отвечающие санитарно-гигиеническим нормам;
- низкий уровень репродуктивного здоровья;
- высокое число прерываний беременности (абортов).

Все это приводит к демографическому старению населения. Если в 1992 г. численность женщин в возрасте старше 55 лет и мужчин старше 60 лет составляла 19,3% всего населения, то в 2006 г. — 20,4%.

Наряду с общими демографическими тенденциями, характерными для России в целом, имеются значительные различия между регионами.

В ряде субъектов РФ демографическая ситуация требует незамедлительного реагирования. В последние 15 лет более чем на 15% сократилась численность населения в Республике Коми, Камчатском крае, Архангельской, Магаданской, Мурманской и Сахалинской областях. На 10—15% уменьшилась численность населения в Республиках Карелия, Мордовия и Саха (Якутия), Забайкальском, Приморском и Хабаровском краях, Амурской, Владимирской, Ивановской, Кировской, Костромской, Курганской, Курской, Новгородской, Псковской, Рязанской, Смоленской, Тамбовской, Тверской и Тульской областях.

По пессимистическому варианту прогноза предположительной численности населения РФ, рассчитанному на основе динамики демографических процессов в 2000—2005 гг. без учета программ по улучшению здоровья населения, сокращению уровня смертности и увеличению уровня рождаемости, население России сократится к 2015 г. на 6,2 млн чел. (на

4,4%) и составит 136 млн чел., а к 2025 г. — 124,9 млн чел. Ожидаемая продолжительность жизни уменьшится до 64,5 года, более чем на 18% уменьшится численность женщин репродуктивного возраста, увеличится доля граждан старше трудоспособного возраста.

Развитие ситуации по данному сценарию, помимо демографических потерь, неблагоприятно скажется на основных показателях социально-экономического развития страны, прежде всего на темпе роста валового внутреннего продукта и обеспеченности трудовыми ресурсами, потребует структурных и качественных изменений в системе оказания медицинской и социальной помощи с учетом увеличения доли граждан старшего возраста.

Цели демографической политики РФ — стабилизация численности населения к 2015 г. на уровне 142—143 млн чел. и создание условий для ее роста к 2025 г. до 145 млн чел., а также повышение качества жизни и увеличение ожидаемой продолжительности жизни к 2015 г. до 70 лет, к 2025 г. — до 75.

Достижение целей демографической политики в значительной степени зависит от успешного решения широкого круга задач социально-экономического развития, включая обеспечение стабильного экономического роста и роста благосостояния населения, снижение уровня бедности и уменьшение дифференциации по доходам, интенсивное развитие

человеческого капитала и создание эффективной социальной инфраструктуры (здравоохранение, образование, социальная защита населения), рынка доступного жилья, гибкого рынка труда, улучшение санитарно-эпидемиологической обстановки.

В основу демографической политики РФ положены следующие принципы:

- комплексность решения демографических задач — мероприятия в этой сфере должны охватывать направления демографического развития (смертность, рождаемость и миграцию) в их взаимосвязи;
- концентрация на приоритетах — выбор по каждому направлению демографического развития наиболее проблемных вопросов и применение эффективных механизмов их решения;
- своевременное реагирование на демографические тенденции в текущий период;
- учет региональных особенностей демографического развития и дифференцированный подход к разработке и реализации региональных демографических программ;
- взаимодействие органов государственной власти с институтами гражданского общества;
- координация действий законодательных и исполнительных органов государственной власти на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Основные задачи демографической политики России на период до 2025 г.:

- сокращение уровня смертности не менее чем в 1,6 раза (прежде всего в трудоспособном возрасте) от внешних причин;
- сокращение уровня материнской и младенческой смертности не менее чем в 2 раза, укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков;
- сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности активной жизни, создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни, существенное снижение уровня заболеваемости социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями, улучшение качества жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями, и инвалидов;
- повышение уровня рождаемости (увеличение суммарного показателя рождаемости в 1,5 раза) за счет рождения в семьях второго ребенка и последующих детей;
- укрепление института семьи, возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций семейных отношений;
- привлечение мигрантов в соответствии с потребностями демографического и социально-экономического развития, с учетом необходимости их социальной адаптации и интеграции.

Решение задачи по *сокращению уровня смертности населения*, прежде всего граждан трудоспособного возраста, включает в себя:

- сокращение уровня смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы за счет создания комплексной системы профилактики факторов риска, ранней диагностики с применением передовых технологий, внедрения образовательных программ, направленных на предупреждение развития указанных заболеваний;
- улучшение материально-технического обеспечения учреждений здравоохранения, оказывающих помощь, в том числе экстренную, больным, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями; оснащение и кадровое обеспечение учреждений здравоохранения в соответствии со стандартами, создание необходимых служб в муниципальных и региональных учреждениях здравоохранения; повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи указанным больным, а также развитие системы восстановительного лечения и реабилитации этих больных;
- сокращение уровня смертности и травматизма в результате дорожно-транспортных происшествий за счет повышения качества дорожной инфраструктуры, дисциплины на дорогах, организации дорожного движения, а также повыше-

ния оперативности, качества оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на всех ее этапах;

- сокращение уровня смертности и травматизма от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний за счет перехода в сфере охраны труда к системе управления профессиональными рисками (включая информирование работников о соответствующих рисках, создание системы выявления, оценки и контроля таких рисков), а также экономической мотивации для улучшения работодателем условий труда;
- сокращение уровня смертности от самоубийств за счет повышения эффективности профилактической работы с гражданами из групп риска;
- сокращение уровня смертности от онкологических заболеваний посредством внедрения программ профилактики, а также скрининговых программ раннего выявления онкологических заболеваний;
- сокращение уровня смертности от ВИЧ/СПИД и туберкулеза при посредстве совершенствования программ профилактики и лечения этих заболеваний, а также применения новых инновационных технологий лечения;
- внедрение специальных программ для населения старших возрастных групп;

— повышение доступности медицинской помощи для жителей сельской местности и отдаленных районов.

Решение задач по *сокращению уровня материнской и младенческой смертности, укреплению репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков* включает в себя:

- повышение доступности и качества оказания бесплатной медицинской помощи, усиление службы материнства и детства в соответствии со стандартами оснащения родовспомогательных учреждений, развитие высокотехнологичной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов и новорожденным детям;
- обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи по восстановлению репродуктивного здоровья, в том числе вспомогательных репродуктивных технологий, снижение доли рабочих мест с тяжелыми, вредными и опасными условиями труда в целях сохранения репродуктивного здоровья;
- проведение профилактических мероприятий в целях раннего выявления нарушений состояния здоровья детей и подростков, обеспечение доступности первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям; совершенствование системы

оказания реабилитационной помощи детям и подросткам, восстановительной медицины; усиление профилактической работы по предупреждению алкоголизма, наркомании, табакокурения, нежелательной беременности;

- развитие системы оказания медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях; организация качественного горячего питания школьников и учащихся учреждений начального профессионального образования, в том числе бесплатного питания для детей из малообеспеченных семей; обязательность занятий физической культурой во всех типах образовательных учреждений.

Решение задач по укреплению здоровья населения, существенному снижению уровня социально значимых заболеваний, созданию условий и формированию мотивации для ведения здорового образа жизни включает в себя:

- формирование у различных групп населения, особенно у подрастающего поколения, мотивации для ведения здорового образа жизни путем повышения информированности граждан через средства массовой информации о влиянии на здоровье негативных факторов и возможности их предупреждения; привлечение к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, организация отдыха и досуга независимо от место-

жительства; разработка механизмов поддержки общественных инициатив, направленных на укрепление здоровья населения;

- разработку мер по снижению количества потребляемого алкоголя, регулированию производства, продажи и потребления алкогольной продукции, осуществлению в образовательных учреждениях профилактических программ, направленных на недопущение потребления алкоголя и табачных изделий детьми и подростками;
- создание эффективной системы профилактики социально значимых заболеваний, предупреждения факторов их развития;
- обеспечение безбарьерной среды обитания для лиц с ограниченными возможностями; развитие реабилитационной индустрии, направленной на обеспечение максимальной социализации инвалидов;
- внедрение комплексных оздоровительных и реабилитационных программ по сокращению сроков восстановления здоровья после перенесенных заболеваний и травм, развитие услуг, предоставляемых санаторно-курортными организациями и оздоровительными учреждениями;
- разработку мер, направленных на сохранение здоровья и продление трудоспособного периода жизни пожилых людей, развитие геронтологической помощи.

Решение задачи по *повышению уровня рождаемости* включает в себя:

а) усиление государственной поддержки семей, имеющих детей, включая поддержку семьи в воспитании детей, для чего необходимо:

- развитие системы предоставления пособий в связи с рождением и воспитанием детей (включая регулярные переосмотр и индексацию их размеров с учетом инфляции);
- усиление стимулирующей роли дополнительных мер государственной поддержки семей, имеющих детей, в форме предоставления материнского (семейного) капитала, расширяя в связи с этим рынок образовательных услуг для детей и масштабы строительства доступного жилья для семей с детьми;
- создание механизмов оказания дополнительной поддержки неполных семей с детьми и многодетных семей с низкими доходами, семей, принимающих на воспитание детей, оставшихся без попечения родителей, а также имеющих детей-инвалидов, включая изменение размеров налоговых вычетов для работающих родителей в зависимости от дохода семьи и количества детей, формирование государственного заказа на оказание организациями различной организационно-правовой формы социальных услуг семьям с детьми;
- обеспечение потребности семей в услугах дошкольного

образования на основе развития всех форм дошкольных образовательных организаций (государственных, частных), повышения доступности и качества их услуг, в том числе на основе принятия стандартов оказываемых услуг, стимулирования развития гибких форм предоставления услуг по уходу и воспитанию детей в зависимости от их возраста;

- создание в городах и сельской местности среды обитания, благоприятной для семей с детьми, включая установление соответствующих требований к градостроительным решениям, социальной и транспортной инфраструктуре;

б) создание условий для повышения доступности жилья для семей с детьми, в первую очередь для молодых семей с детьми, за счет:

- развития ипотечного кредитования, внедрения новых кредитных инструментов, расширения строительства доступного жилья, отвечающего потребностям семей, с одновременным строительством объектов социальной инфраструктуры, необходимых семьям с детьми;
- реализации региональных программ обеспечения жильем молодых семей, разработки системы дополнительных мер, направленных на обеспечение жильем малоимущих граждан с детьми, нуждающихся в жилых помещениях, включая меры по расселению семей с детьми из

неприспособленных и ветхих жилых помещений, первоочередного предоставления жилья детям, оставшимся без попечения родителей, по окончании их пребывания в образовательных и иных учреждениях, в семьях опекунов (попечителей), приемных семьях, а также по окончании службы в Вооруженных силах России;

- развития системы адресной помощи при оплате жилищно-коммунальных услуг в зависимости от состава и материального положения семьи;

в) реализация комплекса мер по содействию занятости женщин, имеющих малолетних детей, в целях обеспечения совмещения родительских и семейных обязанностей с профессиональной деятельностью, в том числе:

- создание для женщин, выходящих из отпуска по уходу за ребенком, условий, способствующих их возвращению к трудовой деятельности, организацию системы повышения их квалификации и переобучения профессиям, востребованным на рынке труда;
- расширение использования гибких форм занятости (в том числе надомный труд, частичная занятость), позволяющих совмещать работу с выполнением семейных обязанностей;
- разработку специальных программ, позволяющих женщинам получить новые профессии в случае их перевода (высвобождения) с рабочих мест с вред-

ными и тяжелыми условиями труда на новые рабочие места.

Решение задач по *укреплению института семьи, возрождению и сохранению духовно-нравственных традиций семейных отношений* включает в себя:

- развитие системы консультативной и психологической поддержки семьи в целях создания благоприятного внутрисемейного климата, профилактики семейного неблагополучия, социальной реабилитации семей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, подготовки и комплексного сопровождения семей, принимающих на воспитание детей, оставшихся без попечения родителей;
- пропаганду ценностей семьи, имеющей нескольких детей, а также различных форм семейного устройства детей, оставшихся без попечения родителей, в целях формирования в обществе позитивного образа семьи со стабильным зарегистрированным браком супругов, имеющих нескольких детей или принимающих на воспитание детей, оставшихся без попечения родителей;
- реализацию комплекса мер по дальнейшему снижению числа преждевременного прерывания беременности (абортов);
- повышение обязательств родителей по обеспечению надлежащего уровня жизни и развития ребенка;

— создание специализированной системы защиты прав детей, включая дальнейшее развитие института уполномоченных по правам ребенка в субъектах РФ, внедрение в работу органов исполнительной власти и судебных органов современных технологий профилактики правонарушений, защиты прав детей, социальной реабилитации и последующей интеграции в общество несовершеннолетних правонарушителей и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Решение задачи по *привлечению мигрантов* в соответствии с потребностями демографического и социально-экономического развития включает в себя:

- содействие добровольному переселению соотечественников, проживающих за рубежом, на постоянное место жительства в РФ и стимулирование возвращению сюда эмигрантов;
- привлечение квалифицированных иностранных специалистов, в том числе выпускников российских высших учебных заведений, на постоянное место жительства в РФ, привлечение молодежи из иностранных государств (прежде всего из СНГ, Латвии, Литвы и Эстонии) для обучения и стажировки в России с возможным предоставлением преимуществ в получении российского гражданства по окончании учебы;
- совершенствование миграционного законодательства РФ;

- разработку социально-экономических мер по повышению миграционной привлекательности территорий, из которых происходит отток населения и которые имеют приоритетное значение для национальных интересов; разработку и внедрение федеральных и региональных программ, направленных на создание благоприятных условий для адаптации иммигрантов к новым условиям и интеграции их в российское общество на основе уважения к российской культуре, религии, обычаям, традициям и жизненному укладу россиян;
- создание условий для интеграции иммигрантов в российское общество и развития терпимости в отношениях между местным населением и выходцами из других стран в целях предотвращения этноконфессиональных конфликтов.

Таким образом, улучшение демографической ситуации в России — сложнейшая проблема, требующая незамедлительных действий. К сожалению, нет легких и однозначных путей ее преодоления. Очевидно и то, что важны комплексный подход, включающий совершенствование систем здравоохранения, образования, социальной защиты, и меры, направленные на укрепление семьи, и изменение системы ценностей и многое другое. И роль дошкольного образовательного учреждения, всех его структур в решении целого ряда задач демографической политики чрезвычайно важна и весома.

Предлагаем вашему вниманию

СПРАВОЧНИК ПСИХОЛОГА ДОУ

Автор — Аралова М.А.

Обложка, 272 с. Формат 60х90/16



В книге рассмотрены формы и методы работы психолога в условиях дошкольного учреждения. Представленный материал позволяет исследовать психические особенности личности ребенка на основе его диагностики, коррекции и развития, помочь в организации работы психолога с воспитателями и родителями, выявить основополагающие принципы психолого-педагогической деятельности, включая ролевые игры, релаксационные упражнения, тренинги, тесты. Представлены документы, регламентирующие деятельность психолога в ДОУ, даны практические советы по организации его рабочего времени и места.

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДОШКОЛЬНИКОВ

Справочное пособие для ДОУ

Сост. И.М. Ахметзянов

Обложка, 304 с. Формат 60х90/16



В книге представлены санитарно-гигиенические и противоэпидемические требования, изложенные в более чем 120 действующих нормативных правовых документах, к территории, зданиям, помещениям учреждений для детей дошкольного возраста, оборудованию, используемому в их деятельности, медицинские требования к режиму дня, занятиям, играм дошкольников, их сну, питанию, мероприятиям по закаливанию детей. Дана характеристика профилактических мероприятий при некоторых инфекционных и паразитарных заболеваниях, требования к дезинфекции, проведению профилактических прививок.

СПРАВОЧНИК СОЦИАЛЬНОГО ПЕДАГОГА

Автор — Овчарова Р.В.

Обложка, 480 с. Формат 60х90/16



Эта книга расскажет о том, кто такой социальный педагог; какими качествами должен он обладать; каковы секреты его профессиональных технологий; кто нуждается в социально-педагогической поддержке; что такое социально-педагогическая диагностика; с кем профессионально взаимодействует социальный педагог. Адресована социальным педагогам и работникам, руководителям учреждений образования, преподавателям, осуществляющим обучение, и студентам, овладевающим специальностью 031300 «Социальная педагогика».

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

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

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

Воздействие факторов окружающей среды на состояние здоровья и морфофенотип детей

Стародумов В.Л.,

д-р мед. наук, доцент, Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново

ГИГИЕНА



Медико-экологические аспекты охраны здоровья детей в последние годы выдвинулись в разряд приоритетных проблем педиатрии [2]. Наиболее резко на изменения окружающей среды реагирует детский организм — если вклад факторов внешней среды в формирование здоровья взрослого населения составляет в среднем 20% [8], то для детей может превысить 50%. Это обусловлено рядом обстоятельств: сниженной функциональной активностью печени, незрелостью ферментов детоксикации [11], неустойчивостью нейроэндокринной системы, высокой интенсивностью обменных процессов и повышенной проницаемостью клеточных мембран [7]. Поэтому состояние здоровья детей — один из наиболее чувствительных показателей, отражающих изменение качества окружающей среды [3].

Из всех видов загрязнителей среды наибольшую опасность представляют химические вещества. Основные источниками загрязнения окружающей среды — энергетическая и химическая отрасли промышленности. Образующиеся химические вещества могут накапливаться во всех объектах окружающей среды и продуктах питания, оказывая прямое токсическое воздействие на человека и опосредованное за счет миграции (рис. 1).

Влияние химических факторов на здоровье можно оценить как этиологическое, когда тот или иной конкретный фактор или их группа являются причиной заболевания. Во многих других случаях воздействия химической природы будут играть роль факторов риска, провоцируя заболевания «нехимической» природы. Для

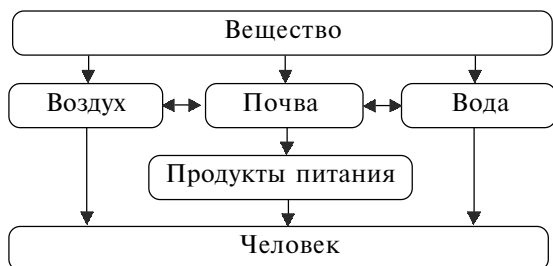


Рис. 1. Схема миграции химических веществ в окружающей среде

таких заболеваний предложен термин «экологически обусловленная (или зависимая) патология». При диагностике подобных заболеваний следует обратить внимание на следующее:

- в большинстве случаев отмечаются низкие или «допороговые» уровни воздействия вредных веществ, поступающих в организм из объектов окружающей среды;
- для экопатологии характерно отсутствие четкой зависимости «доза — ответ» — несоответствие между уровнем воздействия и ростом заболеваемости, а также выраженностью клинических проявлений;
- часто при воздействии специфического фактора на первый план выходят признаки неспецифической патологии;
- индивидуальная диагностика затруднена, хотя данные популяционной диагностики, основанные на сопоставлении уровней воздействия и заболеваемости, укажут на наличие экопатологии.

Наиболее вероятны хронические экзозаболевания, вызванные кумулирующимися веществами, например, тяжелыми металлами, признанные одними из приоритетных загрязнителей окружающей среды во всем мире. Содержание металлов в объектах окружающей среды (воздух, вода, почва, продукты питания) постоянно увеличивается, и они не подвергаются деструкции, постоянно мигрируя по экологическим цепям. Соответственно увеличивается и поступление металлов в организм человека, чему способствуют атмосферный воздух, питьевая вода, продукты питания, а также пыль, загрязнение одежды, токсические выделения из упаковок пищевых продуктов и бытовых товаров, посуды, строительных и отделочных материалов жилища.

Проявления токсического действия металлов зависят в первую очередь от того, являются они эссенциальными элементами (цинк, медь и т.д.) или примесными (свинец, кадмий, ртуть).

Вместе с тем, такое деление условно, так как по мере совершенствования методов аналитической и биологической химии становится ясно, что некоторые примесные металлы (ртуть, кадмий) могут участвовать в поддержании гомеостаза [6]. Тяжелые металлы блокируют функциональные группы (в первую очередь — сульфгидрильные) молекул, вытесняют незаменимые элементы из молекулярных комплексов, модифицируют конфигурацию молекул [1]. Металлы могут ингибировать системы детоксикации, активировать перекисное окисление липидов, что нередко приводит к усилению токсичности других ксенобиотиков. Для тяжелых металлов характерен нейротоксический эффект. Ранними диагностическими признаками воздействия могут быть нарушения в эмоциональной сфере (повышение тревожности, раздражительности) и снижение показателей интеллектуального развития ребенка [9]. Тяжелые металлы обладают отдаленными и специфическими эффектами токсического действия. Наиболее выражено гонадотропное действие у свинца, мутагенное и канцерогенное — у кадмия и хрома. Эти эффекты не имеют выраженного порога вредного действия и, являясь «отдаленными», не могут использоваться в качестве диагностических критериев интоксикации.

В реальных условиях человек подвергается воздействию поступающих из объектов окружающей среды металлов в «малых дозах» — в тех количествах, которые не вызывают выраженную в клиническом смысле интоксикацию. При этом для диагностики значение имеет распознавание преморбидных состояний, соответствующих периоду срыва адаптации или временно компенсированной патологии.

Отравления одним из тяжелых металлов — свинцом — являются наиболее распространенной интоксикацией, связанной с загрязнением окружающей среды [15]. В США проживают 3—4 млн детей в возрасте до 5 лет с повышенной концентрацией свинца в крови (более 15 мкг/дл) при допустимом его содержании до 10 мкг/дл [13]. На территории России также насчитывается около 2 млн детей в возрасте до 7 лет с повышенной концентрацией свинца в крови [5].

Поскольку в г. Иваново находится большое количество производственных предприятий, представляется актуальным выявить возможную зависимость заболеваемости детского населения, проживающего в промышленном центре города, от степени загрязнения окружающей среды тяжелыми металлами.

В результате корреляционного анализа установлено большее влияние на заболеваемость детей загрязнения почвы свинцом по

сравнению с другими металлами (цинком, ртутью, хромом, медью). На эту связь указывают рассчитанные коэффициенты корреляции концентрации свинца с показателями как общей заболеваемости ($r = 0,61$), так и по отдельным группам болезней: перинатальной патологией ($r = 0,73$), болезнями органов дыхания ($r = 0,67$), нервными болезнями ($r = 0,59$), врожденными аномалиями ($r = 0,56$).

Заслуживает внимания рост частоты заболеваний, которые предположительно могут быть связаны с воздействием свинца, в частности заболевания крови и кроветворных органов (средний темп прироста которых за 10 лет составил 7,9%), и, возможно, мочеполовой системы (средний темп прироста — 13%) у детей, а также различные виды патологии развития опорно-двигательного аппарата.

Из 1037 обследованных детей в возрасте от 4 до 17 лет были выделены две группы, проживающие в двух различных по уровню загрязнения тяжелыми металлами районах промышленного центра: в «грязном» (454 чел.) и условно «чистом» (583 чел.). Концентрации большинства металлов в объектах окружающей среды «грязного» района приближались к предельно допустимым, а их фактическое содержание значительно превышало таковое в условно «чистом» районе города. Ситуация осложнялась высокой

плотностью движения транспорта по автодорогам «грязного» района вследствие исторически сложившейся неблагоприятной планировки города.

Полученные результаты показали, что у детей из экологически неблагополучного района города были выражены диспластические изменения со стороны опорно-двигательного аппарата и малые аномалии развития. Более значительны эти проявления у дошкольников (от 4 до 6 лет). У них в 1,5 раза чаще были нарушения осанки, в 2 раза — плоскостопие и в 5 раз чаще — деформация грудной клетки (рис. 2).

Сопоставление данных о состоянии здоровья детей, живущих в разных районах, показало высокий удельный вес патологии ЦНС и органов дыхания у детей из экологически неблагоприятного района. Так, заболевания ЦНС у них встречались в 2,5 раза чаще, а органов дыхания — в 3 раза чаще по сравнению с детьми из «чистого» района. В младшей возрастной группе нередко наблюдался анемический (22,6% против 5,1%) синдром (табл. 1).

При оценке воздействия факторов окружающей среды на здоровье необходимо учитывать закономерность — ребенок рождается с генотипом, определяющим его развитие. Существуют экосенситивные периоды онтогенеза, во время которых наблюдается более высокая чувствительность

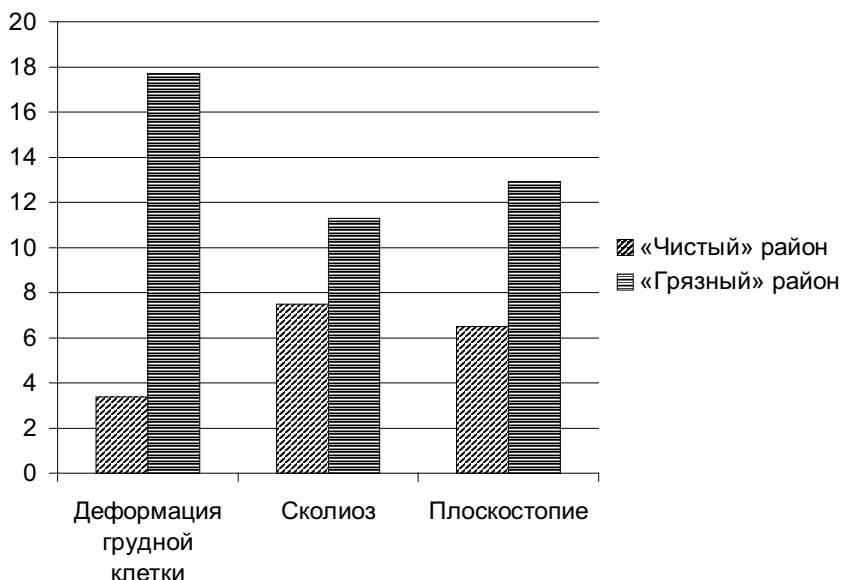


Рис. 2. Сравнительная характеристика встречаемости патологии костно-мышечной системы у дошкольников, проживающих в различных по уровням загрязнения металлами районах

Таблица 1

Встречаемость соматической патологии у дошкольников, проживающих в различных по уровням загрязнения тяжелыми металлами районах, %

Патология	«Чистый» район	«Грязный» район
Деформация грудной клетки	3,4	17,7
Сколиоз	7,5	11,3
Плоскостопие	6,5	12,9
Заболевания органа зрения	6,5	19,4*
Заболевания ЦНС	19,1	46,8*
Заболевания ЖКТ	1,4	1,8
Заболевания почек	6,8	8,1
Анемия	5,1	22,6*
Аллергические болезни	7,5	33,9*
Болезни органов дыхания	13,0	37,1*

* Отличия от группы «чистого» района достоверны ($p < 0,05$).

к воздействию факторов окружающей среды [10]. Если в эти периоды факторы среды действуют в пределах оптимальных величин, процесс развития протекает в рамках, определенных генотипом. Когда экзогенные воздействия оказываются чрезмерными, до возникновения патологии (нозологической единицы) развивается донозологическое (предпатологическое) состояние. Распознавание таких состояний — одна из задач профилактической медицины.

В клинической практике, когда необходима индивидуальная диагностика, проблему развития экзозависимых заболеваний необходимо рассматривать с позиции определения состояний организма на границе нормы и патологии. Длительное воздействие химических соединений даже в низких («малых») концентрациях следует рассматривать как «стрессовое» [4], которое сначала вызывает развитие так называемого пограничного состояния. При этом показатели гомеостаза могут выходить за пределы возрастной нормы при сохранении функционального резерва (состояние физиологической адаптации); при увеличении длительности или интенсивности воздействия развивается состояние напряжения, перенапряжения и предболезни (субклиническое течение с проявлением отдельных симптомов и синдромов); далее при возрас-

тании силы воздействия развивается заболевание с характерной клинической картиной. Вполне вероятно, что у детей при длительном воздействии вредных факторов окружающей среды наиболее часто развиваются как синдром экологической дезадаптации, так и синдром хронической ксеногенной интоксикации (по классификации Ю.Е. Вельтищева).

Малые дозы свинца (при его концентрации в окружающей среде, близкой к предельно допустимой), поступающего в организм из объектов окружающей среды (атмосферного воздуха, пыли, продуктов питания и питьевой воды), могут быть достаточно опасны для детей. На это указывают, в частности, результаты ранее проведенного исследования, в котором было выявлено, что у половины обследованных младших школьников, проживающих в районах города, где воздух и почва содержали относительно более высокие (по сравнению с пригородными районами), но не превышающие ПДК концентрации свинца, отмечалась высокая распространенность нарушений астеноневротического характера [9].

Установлено, что удельный вес детей с гармоничным физическим развитием во всех возрастных группах, проживающих в экологически «грязном» районе, был достоверно ($p < 0,05$) ниже. Причем у дошкольников обнаруживались наиболее значимые различия:

Таблица 2

**Варианты физического развития и морфофенотипа
у дошкольников, проживающих в различных по уровням
загрязнения тяжелыми металлами районах, %**

Показатели	«Чистый» район	«Грязный» район
Гармоничное развитие	93,8	82,3*
Отклонения в развитии:		
избыток массы	1,7	3,2*
дефицит массы	0,3	3,2*
высокий рост	2,1	4,8*
низкий рост	2,1	6,5*
Морфофенотип:		
мезоморфия	96,2	91,9
брахиморфия	1,7	3,2*
долихоморфия	2,1	4,9*

* Отличия от группы «чистого» района достоверны ($p < 0,05$).

в «грязном» районе — 82,3% детей с гармоничным развитием, в «чистом» — 93,9% (табл. 2).

Следует отметить, что с возрастом эти различия постепенно сглаживались: у детей младшего школьного возраста — соответственно 78,8 и 84,4%, а у старшеклассников — всего 74 и 78%. У детей «грязного» района также выявлена тенденция к снижению массы тела и роста. Причем у дошкольников в 3 раза чаще встречались дети с дефицитом массы и роста, а в более старшем возрасте — доминировала низкорослость. В соматотипе большинства детей во все возрастные

периоды преобладала мезоморфия (от 90 до 96%), однако у детей возрастной группы от 4 до 6 лет из «грязного» региона в 2 раза чаще встречается брахи- и долихоморфия.

Анализ полученных данных показал, что дети дошкольного возраста наиболее чувствительны к воздействию малых доз тяжелых металлов. Морфофенотип детей, проживающих в районе загрязнения, характеризуется отклонениями в физическом развитии в виде тенденции к низкорослости, высокой частотой малых аномалий развития, соединительнотканых дисплазий

опорно-двигательного аппарата и поражений ЦНС.

Таким образом, фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани широко распространены в детской популяции, возрастные особенности их манифестации обусловлены процессом стабилизации соединительной ткани в онтогенезе. Неблагоприятное воздействие на процесс созревания и становления соединительной ткани могут оказывать факторы внешней среды, в том числе загрязнение окружающей среды тяжелыми металлами. Отрицательное влияние экофакторов сказывается на формировании опорно-двигательного аппарата детей.

Возможно, что в патогенезе патологии имеет значение нарушение гомеостаза кальция при хронической интоксикации малыми дозами свинца. Предполагается, что в основе механизма токсичности лежит явление «молекулярной мимикрии», в результате которого организм не распознает свинец как чужеродное вещество, и происходит замещение этим металлом эссенциального элемента — кальция [14]. В соответствии с этим была проверена следующая гипотеза. Развитие интоксикации у детей, кроме экспозиции металлом, мог спровоцировать дефицит кальция в питании детей и другие нарушения качественной полноценности рационов. Это особенно важно с учетом того, что уровень

вредного эффекта определяется не только степенью воздействия, но и защитным резервом организма, сохранение которого возможно при условии полноценного питания.

Анализ рационов питания показал, что наблюдаются колебания энергетической ценности и содержания эссенциальных факторов в различные периоды года при незначительном уменьшении калорийности, количества животных белков и значительном снижении содержания растительных жиров, что могло неблагоприятно сказаться на состоянии организма детей. Недостаточное поступление растительных жиров могло привести к дефициту полиненасыщенных жирных кислот, в частности линолевой, и соответственно нарушению синтеза липидов — компонентов клеточных мембран. Возможно, что это и послужило одним из факторов, способствующих, наряду с воздействием свинца, развитию нарушений структуры и функции эритроцитарных мембран, которые наблюдались у детей наиболее часто. Содержание витаминов и минеральных солей в рационах соответствовало потребности, за исключением резко сниженного количества кальция.

Может ли недостаточное количество кальция в рационах способствовать проявлениям токсического действия свинца? Механизм развития свинцовой интоксикации может быть во многом свя-

зан с нарушениями гомеостаза кальция. Недостаточное количество кальция в пище способно повысить уровень абсорбции свинца [6]. При снижении уровня кальция в крови гомеостатические системы мобилизуют не только его, но и свинец в кровь из депо в костях [12]. В механизме мембранотропного действия свинца важна и активация трансмембранного переноса свинца вследствие истощения запасов кальция [14].

Подобное влияние на элементный состав организма может оказать и кадмий, так как по размеру и заряду его ион подобен иону кальция. Известно, что при хронической кадмиевой интоксикации нарушается минерализация костей [1]. Высока вероятность, что параллельное со свинцом воздействие кадмия на детей могло усугубить отрицательное влияние металлов на структуру и функцию мембранных комплексов, повысить риск патологии опорно-двигательного аппарата. Одно из условий этого — снижение количества кальция в питании детей.

Какие же пути профилактики вредного действия тяжелых металлов возможны?

Прежде всего, снижение их поступления в окружающую среду с помощью законодательных, организационных и технологических мер. Но только за счет этой группы мероприятий решить задачи предотвращения

действия металлов на организм невозможно вследствие их кумуляции в объектах среды.

Не менее действенными могут быть методы вторичной профилактики. В качестве лечебно-профилактических средств возможно применение методов детоксикации. В литературе рассматривались механизмы действия комплексонов при изучении механизмов действия металлов в эксперименте — этилендиаминтетрауксусная (ЭДТА) и диэтилентриаминпентауксусная кислоты (ДТПА), триполифосфат и другие препараты [1]. Комплексоны — циклические соединения, образующие хелатные связи с ионами металлов, при этом образуются малотоксичные и водорастворимые соединения, быстро выводящиеся из организма. Но наличие побочных явлений и парентеральный путь введения делают невозможным профилактическое применение этих препаратов у детей. Использование сорбентов — пектинов, димеркаптоянтарной кислоты, альгинатов и полифепана — также ограничено, поскольку наряду с токсичными элементами (свинцом, кадмием) подобные препараты могут выводить и эссенциальные микроэлементы (медь, цинк) — антагонисты токсичных металлов.

Важное место в профилактике должно иметь питание, основанное на связывании металлов

и стимуляции их выведения, а также обогащение крови сульфгидрильными группами. Это может быть достигнуто путем обогащения рациона продуктами с SH-содержащими аминокислотами и стимуляцией синтеза металлотioneинов — низкомолекулярных белков, способных связывать ртуть, кадмий и другие токсиканты. При этом принципы рационального питания обязательно должны быть соблюдены.

Литература

1. *Авцын А.П.* и др. Микроэлементы человека: этиология, классификация, органопатология. М., 1991.
2. *Баранов А.А.* Состояние здоровья детей в современных социально-экономических и экологических условиях // Экологические проблемы педиатрии. М., 1997.
3. *Вельтищев Ю.Е.* Экологически детерминированная патология детского возраста // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 1996. № 2.
4. *Голиков С.Н., Саноцкий И.В., Тиунов Л.А.* Общие механизмы токсического действия. Л., 1986.
5. Доклад о свинцовом загрязнении окружающей среды Российской Федерации и его влиянии на здоровье населения. М., 1997.
6. *Ершов Ю.А., Плетенева Т.В.* Механизмы токсического действия неорганических соединений. М., 1989.
7. *Кучма В.Р.* Проблемы мониторинга состояния здоровья детского населения в связи с факторами окружающей среды // Гигиена и санитария. 1993. № 11.
8. *Лисицин Ю.П.* Концепция факторов риска и образа жизни // Здоровоохранение Российской Федерации. 1998. № 3.
9. *Стародумов В.Л., Полякова А.Н., Денисова Н.Б.* Нервно-психический статус у детей в условиях загрязнения окружающей среды // Гигиена и санитария. 1999. № 6.
10. *Сухарев А.Г.* Технология социально-гигиенического мониторинга детского и подросткового возраста // Гигиена и санитария. 2002. № 4.
11. *Тимофеев В.П., Семенова В.В.* Возрастной аспект в токсикологических исследованиях // Гигиена и санитария. 1993. № 7.
12. *Clarkson T.W.* Molecular and ionic mimicry of toxic metals // Annual Review of Pharmacology and Toxicology. 1993. Vol. 33.
13. *Crocetti A.F., Mushak P., Schwartz J.* Determination of numbers of lead-exposed U.S. children by areas of the United States: an integrated summary of a report to the U.S. Congress on childhood lead poisoning // Environmental Health Perspectives. 1990. Vol. 89.
14. *Kerper L.E., Hinkle P.M.* Cellular uptake of lead is activated by depletion of intracellular calcium stores // Journal of Biological Chemistry. 1997. Vol. 272.
15. *Landrigan P.J., Todd A.C., Wedeen R.P.* Lead poisoning // The Mount Sinai journal of medicine. 1995. Vol. 62.

Влияние минеральных веществ на развитие и здоровье детей-якутов

Скальный А.В.,

д-р мед. наук, профессор, Центр биотической медицины, Москва;

Эверстова А.В.,

канд. мед. наук, Детская городская поликлиника № 1, г. Якутск

Нарушение минерального обмена — одна из важнейших причин ортопедической и стоматологической патологии, особенно в детском возрасте, когда идет рост и развитие ребенка, его опорно-двигательного аппарата и зубочелюстной системы. Примеры эндогенных и экзогенных микроэлементозов, приводящих к возникновению рахита, болезни Кашина—Бека, флюороза и других заболеваний обменного характера, указывают на актуальность изучения роли макро- и микроэлементов в развитии и формировании здоровья детей.

В настоящее время накапливаются новые сведения о влиянии обеспеченности организма человека микронутриентами на антропометрические показатели. Этот путь может привести к эффективному решению вопросов профилактики и лечения ожирения, метаболического синдрома, сахарного диабета 2-го типа. Не менее важны и перспективы профилактики и лечения дефицита и избытка массы тела у детей, подвергающихся воздействию ком-

плекса неблагоприятных климатозоологических факторов.

С этой целью было проведено обследование 85 детей в возрасте 5—6 лет, якутов по национальности, родившихся, постоянно проживающих и посещающих ДООУ в Вилюйском улусе Республики Саха (Якутия). Для населенных пунктов этого региона характерны неблагоприятная экологическая обстановка, высокий уровень техногенного загрязнения окружающей среды, дискомфортный климат. Обследование детей, подростков и педиатров из НЦЗД РАМН и Медицинского института Якутского государственного университета им. М.К. Амосова проводилось силами выездной бригады специалистов по гигиене.

Для оценки минерального статуса детей проводили исследование элементного состава их волос как интегрального показателя обмена макро- и микроэлементов, отражающего в том числе и алиментарную обеспеченность многими микронутриентами.

Все образцы волос подвергались пробоподготовке в соответствии с МУК 4.1.1482-03 «Определение содержания химических элементов в диагностируемых биосубстратах, поливитаминных препаратах с микроэлементами, в биологически активных добавках к пище и в сырье для их приготовления методом атомной эмиссионной спектроскопии» и МУК 4.1.1483-03 «Определение содержания химических элементов в диагностируемых биосубстратах, препаратах и биологически активных добавках методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной аргонной плазмой». Аналитические исследования выполнены в испытательной лаборатории АНО «Центр биотической медицины» методами атомной эмиссионной спектроскопии и масс-спектрометрии с индуктивно связанной аргонной плазмой (АЭС-ИСП, МС-ИСП). Для проведения анализа использованы масс-спектрометр Elan 9000 и атомно-эмиссионный спектрометр Optima 2000 DV (PerkinElmer Inc., США), а также система микроволнового разложения Multiwave 3000 (Anton Paar, Австрия).

Влияние минеральных веществ на распространенность у детей кариеса зубов

Все обследованные дети были разделены на три группы: контрольная (10 чел.), не страдающих кариесом, дети с единичным (52 чел.) и множественным (23 чел.) кариесом.

Данные сравнительного анализа элементного состава волос, представленные в табл. 1, показывают, что содержание химических элементов в волосах у детей с множественным кариесом существенно отличается от аналогичного в волосах детей с единичным кариесом. В первую очередь это касается повышенного содержания мышьяка, хрома, ванадия ($p < 0,05$), а также накопления кадмия, бериллия и титана, дефицита цинка и кремния.

В целом дети с изолированным и множественным кариесом отличаются от контрольной группы повышенным более чем в 2 раза уровнем марганца — микроэлемента, значительный избыток которого обнаружен в местных пищевых продуктах и питьевой воде. Важно также отметить тенденцию снижения содержания кремния в волосах по мере роста пораженности кариесом.

Влияние минеральных веществ на распространенность у детей нарушений осанки

Все обследованные дети были разделены на группы: контрольная — без нарушений осанки (42 чел.), дети с нарушенной осанкой (38 чел.) и сколиозом (5 чел.). Оценка состояния опорно-двигательного аппарата проводилась с помощью визуальных тестов.

1. Визуальное выявление нарушений осанки:

— осмотр анфас, руки вдоль туловища; определяется форма ног (нормальная, О- и Х-образная),

Таблица 1

**Содержание химических элементов в волосах детей
с различной выраженностью кариеса, мкг/г**

Элемент	Контрольная группа	Дети с единичным кариесом	Дети с множественным кариесом
Al	8,87 ± 1,18	12 ± 0,98	12,46 ± 1,34
As	0,17 ± 0,025	0,11 ± 0,008	0,17 ± 0,02**
Be	0,003 ± 0,001	0,003 ± 0,001	0,005 ± 0,001
Ca	194 ± 16	255 ± 12	229 ± 17
Cd	0,1 ± 0,02	0,11 ± 0,01	0,16 ± 0,02
Co	0,014 ± 0,001	0,017 ± 0,001	0,018 ± 0,001
Cr	1,07 ± 0,15	0,73 ± 0,05	1,01 ± 0,08**
Cu	10,71 ± 0,41	11,41 ± 1,54	11,25 ± 0,86
Fe	27,18 ± 4,51	30,37 ± 3,84	26,77 ± 2,48
Hg	0,24 ± 0,04	0,25 ± 0,06	0,28 ± 0,04
K	1232 ± 194	1504 ± 168	1225 ± 169
Li	0,02 ± 0,003	0,04 ± 0,003	0,04 ± 0,005
Mg	12,58 ± 1,55	27,24 ± 3,78	18,79 ± 2,27
Mn	0,87 ± 0,14	1,92 ± 0,23	1,97 ± 0,47
Na	1340 ± 288	2135 ± 262	2110 ± 428
Ni	0,3 ± 0,03	0,7 ± 0,18	0,55 ± 0,1
P	131 ± 6	144 ± 3	169 ± 34
Pb	9,05 ± 1,6	6,02 ± 0,81	9,67 ± 1,53
Se	0,38 ± 0,03	0,36 ± 0,02	0,39 ± 0,03
Si	60,91 ± 8,25	52,55 ± 6,46	36,44 ± 4,68
Sn	0,15 ± 0,02	0,14 ± 0,01	0,17 ± 0,01
Ti	0,78 ± 0,12	0,8 ± 0,05	1,26 ± 0,33
V	0,19 ± 0,03	0,12 ± 0,01	0,2 ± 0,02**
Zn	52 ± 11	103 ± 7*	70 ± 9*

* Достоверные отличия от контрольной группы ($p < 0,05$).

** Достоверные отличия от группы с единичным кариесом ($p < 0,05$).

- положение головы, шеи, симметрия плеч, равенство треугольников талии, деформация грудной клетки, симметрия таза;
- осмотр сбоку (поза сохраняется) — форма грудной клетки, живота, выступание лопаток, форма спины;
 - осмотр со спины — симметрия углов лопаток, равенство треугольников талии, форма позвоночника и ног, ось пяток (вальгусная или нет), выявление нарушений в походке.

2. Визуальное выявление истинного сколиоза (методика ЦНИИ травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова).

Основным приемом для выявления истинного сколиоза считается осмотр со сгибанием позвоночника и наклоном туловища вперед. Наклон туловища осуществляется медленно, при этом руки свободно свисают вниз, ноги выпрямлены. При наличии сколиоза определяется асимметричное реберное выпухание в грудном отделе и мышечный валик в поясничном отделе. Осмотр позвоночника проводится в двух положениях: сзади и спереди — для более точного выявления торсии. При осмотре сзади, наклоняя туловище ребенка от себя, можно обнаружить торсию груднопоясничного и поясничного отделов, при осмотре спереди, наклоняя туловище ребенка к себе, — торсию верхнегрудного и грудного отделов.

При сравнении данных, полученных при исследовании химического состава волос, обнаружи-

вается, что дети с нарушением осанки, особенно страдающие сколиозом, имеют ряд характерных отличий от контрольной группы (табл. 2). Во-первых, нарушение осанки сопровождается тенденцией к повышенному содержанию меди, свинца и снижению уровня фосфора, увеличению соотношения Ca/P в волосах с 1,47 до 1,82; Cu/Mn — с 5,16 до 7,22; Cu/Zn — с 0,10 до 0,16. Указанные дисбалансы характерны для лиц с патологией опорно-двигательного аппарата. Известно, в частности, что дефицит кальция и магния, дисбаланс Ca/P напрямую влияют на остеосинтез, а дефицит цинка и дисбаланс Cu/Mn могут отразиться на активности щелочной фосфатазы и лизилосидазы — важнейшего фермента, участвующего в регуляции синтеза костной и соединительной ткани.

При наличии сколиоза у детей повышено содержание в волосах бериллия (в 3 раза по сравнению с детьми других групп), наблюдается тенденция к дефициту калия (показатель снижен в 1,8 раза) и натрия (снижен более чем в 2 раза). Дисбалансы в соотношениях веществ Ca/P , Cu/Mn , Cu/Zn выражены в большей степени у детей с нарушенной осанкой, чем при сколиозе.

При объединении детей с нарушенной осанкой и сколиозом в одну группу определяется повышение (в объединенной группе по сравнению с контрольной) уровня меди ($12,76 \pm 1,92$ и $9,84 \pm 0,2$ мкг/г соответственно, $p < 0,1$) и

Таблица 2

**Содержание химических элементов в волосах детей
с различными типами нарушения осанки, мкг/г**

Элемент	Контрольная группа	Дети с нарушением осанки	Дети со сколиозом
Al	12,35 ± 1,21	10,97 ± 0,73	12,55 ± 4,18
As	0,13 ± 0,011	0,14 ± 0,014	0,1 ± 0,008
Be	0,003 ± 0,001	0,003 ± 0,001	0,009 ± 0,002*
Ca	237 ± 12	249 ± 15	213 ± 25
Cd	0,12 ± 0,02	0,13 ± 0,01	0,1 ± 0,03
Co	0,017 ± 0,001	0,017 ± 0,001	0,015 ± 0,002
Cr	0,83 ± 0,07	0,89 ± 0,06	0,7 ± 0,11
Cu	9,81 ± 0,2	12,78 ± 2,1	12,61 ± 3,98
Fe	29,86 ± 2,32	29,12 ± 4,97	20,99 ± 1,99
Hg	0,21 ± 0,03	0,3 ± 0,08	0,32 ± 0,13
K	1445 ± 161	1421 ± 181	790 ± 241
Li	0,04 ± 0,004	0,03 ± 0,003	0,03 ± 0,007
Mg	21,64 ± 2,09	25,53 ± 5,00	18,77 ± 3,84
Mn	1,9 ± 0,28	1,77 ± 0,29	1,31 ± 0,54
Na	2089 ± 309	2112 ± 286	986 ± 347
Ni	0,66 ± 0,21	0,58 ± 0,09	0,34 ± 0,07
P	161 ± 19	137 ± 3	137 ± 13
Pb	6,44 ± 0,83	8,96 ± 1,2	3,63 ± 0,97
Se	0,36 ± 0,02	0,39 ± 0,02	0,3 ± 0,03
Si	58,77 ± 7,4	38,31 ± 3,98	48,29 ± 18,95
Sn	0,13 ± 0,01	0,16 ± 0,01	0,14 ± 0,05
Ti	0,97 ± 0,19	0,88 ± 0,05	0,86 ± 0,22
V	0,13 ± 0,01	0,17 ± 0,02	0,13 ± 0,04
Zn	95 ± 7	80 ± 8	89 ± 20

* Достоверные отличия от групп контрольной и с нарушенной осанкой (p < 0,05).

свинца ($8,32 \pm 1,1$ против $6,44 \pm 0,83$), снижение фосфора (137 ± 3 и 161 ± 19 мкг/г, $p < 0,1$) и кремния ($39,5 \pm 4,12$ и $58 \pm 7,4$ мкг/г, $p < 0,05$). Важно отметить увеличение соотношений Ca/P (с $1,47$ до $1,78$), Cu/Mn (с $5,16$ до $7,42$) и Cu/Zn (с $0,10$ до $0,16$).

Наиболее важен, по нашему мнению, факт сниженного содержания кремния в волосах при нарушении осанки и сколиозе, что может указывать на патогенетическую роль недостаточной обеспеченности этим микроэлементом. Кроме того, индикаторами предрасположенности к нарушениям осанки и сколиозу можно считать увеличение соотношения Ca/P, Cu/Mn, Cu/Zn в волосах. Тенденция к дефициту калия и натрия в волосах при сколиозе может свидетельствовать о роли мышечного компонента в формировании этой патологии.

Влияние минеральных веществ на рост детей

В соответствии с методикой оценки физического развития (НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН) на основе региональных шкал регрессии все обследованные дети, исходя из современных представлений о влиянии химических элементов на антропометрические показатели, были разделены на три группы: с ростом ниже среднего — 22 ребенка, средним — 56, выше среднего — 7 детей.

Установлено, что дети с высоким ростом достоверно отличаются по содержанию в волосах

кремния, средний уровень которого у них в 3,3 раза выше, чем у низкорослых, и в 2,4 раза выше, чем у детей-якутов со средним ростом (табл. 3).

Важно отметить тенденцию к снижению содержания в волосах эссенциальных (Mn, Mg, Ca, Cr) и потенциально токсичных (Sn, Hg, Ni, As) микроэлементов. Учитывая, что детское население Республики Саха (Якутия) подвержено повышенным воздействиям токсичных металлов, в том числе марганца, можно предположить, что экологические факторы, такие как нагрузка тяжелыми металлами, способствуют задержке роста.

Относительный недостаток кальция и магния в волосах высокорослых детей отражает повышенную потребность в этих структурных макроэлементах, необходимых для роста костной ткани. Возможно, избыточное поступление кремния, источниками которого являются питьевая вода, продукты с высоким содержанием волокон, ягоды и фрукты, стимулирует процессы роста. Не исключено также, что в период более интенсивного роста усиливается элиминация кремния из организма, что отражается в виде повышенного содержания его в волосах. Для изучения этих фактов требуется углубленное исследование с анализом не только волос, но и других биологических сред (цельная кровь, сыворотка, плазма крови, моча) и проведением балансовых исследований и индивидуальной оценки поступления микронутриентов и токсикантов.

Таблица 3

**Содержание химических элементов в волосах детей
с различным ростом, мкг/г**

Элемент	Дети среднего роста	Высокие дети	Низкорослые дети
Al	11,55 ± 0,79	11,47 ± 1,93	12,33 ± 1,83
As	0,13 ± 0,01	0,11 ± 0,012	0,15 ± 0,019
Be	0,003 ± 0,001	0,003 ± 0,002	0,004 ± 0,001
Ca	235 ± 9	197 ± 21	269 ± 25
Cd	0,12 ± 0,01	0,12 ± 0,03	0,14 ± 0,02
Co	0,017 ± 0,001	0,015 ± 0,002	0,019 ± 0,001
Cr	0,82 ± 0,05	0,63 ± 0,1	0,99 ± 0,11
Cu	11,89 ± 1,46	8,9 ± 0,37	10,52 ± 0,29
Fe	27,7 ± 3,43	32,93 ± 6,39	31,02 ± 3,57
Hg	0,23 ± 0,03	0,13 ± 0,02	0,36 ± 0,13
K	1406 ± 141	1249 ± 288	1416 ± 251
Li	0,04 ± 0,003	0,03 ± 0,007	0,04 ± 0,005
Mg	21,29 ± 1,92	17,47 ± 2,75	29,72 ± 8,01
Mn	1,75 ± 0,21	1,48 ± 0,27	2,05 ± 0,52
Na	1891 ± 230	2134 ± 875	2359 ± 439
Ni	0,52 ± 0,07	0,35 ± 0,06	0,92 ± 0,39
P	154 ± 14	138 ± 10	139 ± 4
Pb	6,98 ± 0,85	8,1 ± 1,95	8,14 ± 1,47
Se	0,37 ± 0,02	0,37 ± 0,06	0,37 ± 0,03
Si	47,16 ± 3,76	111 ± 34,64*	34,38 ± 3,7**
Sn	0,14 ± 0,01	0,1 ± 0,02	0,16 ± 0,01
Ti	0,98 ± 0,14	0,69 ± 0,11	0,87 ± 0,07
V	0,14 ± 0,01	0,11 ± 0,03	0,17 ± 0,03
Zn	85 ± 6	83 ± 10	96 ± 12

* Достоверные отличия от группы среднего роста ($p < 0,05$).

** Достоверные отличия от группы высокого роста ($p < 0,05$).

Влияние минеральных веществ на физическое развитие детей

Обследованные дети были разделены на три группы: с нормальным физическим развитием (контрольная, 70 чел.), с дефицитом массы тела (8 чел.) и избыточной массой тела (7 чел.). Оценка физического развития проводилась согласно методике, утвержденной приказом Минздрава РФ № 81 от 15.03.2002 г. «О проведении Всероссийской диспансеризации детей в 2002 г.».

Как следует из представленных в табл. 4 данных, наиболее значимые отличия от детей с нормальным физическим развитием имеют дети с избыточной массой тела. Существенных отличий в химическом составе волос у детей с дефицитом массы тела и нормальным развитием не выявлено.

В волосах у детей с дефицитом массы тела отмечено достоверное превышение уровня ртути, как по сравнению с контрольной группой детей, так и детей с избыточной массой тела (в 2,9 раза). Химический состав волос у детей с избыточной массой тела отличается более высоким содержанием марганца (в 2,6 раза), натрия (в 2,4 раза), железа и лития (в 2 раза), калия (в 1,9 раза), кобальта (в 1,5 раза), селена (в 1,4 раза выше контрольных значений, $p < 0,05$). Эти данные могут указывать как на повышенное поступление ряда химических элементов с водно-пищевыми рационами (Fe, Mn, Co, Se), так и

на нарушение водно-солевого обмена (K, Na, Li). В любом случае избыточная масса тела сочетается с избытком соединений макро- и микроэлементов в волосах, что вполне логично.

Между группами детей с избытком и дефицитом массы тела выявлено меньше различий, но в большинстве случаев они совпадают с данными, полученными при сравнении групп с избыточной массой тела и контрольной. Так, в волосах детей с избыточной массой тела по сравнению с группой детей с дефицитом массы повышен уровень натрия (в 2,4 раза), калия и марганца (в 2,3 раза), лития (в 2 раза), селена (в 1,5 раза, $p < 0,05$), железа (в 2,0 раза, $p < 0,1$).

Таким образом, при дальнейших исследованиях элементного состава волос детей с нормальным физическим развитием и детей с дефицитом массы тела целесообразно рассматривать как единую группу ввиду малых различий между ними. Важно отметить, что полученные при обследовании детей-якутов дошкольного возраста данные согласуются с результатами ранее проведенных нами исследований взрослых женщин, проживающих в Москве. В этих работах нами было показано, что ожирение — признак срыва адаптационно-приспособительных механизмов регуляции веса, тогда как дефицит массы тела скорее относится к вариантам нормы (конечно же, исключая грубые случаи дистрофии). Другими сло-

Таблица 4

**Содержание химических элементов в волосах детей
с различным физическим развитием, мкг/г**

Элемент	Контрольная группа	Дети с дефицитом массы тела	Дети с избыточной массой тела
Al	11,67 ± 0,82	10,39 ± 1,93	14,08 ± 1,9
As	0,14 ± 0,01	0,12 ± 0,024	0,15 ± 0,024
Be	0,004 ± 0,001	0,003 ± 0,002	0,001 ± 0,001
Ca	234 ± 8	246 ± 55	307 ± 36
Cd	0,12 ± 0,01	0,16 ± 0,05	0,12 ± 0,03
Co	0,016 ± 0,001	0,021 ± 0,004	0,024 ± 0,005*
Cr	0,82 ± 0,05	0,79 ± 0,12	1,2 ± 0,21
Cu	11,49 ± 1,17	10,57 ± 0,61	10,08 ± 0,48
Fe	26,73 ± 1,48	26,46 ± 5,3	54,37 ± 15,17*
Hg	0,22 ± 0,02	0,61 ± 0,34*	0,22 ± 0,05**
K	1323 ± 118	1075 ± 319	2476 ± 513**
Li	0,03 ± 0,003	0,03 ± 0,006	0,06 ± 0,01**
Mg	20,57 ± 1,34	34,99 ± 22,19	35,4 ± 9,33
Mn	1,59 ± 0,15	1,75 ± 0,78	4,05 ± 1,36**
Na	1820 ± 203	1818 ± 494	4380 ± 879**
Ni	0,6 ± 0,13	0,52 ± 0,16	0,75 ± 0,22
P	151 ± 11	139 ± 5	138 ± 7
Pb	6,71 ± 0,59	8,75 ± 1,84	12,39 ± 5,5
Se	0,36 ± 0,02	0,35 ± 0,05	0,52 ± 0,04**
Si	51,5 ± 5,09	37,44 ± 8,91	39,22 ± 5,06
Sn	0,14 ± 0,01	0,17 ± 0,03	0,16 ± 0,03
Ti	0,94 ± 0,12	0,87 ± 0,13	0,85 ± 0,06
V	0,14 ± 0,01	0,14 ± 0,03	0,21 ± 0,04
Zn	88 ± 6	77 ± 23	103 ± 20

* Достоверные отличия от контрольной группы ($p < 0,05$).

** Достоверные отличия от группы с дефицитом массы тела ($p < 0,05$).

вами, дефицит массы тела — чаще всего донозологическое состояние, тогда как избыток массы тела отражает процесс декомпенсации адаптационно-приспособительных механизмов.

Выводы

1. Экологические условия проживания и качество питания дошкольников в Вилуйском улусе Республики Саха (Якутия) приводят к избыточному накоплению токсичных металлов (Pb, Cd, As, V, Be, а также Mn, Cr) на фоне недостаточного поступления макро- и микроэлементов (Ca, Mg, Zn и Se). Это в определенной (если не в определяющей) степени способствует возникновению и прогрессированию кариеса у детей.

2. В Вилуйском улусе существуют экологически обусловленные предпосылки для возникновения патологии костно-мышечной системы, нарушений осанки и сколиоза у детей дошкольного возраста.

3. У детей с ростом выше среднего определяется более высокое содержание в волосах кремния — микроэлемента, оказывающего существенное влияние на образование костной и соединительной тканей, сердечно-сосудистой и лимфатической систем.

4. Избыток массы тела у обследованных детей-якутов дошкольного возраста — следствие как нарушения рациона питания, так и гормональной регуляции водно-солевого обмена.

Роль витаминно-минеральных комплексов в нервно-психическом развитии дошкольников

Легонькова Т.И.,

д-р мед. наук, доцент, Смоленская государственная медицинская академия;

Аскерко Т.Г.,

канд. мед. наук, Детская поликлиника № 4, Детская клиническая больница, г. Смоленск

Нервно-психическое развитие (НПР) — одно из важнейших показателей состояния здоровья детей. Правильная и своевременная диагностика НПР ребенка позволяет в полной мере осуще-

ствить необходимый комплекс развивающих и оздоровительных мероприятий.

Проблема своевременного выявления и адекватной коррекции витаминodefицитов актуальна в

профилактической медицине — дефицит витаминов и микроэлементов в зависимости от региона России колеблется у детей от 14 до 50%. Важно понимание клинического значения дефицитных состояний для здоровья детей. Большое значение имеет взаимосвязь роста и НПР с недостатком потребления микронутриентов, поскольку линейный рост подразумевает не только увеличение размеров тела, но и рост внутренних органов, изменение их функционального состояния. В этой связи чрезвычайно важен выбор методов и средств профилактики и коррекции микроэлементозов.

С этой целью было проведено проспективное наблюдение в течение года за детьми дошкольного возраста с разным уровнем обеспеченности микронутриентами: основная группа — дети, получавшие витаминно-минеральный комплекс «Киндер Биовиталь (гель для детей с лецитином)» (46 чел.), и группа сравнения — без витаминотерапии (72 чел.).

Помимо общепринятого метода оценки отдельных анализаторов (показатели педиатрических профилактических осмотров, проведенных в декретированные сроки) использовались показатели стандартных диагностических анкет и форм наблюдения, полученные совместно с психологами и воспитателями ДОУ. Уровень сложности тестов соответствовал возрастной группе. Ан-

кетирование проводилось до и после окончания приема поливитаминного препарата (через 3 мес.) пациентами основной группы. Ранжирование осуществлялось по сумме баллов: максимальная положительная оценка за каждый ответ составляла 5 баллов, минимальная — 1. Сумма баллов — количественная оценка состояния нервно-психического здоровья ребенка.

Комплексное исследование нервно-психического здоровья детей позволило оценить также параметры психоэмоционального, психофизиологического и нервно-психического статуса.

Оценка *психоэмоционального статуса* детей проводилась путем анализа адаптации в детском коллективе, двигательной активности ребенка, когнитивной (познавательной) сферы. При оценке адаптации учитывались особенности эмоционального состояния (нарушения настроения), социальные контакты (с другими детьми, воспитателями, матерью, окружающими людьми), ссоры со сверстниками, агрессия, гнев, уверенность в среде сверстников, ощущение страха, нарушения аппетита и дисциплины.

Психофизиологический статус детей характеризует уровень зрелости физиологических и психофизиологических функций, составляющих основу деятельности всех систем. Для экспресс-диагностики применялись оценки двигательной активности (мелкая моторика руки, общая ко-

ординация движений, общая активность) и когнитивной сферы, отражающей высшие корковые функции (память, концентрацию внимания и игровую деятельность).

Исследование *нервно-психического статуса* предусматривало изучение анамнеза развития ребенка, в котором обращалось внимание на наличие перинатальной патологии, задержку развития моторики и речи на первом году жизни и в последующие годы. При оценке неврологического статуса (на соматовегетативном уровне) определялось наличие показателей вегетососудистой дисфункции: утомляемость, нарушения сна, повышенная возбудимость, головные боли и головокружения, холодные кисти рук или ноги (в теплом помещении), влажные ладони, неприятные ощущения в животе при волнении и т.д. Психический статус рассматривался путем оценки сферы сознания (ясное — измененное), анамнестических данных (характер сна ребенка, состояние пищевого поведения — аппетит, наличие вредных привычек — грызть ногти, крутить кончики волос, одежду и т.д.), диагностики расстройств моторики (тики, гиперкинезы), логоневрозов, задержки развития речи.

При первичном исследовании изменения *психоэмоциональной сферы* были диагностированы у 71% обследованных детей, в том числе отмечалось снижение адап-

тационных способностей детей в коллективе, что является одним из важных критериев оценки данного статуса.

Уже через 30 дней после начала приема поливитаминного препарата у большинства детей улучшились самочувствие (72%), сон (59%) и аппетит (68%), значительно уменьшились проявления агрессии по отношению к сверстникам (76%). После трехмесячного курса витаминотерапии отмечалось улучшение всех показателей, характеризующих адаптационные реакции организма (см. таблицу). Так, у этих детей почти в 2 раза снизилось количество ссор, проявлений агрессии и гнева; в 1,5 раза повысились эмоциональный тонус и аппетит, уменьшились перепады настроения, улучшились социальные контакты, отношения с детьми, воспитателями, родителями, окружающими людьми. Уверенность в среде сверстников возросла в 1,8 раза. Ощущение страха (темноты, собак, огня, уколов и прививок) уменьшилось в 1,2 раза. Менее значимо улучшились поведение и дисциплина. Дети, не получавшие витаминно-минеральный комплекс, несколько хуже адаптировались к детскому саду.

На фоне приема препарата достоверно улучшилось *психофизиологическое состояние* детей — увеличились двигательная активность, показатели когнитивной сферы: активность познавательных процессов, игровая деятельность, концентрация внимания.

При оценке *неврологического статуса* при первом анкетировании было выявлено, что практически все дети (96%) жаловались на быструю утомляемость на фоне подвижных спортивных игр, бега или пешеходных прогулок. Воспитатели, психологи и родители отмечали повышенную возбудимость ребят (37%), беспокойный сон (53%), головную боль, головокружения, тошноту при нахождении в душном помещении или езде в транспорте (27%) и другие проявления вегетососудистой дисфункции (холодные кисти рук или ноги в теплом помещении, влажные ладони, при волнении неприятные ощущения в животе).

При анализе состояния *психической сферы* у детей отклонений выявлено не было. Установлено

наличие ясного сознания у всех обследуемых, отсутствие расстройств моторики, логоневрозов, вредных привычек. На фоне витаминотерапии отмечены достоверные улучшения звуковой стороны речи ребенка, способности к пересказыванию и составлению рассказа.

Итак, оптимизация обеспеченности детского организма микронутриентами путем назначения трехмесячного курса приема препарата «Киндер Биовиталь (гель для детей с лецитином)» положительно влияет на физическое и нервно-психическое развитие дошкольников: приводит к улучшению адаптации в детском коллективе, заметной активизации детей дошкольного возраста в игровой деятельности, познавательной сфере и речи.

Таблица

Клиническая характеристика нервно-психического здоровья детей, баллы, $X \pm m_x$

Показатели	Основная группа		Группа сравнения	
	до приема витаминов	после витаминотерапии	в начале исследования	через 3 мес.
1	2	3	4	5
Психоэмоциональный статус <i>Адаптация в детском коллективе</i>				
Эмоциональный тонус (нарушения настроения)	$3,03 \pm 0,21$	$4,95 \pm 0,25^*$	$4,06 \pm 0,23$	$4,18 \pm 0,38$
Социальные контакты (с детьми, воспитателями, матерью, окружающими людьми)	$3,16 \pm 0,38$	$4,86 \pm 0,43^*$	$4,32 \pm 0,25$	$4,61 \pm 0,14$

Окончание табл.

1	2	3	4	5
Ссоры со сверстниками, агрессия, гнев	$4,08 \pm 0,26$	$2,16 \pm 0,13^*$	$4,46 \pm 0,85$	$4,24 \pm 0,76$
Уверенность в среде сверстников	$2,26 \pm 0,34$	$3,97 \pm 0,21^*$	$3,78 \pm 0,24$	$3,98 \pm 0,47$
Ощущение страха	$4,62 \pm 0,87$	$3,79 \pm 0,65^*$	$4,32 \pm 0,13$	$4,27 \pm 0,34$
Аппетит	$3,18 \pm 0,41$	$4,82 \pm 0,23^*$	$3,89 \pm 0,36$	$3,91 \pm 0,67$
Дисциплина	$4,54 \pm 0,35$	$4,81 \pm 0,25$	$4,11 \pm 0,57$	$4,19 \pm 0,79$
Психофизиологический статус <i>Двигательная активность</i>				
Моторика	$3,78 \pm 0,24$	$4,96 \pm 0,56^*$	$3,59 \pm 0,23$	$3,53 \pm 0,45$
<i>Когнитивная сфера</i>				
Активность познавательных процессов	$4,01 \pm 0,86$	$4,89 \pm 0,67^*$	$4,03 \pm 0,41$	$4,37 \pm 0,64$
Игровая деятельность	$4,08 \pm 0,54$	$4,98 \pm 0,42^*$	$4,67 \pm 0,16$	$4,71 \pm 0,34$
Концентрация внимания	$3,27 \pm 0,25$	$4,32 \pm 0,61^*$	$3,38 \pm 0,13$	$3,62 \pm 0,19$
Нервно-психический статус <i>Неврологический статус</i>				
Утомляемость	$3,79 \pm 0,36$	$2,11 \pm 0,23^*$	$3,61 \pm 0,13$	$3,83 \pm 0,31$
Беспокойный сон	$4,56 \pm 0,48$	$2,34 \pm 0,31^*$	$3,87 \pm 0,36$	$3,64 \pm 0,58$
Повышенная возбудимость	$4,46 \pm 0,24$	$3,12 \pm 0,43^*$	$4,68 \pm 0,21$	$4,72 \pm 0,61$
Головная боль, головокружение, тошнота	$3,18 \pm 0,16$	$4,71 \pm 0,25^*$	$3,35 \pm 0,23$	$3,41 \pm 0,15$
Показатели вегетосудистой дисфункции	$3,12 \pm 0,56$	$4,68 \pm 0,37^*$	$4,33 \pm 0,21$	$4,57 \pm 0,42$
<i>Психический статус</i>				
Сознание	$4,87 \pm 0,21$	$4,64 \pm 0,27$	$4,91 \pm 0,15$	$4,73 \pm 0,16$
Особенности аппетита	$3,18 \pm 0,41$	$4,82 \pm 0,23^*$	$3,89 \pm 0,36$	$3,91 \pm 0,67$
Вредные привычки	$4,84 \pm 0,26$	$4,46 \pm 0,31$	$4,81 \pm 0,25$	$4,73 \pm 0,37$
Речь	$3,16 \pm 0,22$	$4,94 \pm 0,18^*$	$3,21 \pm 0,26$	$3,53 \pm 0,17$

* Отличия показателей до и после витаминотерапии достоверны ($p < 0,05$).

Информированность родителей в вопросах рационального питания

Тармаева И.Ю.,

д-р мед. наук, Иркутский государственный медицинский университет,
г. Иркутск

Среди управляемых факторов, влияющих на заболеваемость детей первых шести лет жизни, ведущая роль принадлежит питанию. Традиционно особое значение в обеспечении здорового питания отводится дошкольным учреждениям, где должны формироваться основы здорового образа жизни, социально приемлемые способы удовлетворения важных потребностей личности. Не меньшее значение в этом плане имеет воспитание в семье, забота родителей о полноценном питании ребенка, поскольку пищевые стереотипы питания закладываются с самого раннего возраста и во многом зависят от культурно-образовательного уровня членов семьи.

В связи с этим значительный интерес представляют исследования состояния информированности родителей в вопросах рационального питания дошкольников, его влияния на здоровье — такая информация весьма ценна при планировании деятельности по гигиеническому воспитанию в ДОУ.

Для оценки состояния здоровья детского населения в педиатрии, как правило, используют объективные методы исследова-

ния, которые при большом объеме наблюдений весьма затратны и трудоемки. В связи с этим определенный интерес представляет анкетирование — метод, в последние годы приобретающий все большую популярность. Грамотно проведенное анкетирование экономично, позволяет в максимально короткие сроки опросить людей и оперативно получить необходимую информацию.

С целью изучения информированности родителей в вопросах рационального питания детей проведено социологическое исследование, которым было охвачено 300 человек бурятской национальности, проживающих в городских условиях (г. Улан-Удэ), имеющих детей дошкольного возраста. Выделено пять возрастных групп респондентов: от 15 до 19 лет (50 чел.), от 20 до 24 (62 чел.), от 25 до 29 (73 чел.), от 30 до 34 (64 чел.) и от 35 до 40 (51 чел.).

В результате проведенного опроса установлено: 87,3% респондентов считают, что питание оказывает влияние на здоровье, и хотят иметь подробную информацию о здоровом питании детей. Из участвующих в социологическом исследовании 53,4% родителей не

знакомы с принципами здорового питания, 87,5% считают, что проведение в ДОО образовательных циклов по питанию необходимо и своевременно.

Вне зависимости от уровня образования подавляющее большинство родителей (77,4%) беспокоит проблема питания ребенка в ДОО, многие из них указывают на недостаточность знаний в области рационального питания. По результатам опроса пищевого статуса детей выявлено, что 66,7% семей имеют дефицит в потреблении молока и молочных продуктов, 73,3 — рыбы, 33,3% — овощей и фруктов. В ежедневном рационе этих семей преобладает углеводистая пища в виде мучных и кондитерских изделий, макарон, сахара. Выявлено пристрастие к сладкой еде и продуктам с низкой пищевой и биологической ценностью и, как следствие, накопление дефицита макро- и микроэлементов, ухудшение антропометрических характеристик, иммунной резистентности, антиоксидантного

статуса и других показателей пищевого статуса.

В табл. 1 представлено распределение ответов родителей об информированности в вопросах питания. Видно, что более половины очень молодых родителей в возрасте 15—19 лет затруднились с ответом на вопрос о достаточной информированности в вопросах питания, около $\frac{1}{3}$ не владеют достаточной информацией в вопросах питания детей и только каждый 10-й родитель считает, что он достаточно осведомлен в данных вопросах.

В возрастной группе 20—24 года свыше $\frac{1}{3}$ родителей мало осведомлены, $\frac{1}{3}$ затруднились с ответом, $\frac{1}{6}$ — не обладают никакой информацией, 12,7% ответили, что владеют достаточными знаниями.

Для возрастной группы 25—29 лет показатели информированности в вопросах питания распределились следующим образом: 36,5% родителей ответили, что

Таблица 1

Распределение ответов родителей об информированности в вопросах питания, %

Возраст, лет	Да, я знаю	Не знаю	Недостаточно знаю	Затрудняюсь ответить
15—19	10,6	14,0	18,1	57,3
20—24	12,7	17,1	39,4	30,8
25—29	17,5	18,9	36,5	27,1
30—34	27,8	18,8	34,1	19,3
35—40	36,9	21,7	23,4	18,0

Таблица 2

**Распределение ответов
родителей при выборе пищевых продуктов, %**

Возраст, лет	Стоимость	Реклама	Польза продукта	Изготовитель
15—19	41,3	35,7	11,2	11,8
20—24	40,9	32,4	13,1	13,6
25—29	31,5	37,7	14,7	16,1
30—34	25,2	14,5	32,9	27,4
35—40	28,5	10,9	34,3	26,3

владеют недостаточной информацией, 27,1 — затруднились ответить, 18,9 — не знают, 17,5% дали положительный ответ. С увеличением возраста родителей процент затруднившихся с ответом уменьшается, основной ответ в спектре возможных перемещается в группу мало осведомленных по вопросам правильного питания (34,1%), одновременно увеличивается доля лиц, достаточно владеющих информацией (27,8%). И только в самой старшей возрастной группе (35—40 лет) родители в 36,9% дают ответ, что достаточно информированы в вопросах питания.

В табл. 2 представлен анализ приоритетов родителей при выборе пищевых продуктов для питания детей. Из результатов социологического опроса следует, что в возрасте 15—19 лет родители при выборе пищевых продуктов преимущественно руководствуются стоимостью продуктов питания. Свыше $\frac{1}{3}$ «юных» родителей ориентированы на

рекламу продуктов питания. Примерно одинаково распределились ответы о пользе продуктов питания и об их изготовителях (каждый 10-й ответ).

Анализ ответов родителей 20—24 лет показал, что около половины из них при выборе пищевых продуктов ориентируются на их стоимость, $\frac{1}{3}$ респондентов — рекламой, по 13% — изготовителем продукции и пользой продукта. В возрасте 25—29 лет основная доля ответов также приходится на рекламу и стоимость продуктов — примерно по $\frac{1}{3}$ опрошенных. В ответах старших возрастных групп предпочтение отдается пользе продуктов, а также их изготовителю.

Полученные данные подтверждают недостаточный уровень образования родителей в области питания, знаний принципов здорового питания детей, что диктует необходимость развития образовательных программ для формирования знаний по питанию не только в семье, но и в детском коллективе.

Гигиеническое воспитание и обучение в клубе для родителей

Жежу А.И.,
воспитатель I категории;

Якшимбетова Т.В.,
старшая медсестра I категории,
МДОУ № 6 «Сказка», г. Радужный, ХМАО – Югра

Главная задача родителей и персонала ДОУ — выработать у детей разумное отношение к своему организму, привить необходимые санитарно-гигиенические навыки, научить ребенка вести здоровый образ жизни с раннего детства. Семья имеет решающее значение в становлении личности. Без участия родителей невозможно ее полноценное развитие. Именно поэтому взаимодействие с родителями является составной частью работы медицинских работников и воспитателей в детском саду.

Некоторые вопросы гигиенического воспитания и обучения родителей воспитанников ДОУ можно решать путем использования такой интересной формы, как клуб для родителей. В нашем ДОУ создан клуб для родителей «Цветик-семицветик», на заседаниях которого родители получают ответы на все интересующие их вопросы, связанные с воспитанием и развитием ребенка. В начале учебного года составляется перспективный план рабо-

ты с родителями на год. На заседания клуба приглашаются врач, старшая медицинская сестра, психолог и другие специалисты детского сада.

Конспект заседания клуба «Цветик-семицветик»

Тема «Хочешь быть здоровым — закаляйся»

Цель: познакомить родителей с опытом работы детского сада по физическому воспитанию и новыми оздоровительными технологиями, способствовать внедрению их в семейное воспитание детей.

* * *

Воспитатель. Уважаемые родители, мы рады приветствовать вас на заседании нашего клуба «Цветик-семицветик». Послушайте, пожалуйста, слова известного педагога: «Если родители не будут принимать активного участия в воспитании ребенка... они могут с легкостью разрушить то, что стоит огромного труда и усилий воспитателя».

Чтобы стать властелином своего здоровья, надо с детства учиться этому искусству. А успех этой учебы на начальном этапе зависит от знаний, умений родителей и воспитателей. Каждая минута жизни ребенка в детском саду работает на укрепление его здоровья. Эти слова очень актуальны и в настоящее время.

Основной задачей нашего детского сада является подготовка детей к школе. Но все мы знаем, что обучение ребенка будет успешным только тогда, когда он здоров.

Медсестра. Организация пребывания детей в учреждении — продуманная и насыщенная. Созданы благоприятные условия в помещениях для игр и занятий детей:

- соблюдаются санитарно-гигиенические требования;
- все помещения ДОУ ежедневно и неоднократно проветриваются (3—5 раз в день в отсутствие детей), применяется сквозное и угловое проветривание;
- в помещениях подобраны комнатные растения, благоприятно влияющие на микроклимат;
- поддерживается оптимальная температура воздуха в пределах 19—22 °С;
- обеспечивается высокая культура гигиенического обслуживания детей (туалет, кормление, сон, одевание на прогулки);
- создается психологический комфорт на протяжении все-

го времени пребывания в детском саду;

- проводится индивидуализация режимных процессов и их воспитательная направленность с учетом здоровья и развития ребенка;
- выдерживается оптимальный двигательный режим (объем двигательной активности в пределах 5,5—9,0 тысяч шагов, продолжительность — 4 ч в день).

Особая роль в системе физического воспитания в ДОУ принадлежит мероприятиям по закаливанию детей.

Воспитатель. Оздоровительный режим не работает без использования закаливающих процедур. Мы используем различные виды закаливания:

- оздоровительные прогулки на свежем воздухе (проводятся ежедневно в любую погоду);
- умывание прохладной водой перед каждым приемом пищи, после каждого загрязнения рук;
- полоскание рта и горла соленой водой (прохладной);
- воздушные ванны до и после сна, на занятии по физкультуре;
- ходьба босиком в обычных условиях и по ребристым дорожкам до и после сна, на занятиях по физкультуре (время увеличивается постепенно);
- контрастные ножные ванны по специальной методике (ежедневно после прогулки в летний период);
- плавание в бассейне;

- хождение по мокрой дорожке или в зимний период по снегу в групповом помещении;
- физкультурные занятия;
- спортивные развлечения.

М е д с е с т р а. План физкультурно-оздоровительных мероприятий составляется с учетом особенностей возраста, здоровья и физического развития детей.

Основные закаливающие мероприятия проводятся после сна. Это обусловлено тем, что после сна необходима гимнастика, организм ребенка разогрет и нет риска переохлаждения. Схемы закаливания были разработаны совместно с педагогами, мы стремились к тому, чтобы виды закаливания были наиболее простыми, доступными и в то же время эффективными в использовании.

Родители знакомятся со схемой закаливания детей подготовительной группы и закаливания детей после сна.

Закаливание, как и любое другое воздействие, применяемое к ребенку, имеет положительный эффект лишь в том случае, если проводится с учетом его возрастных и индивидуальных особенностей, а также условий его жизни. Чтобы наши дети не болели, росли здоровыми, физически крепкими, имели хороший аппетит, полноценный сон, мы в детском саду строго придерживаемся режима. А как эту работу осуществлять дома, какие при этом использовать средства и методы — мы сегодня вам расскажем и покажем.

Под музыку дети в спортивной форме заходят и выполняют ритмические упражнения, поют спортивные частушки, читают стихи о спорте. Девочки выполняют гимнастические упражнения с лентами.

В о с п и т а т е л ь. В раннем детстве дети часто болеют простудными заболеваниями. Их дыхательная система еще несовершенна, поэтому в комплекс оздоровительных мероприятий мы включаем дыхательную гимнастику.

Дети с воспитателем демонстрируют дыхательные упражнения.

М е д с е с т р а. Нами также разработан план реабилитации для часто болеющих детей с учетом их возраста, состояния здоровья, времени года.

Родители знакомятся с планом реабилитации часто болеющих детей.

В о с п и т а т е л ь. Чтобы наши дети росли крепкими и выносливыми, мы делаем упражнения на развитие силы и выносливости.

Мальчики и девочки демонстрируют упражнения на тренажерах.

Самый счастливый день у наших детей, когда по расписанию плавание в бассейне. Предлагаю вам посмотреть видеофильм.

Просмотр видеоматериала.

Дорогие родители, помните, что здоровье зависит не только от физических упражнений, но и от полноценного питания. Нашему

организму нужны витамины. А такого разнообразия витаминов, как в овощах и фруктах, вы нигде не найдете. В этом году выдался хороший урожай. Вот сколько овощей у нас в корзине!

Игра с родителями

Медсестра. Угадайте, дорогие родители, в каком овоще спрятался витамин А (морковь), витамин С (капуста)? Кто из вас знает, чем богат картофель? (Кальцием, фосфором.)

Анализируя опыт работы по сохранению и укреплению здоровья детей в МДОУ, мы пришли к выводу, что именно методически правильно разработанная нами физкультурно-оздоровительная система позволяет снизить заболеваемость, повысить посещаемость и добиться высоких результатов в области физического развития детей.

Воспитатель. Вот и подошло к концу наше заседание. Сегодня мы вам показали и рассказали о методах закаливания, которые мы проводим в детском саду, как правильно проводить с детьми дыхательные упражнения. Мы надеемся, что те рекомендации, которые сегодня были представлены, пригодятся вам.

Спасибо, что вы пришли сегодня к нам и приняли участие в нашем заседании. Больше гуляйте на свежем воздухе, занимайтесь спортом и закаливайте своих детей.

В конце встречи родителям предложены рекомендации для использования в домашних условиях:

- схема закаливания детей подготовительной группы;
- схема закаливания детей после сна;
- комплексная схема дыхательных упражнений;
- план реабилитации часто болеющих детей.

.....
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.

Издательство «ТЦ СФЕРА»

Представляет плакаты для образовательных учреждений

Красочные с одной стороны, на плотной бумаге

Форматом 70×100 см:

До свидания, детский сад
Вперед в страну знаний с любимыми учителями
Все начинается со школьного звонка
С окончанием учебного года
Уголок родителей группы детского сада

Форматом 70×50 см:

1 сентября
Английский алфавит
Безопасность на дороге
Детям об огне
Календарь погоды
Осторожно — безвредные микробы
Осторожно — высокое напряжение
Пиши правильно
Позаботься о своей безопасности

Правила поведения при пожаре
Правильная осанка
Твои права
Русский алфавит
Уголок пожарной безопасности
Часы и время

Форматом 30×42 см:

Таблица умножения
Таблица сложения
Противоположности
Фрукты
Овощи

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**.

Здоровье дошкольников в различных климатогеографических зонах России

Бабенкова Е. А.,

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

ПЕДИАТРИЯ



Основная задача исследования — выявление возраст-но-половых особенностей физического и психического здоровья дошкольников, проживающих в центральной (Москва, ДОУ № 702 СВАО и 1221 ЮЗАО), южной (г. Ростов-на-Дону, ДОУ № 116 и 257) и северной (г. Радужный, ХМАО — Югра, ДОУ № 6) зонах России. Всего было обследовано 186 детей старшей группы (4,5—5,5 лет) (табл. 1).

У детей измерялись рост, масса тела, окружность грудной клетки (ОГК), регистрировались артериальное давление (АД) и частота сердечных сокращений (ЧСС). Обобщалась информация о принадлежности детей к той или иной медицинской группе и группе здоровья, наличии хронических заболеваний.

Результаты антропометрических исследований приведены в табл. 2. Значимых различий в показателях между мальчиками и девочками не выявлено. Между тем установлено, что рост детей 5—6 лет в Ростове-на-Дону соответствует нормативным цифрам 4,5—5-летнего возраста, в то время как в Москве и г. Радужном приближается к нормативам 5,5—6-летнего возраста ($p < 0,05$). Достоверных различий в массе тела детей из разных регионов не выявлено; в среднем она составляет 20,3 кг, что соответствует возрастной норме 5,5—6 лет. Итак, дошкольники (мальчики и девочки) в Ростове-на-Дону несколько отстают в росте от сверстников из центрального и северного регионов.

ОГК детей в Ростове-на-Дону также достоверно меньше, чем у детей в Москве и Радужном ($p < 0,05$). В послед-

Таблица 1

Характеристика выборки обследованных дошкольников

Пол	Город			Всего
	Москва	Радужный	Ростов-на-Дону	
Мальчики	47	29	15	91
Девочки	40	36	19	95
В целом	87	65	34	186

Таблица 2

Рост и масса тела детей, $\bar{X} \pm m_x$

Показатели	Город			Пол	
	Москва	Радужный	Ростов-на-Дону	Мальчики	Девочки
Рост, см	113,7 $\pm$ 0,7	113,4 $\pm$ 0,6	109,9 $\pm$ 1,1	112,2 $\pm$ 0,6	113,5 $\pm$ 0,6
Масса, кг	20,5 $\pm$ 0,4	20,2 $\pm$ 0,3	19,9 $\pm$ 0,7	19,9 $\pm$ 0,4	20,6 $\pm$ 0,4
ОГК, см	57,0 $\pm$ 0,7	56,8 $\pm$ 0,3	48,5 $\pm$ 0,3	54,5 $\pm$ 0,6	55,9 $\pm$ 0,6

них двух городах этот показатель у детей почти соответствует возрастной норме, составляющей 57—58 см. Между мальчиками и девочками значимых различий ОГК нет.

Результаты исследования функционального состояния сердечно-сосудистой системы дошкольников представлены в табл. 3. ЧСС, а также систолическое АД у девочек выше, чем у мальчиков ($p < 0,05$). В Москве у детей систолическое АД достоверно выше, чем в Радужном ($p < 0,05$); в Ростове-на-Дону вари-

ация АД чрезвычайно велика, там есть дети как с повышенным систолическим и диастолическим АД, так и с пониженными цифрами того и другого.

Распределение обследованных дошкольников по двум медицинским группам (для занятий физкультурой), а также по группам здоровья представлено в табл. 4. Видно, что большинство детей в Радужном входят в основную медицинскую группу, и, соответственно, в I группу здоровья. В Москве и Ростове-на-Дону значительно больше детей

включены в подготовительную медицинскую группу, это в основном дети II группы здоровья. Мальчики и девочки распределены по этим группам почти одинаково.

Как отмечено в табл. 5, девочки, в отличие от мальчиков ($p < 0,05$), чаще не имеют хронической патологии, однако это различие не прослеживается у дошкольников Ростова-на-Дону. Девочки и мальчики из Москвы чаще детей двух других городов имеют диагностированные заболевания ЛОР-органов и опорно-двигательного аппарата.

Нервно-психический статус детей изучался путем анкетирования родителей. В анкете перечислены различные жалобы

(31 симптом), которые можно объединить в 9 групп: нарушение сна, боли, тики, неврастения, астения, навязчивость, тревожность, страхи, неполноценность. Интервьюируемым необходимо было отметить интенсивность предъявляемых жалоб (симптом отсутствует, слабо, умеренно, сильно выражен), что при заполнении анкеты выражалось в баллах (от 0 до 3). При сравнении результатов установлено, что суммарный средний балл (сумма баллов, разделенная на 31) составил 0,42. Различия между мальчиками и девочками по этому показателю незначимы, как и различия между ДООУ также не достоверны, но можно отметить, что самый

Таблица 3

**Показатели функционального состояния
сердечно-сосудистой системы детей, $\bar{X} \pm m_x$**

Показатели	Город			Пол	
	Москва	Радужный	Ростов-на-Дону	Мальчики	Девочки
ЧСС, уд/мин	$82,0 \pm 2,4$	$83,4 \pm 0,8$	$86,3 \pm 2,3$	$81,4 \pm 1,6$	$85,2 \pm 1,3$
Систолическое АД, мм рт. ст.	$96,0 \pm 1,0$	$87,3 \pm 0,7$	$92,2 \pm 2,9$	$89,0 \pm 1,3$	$92,8 \pm 1,2$
Диастолическое АД, мм рт. ст.	$56,2 \pm 0,7$	$56,0 \pm 0,6$	$58,8 \pm 2,4$	$55,6 \pm 1,0$	$57,7 \pm 0,9$

высокий средний балл отмечается в Москве (ДОУ № 1221), а самый низкий — в Радужном.

При анализе предъявляемых жалоб по группам симптомов установлено, что у мальчиков значительно чаще встречаются «тики» и «неуверенность», у девочек — «навязчивость» ($p < 0,05$). В московском ДОУ № 1221 существенно выше, чем в остальных обследованных ДОУ, оценка жалоб, входящих в группы «неврастения».

При сравнении разных ДОУ по каждому из 31 пунктов анке-

ты установлено, что лишь по 6 симптомам из 31 существуют значимые различия (табл. 6). В первую очередь обращает внимание сильная выраженность жалобы «старается быть тихим» в московском ДОУ № 702. Симптом «боится за свое здоровье» сильнее всего выражен в ростовском ДОУ № 116 и несколько меньше в московском ДОУ № 702. Симптом «пугается, плачет» более всего характерен для ДОУ № 1221 (Москва); в этом детском саду, как видно из таблицы, сильно выражен и ряд дру-

Таблица 4

**Распределение детей по медицинским группам
для занятий физкультурой и группам здоровья, %**

Группы	Город			Пол		Всего
	Москва	Радужный	Ростов-на-Дону	Мальчики	Девочки	
Медицинская:						
основная,	67	98	65	80	80	80
подготовительная	33	2	35	20	20	20
Группа здоровья:						
I	12	75	35	39	49	45
II	84	14	62	51	47	49
III	4	11	3	10	4	6

Таблица 5

Структура хронической патологии у детей, %

Классы болезней	Город			Пол		Всего
	Москва	Радужный	Ростов-на-Дону	Мальчики	Девочки	
1	2	3	4	5	6	7
Болезни нервной системы	4	14	26	17	10	13
Болезни системы кровообращения	0	0	12	3	3	3
Болезни органов пищеварения	3	2	5	3	4	3
Кожная аллергия	4	12	9	10	8	9
Болезни органа зрения	0	18	6	8	10	9
Болезни уха, горла, носа	37	5	6	21	11	16
Болезни костно-мышечной системы	27	11	3	15	14	15
Прочие заболевания	2	9	0	7	3	5
Нет хронических заболеваний	51	38	59	38	56	47

Таблица 6

**Жалобы, предъявляемые родителями
при анкетировании, баллы**

Город, ДОУ	Жалобы					
	Пугает- ся, пла- чет	Дергает рукой, головой	При- падки злости, грубости	Боятся за здо- ровье	Агрес- сивен, раздра- жителен	Стара- ется быть тихим
Ростов-на- Дону, № 116	67,25	69,50	84,42	95,58	83,21	66,25
Москва, № 1221	92,30	79,13	89,33	68,27	85,77	61,10
Ростов-на- Дону, № 257	67,55	69,50	69,60	68,05	76,60	67,75
Москва, № 702	71,18	69,50	64,00	88,97	57,41	103,00
Радужный, № 6	66,20	71,70	65,65	67,25	67,08	72,40

гих симптомов. «Припадки злости, грубости» и «агрессивен, раздражителен» — жалобы, характерные для ДОУ № 1221 и № 116.

Выводы

1. У девочек частота сердечных сокращений и систолическое артериальное давление выше, чем у мальчиков.

2. Мальчики чаще, чем девочки, имеют хроническую соматическую патологию.

3. У мальчиков сильнее, чем у девочек, выражена симптоматика классов «тики» и «неуверенность», а у девочек — «навязчивость».

4. В центральной климатогеографической зоне (Москва) дети имеют более высокое, чем в остальных регионах, систолическое

артериальное давление; у них чаще выявляются хронические заболевания ЛОР-органов и опорно-двигательного аппарата.

5. В южной климатогеографической зоне (г. Ростов-на-Дону) отмечается отставание детей в росте и окружности грудной клетки, а также повышенная вариативность ОКГ и артериального давления.

6. В северной климатогеографической зоне (г. Радужный) распределение детей по медицинским группам для занятий физкультурой и группам здоровья лучше, чем в других регионах: у них регистрируются меньшие значения систолического артериального давления, их родители предъявляют меньше жалоб на нервно-психический статус ребенка.

Лечение стоматологической патологии во время симультанных операций у дошкольников

Кишинец Т. А.,

врач-стоматолог I категории, Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва

Не требует доказательства тот факт, что стоматологическое здоровье детей во многом определяет общее здоровье взрослого человека. Но, к сожалению, несмотря на значительный прогресс в развитии стоматологических технологий, пройдет еще немало времени, прежде чем удастся справиться с кариесом и его осложнениями, так как распространенность этого заболевания достаточно велика. На протяжении многих лет считалось, что задача детских стоматологов «пломбировать маленькие полости в маленьких зубах маленьких пациентов», это очень узкая точка зрения [11]. И правы авторы, утверждающие, что детская стоматология охватывает все проблемы детского здоровья.

Кариес зубов, как правило, возникает и активно развивается у детей, отягощенных различными хроническими заболеваниями, в частности инфекционно-аллергической природы. Эффективность лечения стоматологической патологии во многом зависит от

эффективности лечения сопутствующей патологии [7].

Современные тенденции предусматривают индивидуальный подход к лечению стоматологических заболеваний у детей. При этом содержание и объем лечения определяются интенсивностью поражения [3], сопутствующей патологией [4], возрастом ребенка [6], клиническим течением кариеса зубов [8].

Почти 90% детей нуждаются ежегодно в санации полости рта [3]. Среднее число пломб, ставящихся в год одному ребенку, равно 4,43, из них 2,1 — за счет рецидивов кариеса, зубы разрушаются настолько быстро, что в течение года 16,8% подлежат удалению, а 63,6% депульпируются. К сожалению, ситуация с годами не только не улучшается, но и становится хуже. Так, в 2006 г. распространенность кариеса у детей к 5 годам составляет 73%, причем в среднем на одного ребенка приходится 2,84 кариозных зуба.

Особую проблему представляет лечение дошкольников с сопутствующей патологией и имеющих негативный опыт лечения у стоматолога. А таких немало — около 39% детей в возрасте до 3 лет уже получили отрицательные эмоции при посещении стоматолога, а 32% испытали по четыре случая безуспешного лечения [12].

Поэтому решающее значение при проведении лечебных манипуляций имеет выбор обезболивания, поскольку ни одна из лечебно-профилактических программ в детской стоматологии не может быть осуществлена без учета обезболивания, а у детей младшего возраста порой необходимо «выключение» сознания [5]. Но принимать решение в пользу санации полости рта под общей анестезией надо предельно осторожно. В большинстве случаев квалифицированная работа персонала, заботливое отношение к ребенку, длительный адаптационный период позволяют провести лечение консервативным методом. Но, работая в стационаре, мы очень часто сталкиваемся с ситуациями, когда ребенку показано лечение основной патологии под общей анестезией, но проведение этого лечения откладывается на неопределенный срок, так как полость рта не санирована. А если учесть, что основная масса операций осуществляется под общей анестезией, встает вопрос о проведении санации полости рта одновременно с хирургичес-

ким лечением основной патологии. С развитием эндоскопической хирургии и активным ее внедрением в повседневную практику возможность санации полости рта под наркозом в значительной степени увеличивается при проведении симультанного* оперативного лечения основной и стоматологической патологии [10].

В педиатрической стоматологии даже лечение кариеса молочных зубов может стать проблемой, а в случае неудачи сформировать у ребенка стойкое негативное отношение к стоматологическому лечению. Использование местной анестезии у детей младшей возрастной группы сопряжено с вероятностью возникновения ряда серьезных осложнений. Большинство местных анестетиков расширяют сосуды (за исключением мепивикаина). Поэтому многие производители для улучшения качества анестетика добавляют в его состав вазоконстрикторы, что приводит к ишемии тканей, гипоксии в зоне введения и, как следствие, усилению эффекта анестезии. Но все вазоконстрикторы относятся к группе сильнодействующих препаратов, оказывающих даже в малых концентрациях серьезное воздействие на организм. Более того, у детей до 3 лет не сформированы регуляторные механизмы вегетативной иннервации, что

* Симультанный (*от лат. simultaneous*) — одновременный, одномоментный.

увеличивает вероятность резкого возрастания уровня гормонов в крови, приводящего к различным неуправляемым реакциям организма.

Немаловажной проблемой, связанной с применением местных анестетиков, является вероятность возникновения аллергических реакций. Известно, что 50% осложнений в виде аллергических реакций в стоматологии вызывают местные анестетики [5]. Учитывая, что значительная часть современных дошкольников уже имеют неблагоприятный аллергологический анамнез (например, по данным педиатров до 65% детей страдают atopическим дерматитом), вероятность осложнений при применении местных анестетиков резко возрастает.

Развитие современных медицинских технологий, позволяющих минимизировать травматичность оперативных вмешательств, привело к оформлению нового направления — симультанного хирургического лечения. Симультанные операции — сложные, направленные на одномоментную коррекцию двух или более заболеваний в одной или нескольких анатомических областях [2, 9], первые упоминания о них встречаются в 30-х гг. прошлого века. Благодаря улучшению качества анестезиологического пособия и внедрению щадящих эндоскопических операций [10], а также появлению новых методов предоперационной диагностики, симультанные операции довольно

широко стали использоваться в повседневной практике.

Проведение одномоментного оперативного лечения сочетанных патологий имеет ряд неоспоримых преимуществ перед традиционным поэтапным лечением:

- сокращаются сроки выздоровления пациентов;
- в значительной степени уменьшается количество осложнений во время операции и в послеоперационный период;
- сокращение койко-дня в 2 раза и более, уменьшение расходов на пред- и послеоперационный периоды, анестезиологические препараты;
- снижается психоэмоциональное напряжение пациента [1, 2].

Несмотря на явные преимущества симультанного оперативного лечения сочетанных патологий, данная методика редко используется в стоматологии, особенно в педиатрической практике, где огромное значение приобретает психоэмоциональное состояние не только самого маленького пациента, но и его родителей.

Особую категорию больных представляют дети младшего возраста от 2 до 4 лет. Работа с ними сопряжена с определенными трудностями, такими как управление поведением ребенка, растянутый во времени процесс лечения, во время которого устает не только ребенок, но и родители, а также большая вероятность осложнений, которые могут возникнуть во

время самого лечения (асфиксия, аллергическая реакция на местные анестетики, травмирование мягких тканей полости рта ребенка вращающимся инструментарием во время стоматологических манипуляций и др.). Во многом эти проблемы могут быть решены комплексным лечением кариеса в раннем возрасте под общей анестезией. Но, несмотря на все преимущества, лечение под наркозом имеет ряд серьезных недостатков: в первую очередь это повышенный риск самого метода обезболивания, его малодоступность и достаточно большая стоимость. Другое дело, когда можно совместить санацию полости рта под общей анестезией с оперативным лечением основной патологии пациента.

К распространенным общим заболеваниям, требующим хирургического вмешательства, относится патология ЛОР-органов. Поэтому возможность санировать полость рта ребенка во время операции по поводу его основного заболевания под общей анестезией представляется нам достаточно заманчивой. Тем более что все наши операции проходили под интубационным наркозом с жестким мониторингом всех жизненно важных функций организма. Это в значительной степени облегчало работу врача и снижало риск возникновения интраоперационных осложнений. Необходимо принять во внимание, что 84% детей, прошедших лечение по нашей методике, име-

ли негативный опыт лечения у стоматолога, и, к сожалению, некоторые родители до обращения к нам оставили попытки санировать полость рта своего ребенка, что в свою очередь не только тормозило лечение основной патологии, но и усугубляло ее течение.

Нами было проведено обследование, лечение, наблюдение в катамнезе 87 больных в возрасте от 2 до 9 лет с сочетанной стоматологической и оториноларингологической патологией. У 45 детей стоматологическая патология была представлена несколькими нозологическими единицами. При опросе родителей выявлено, что 43% детей до 4 лет имели трудности во время лечения, 84 — более трех случаев безуспешного лечения и 32% пациентов имели опыт неотложной стоматологической помощи.

Учитывая, что основной патологией при поступлении была оториноларингологическая, и дети поступали в ЛОР-отделение для проведения хирургического лечения основного заболевания, стоматологическая патология выявлялась при обследовании детей перед операцией.

Перед планированием санации полости рта под общей анестезией каждому ребенку проводили обязательные исследования, позволяющие избежать неожиданностей во время операции, определить объем работы врача во время операции и этапность ма-

нипуляций. На наш взгляд, именно предоперационная подготовка во многом определяет успех лечения и сводит к минимуму послеоперационные осложнения.

Проведение любой хирургической коррекции у ребенка в амбулаторных условиях под местной анестезией провоцирует психологическое напряжение. Страх обладает тормозящим действием на психику, вызывая усиление сердечной деятельности, повышение или снижение моторной активности туловища и конечностей, речь становится путаной, возникают вазомоторные нарушения: побледнение кожных покровов, обильное потоотделение, учащение дыхания, появляется повышенная секреция, возможно мочеиспускание, повышается функция кишечника. Понятно, что беспокойное поведение ребенка вынуждает врача работать в состоянии эмоционального напряжения, а это в значительной степени снижает качество лечения, может привести к осложнениям во время операции, ограничивает объем вмешательств [5], что особенно опасно для детей с сопутствующей патологией. Поэтому возможность проведения, например, пластики уздечки языка и санации полости рта под общей анестезией во время оперативного лечения основной патологии, на наш взгляд, очень удобно как для самого маленького пациента, так и его родителей.

Данные нашего исследования показывают, что проведение хирургической коррекции стоматологических заболеваний во время операции по поводу основной патологии, в частности отоларингологической, сводит к минимуму осложнения во время операции, позволяет качественно провести лечение, сократить время самой операции, а также полностью устранить фактор психоэмоционального напряжения у пациента. Именно отсутствие страха и стресса у ребенка и спокойное поведение впоследствии в кабинете стоматолога отмечалось родителями как основной положительный момент в лечении.

Безусловно, проведение таких сложных манипуляций зависит от степени оснащенности медицинского учреждения, наличия специального медицинского оборудования и обученного персонала. Санирование полости рта ребенка под общей анестезией во время проведения эндоскопической операции по поводу ЛОР-патологии помогает сохранить качество жизни и здоровья маленького пациента, сокращая сроки предоперационной подготовки, снижая риск возникновения осложнений во время стоматологических манипуляций, уменьшая переживания пациента и родителей.

Литература

1. Брехов Е.И., Савинова Е.Б., Савинова Е.А. Опыт проведения малоинвазивных симультанных опера-

ций // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2005. № 2.

2. Буянов В.М., Маховский В.З. Сочетанные операции в брюшной полости и забрюшинном пространстве // Хирургия. 1990. № 7.

3. Виноградова Т.Ф. и др. Десятилетний опыт санации полости рта с кратностью, дифференцированной степенью активности кариеса // Стоматология. 1982. № 5.

4. Овруцкий Г.Д. Значение реактивности организма при лечении кариеса зубов и его осложнений // Казанский медицинский журнал. 1975. № 3.

5. Рабинович С.А. и др. Особенности обезболивания при лечении стоматологических заболеваний у детей. М., 2005.

6. Рыбаков А.И., Гранин А.В. Профилактика кариеса зубов. М., 1976.

7. Сайфуллина Х.М. Кариес зубов у детей и подростков. Казань, 1984.

8. Удовицкая Е.В. и др. Эффективность профилактики стоматоло-

гических заболеваний с применением ремодента и фтористого лака у дошкольников и беременных женщин // Стоматология. 1982. № 6.

9. Ходаков В.В., Копылов Ф.Н., Ратцев М.А. Плановые сочетанные операции при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1993. № 5—6.

10. Якушенкова А.П. Обоснование и эффективность новых методов хирургического лечения хронических болезней носа, околоносовых пазух и глотки у детей: Дис. д-ра мед. наук. М., 2006.

11. Cameron A.C., Widmer R.P. Handbook of pediatric dentistry. Portland, 2008.

12. Savanheimo N. et al. Reasons for and parental satisfaction with children's dental care under general anaesthesia // International Journal of Paediatric Dentistry. 2005. № 15.

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.

Первая и неотложная помощь при ожогах кожи

Парамонов Б.А.,

д-р мед. наук, профессор, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург

Во многих случаях судьба пострадавшего, а также исход и последствия травмы зависят от того, в какие сроки и каким образом была оказана помощь. В настоящее время существуют многочисленные классификации видов медицинской помощи, главным образом, военно-прикладного характера, для которых характерно выделение этапов оказания первой, доврачебной, первой медицинской, квалифицированной и специализированной помощи. Вполне понятно, что характер проводимых мероприятий определяется условиями, в которых они оказываются. В ряде случаев даже высококвалифицированный специалист будет вынужден ограничиться выполнением лишь отдельных элементарных лечебных пособий.

Особенно большое значение имеет правильное оказание помощи детям. Это связано, в первую очередь, с тем, что кожа у детей значительно более тонкая, чем у взрослого человека, и поэтому более легко развиваются глубокие ожоги и патологические рубцы кожи.

Все это делает обучение медицинских работников и родителей правилам оказания первой медицинской помощи приоритетной

задачей. В настоящей статье отражены известные варианты (правильные и ошибочные) оказания первой помощи.

Частые ошибки, допускаемые при оказании первой и неотложной помощи обожженным

В экстремальной обстановке люди, оказавшие первую помощь пострадавшим при пожарах (в том числе — медицинские работники), сами нередко испытывают психологический стресс. По мнению значительной части населения, при ожогах следует:

- снять боль у пострадавшего;
- предотвратить попадание микробной инфекции в раны;
- использовать препараты, обладающие способностью заживать раны.

Именно поэтому в ожоговые стационары поступают больные, на раны которых нанесены самые разнообразные, порой весьма экзотические рецептуры, применение которых в ранние сроки после травмы никоим образом не обосновано. Весьма часто обожженные поверхности смазывают маслом (сливочным, растительным), жиром (гусиным, свиным, барсучим, сур-

ковым и др.), яичным желтком (цельным или после термической обработки), молочными продуктами (кефиром, сливками и т.д.). Необходимость использования животных жиров, яичного желтка или молочнокислых продуктов связана со стойкими убеждениями о наличии у них целебных свойств. На самом деле это не так, в ранние сроки после травмы использование этих веществ не дает видимых результатов.

Популяризация уринотерапии в некоторых изданиях привела к тому, что нередко на раны накладывают повязки с мочой. Использование мочи для оказания первой помощи не имеет каких-либо видимых преимуществ перед аппликацией прочих жидкостей. Вместе с тем, моча далеко не всегда стерильна, поэтому эта процедура сопряжена с опасностью внесения инфекции в раны. Другое весьма распространенное использование настоек и отваров лекарственных трав. Убедительных данных о преимуществах их применения при оказании первой помощи нет.

Нередко с места происшествия в ожоговые стационары поступают больные, у которых на ранах имеются повязки с растворами и мазями (чаще — антибактериальными). Наложение повязок такого рода обусловлено страхом «загрязнения ран» и стремлением предотвратить развитие инфекционных осложнений. Применение в ранние сроки после трав-

мы антибактериальных мазей не вполне обосновано. При наличии плотного сухого струпа накладывать такие препараты (особенно на жировой основе) не имеет смысла. Некоторые люди накладывают первую попавшуюся мазь, невзирая на ее состав и предназначение. Например, косметические крема и эмульсии, используют глазные, гормональные и даже раздражающие препараты. Автору известен случай, когда на ожог II степени была нанесена мазь «Финалгон», от чего болевые ощущения только усилились.

Достаточно часто обожженные поверхности обрабатывают спиртом, водкой или другими спиртосодержащими жидкостями. Вполне понятно, что при глубоких ожогах такое «оказание помощи» существенно не повлияет на течение раневого процесса. При поверхностных поражениях — может привести к углублению ожога. Нередко пострадавшие, помимо наружного применения, употребляют алкоголь «внутрь», считая его универсальным лечебным средством. Также нередки ситуации, когда при оказании помощи пострадавшие принимают первые попавшиеся им под руку лекарства.

Мероприятия первой помощи при термических ожогах

Основные цели первой помощи — спасение жизни пострадавшего, предупреждение тяжелых осложнений, снижение выраженности основных проявлений травмы (в частности — боли).

Представляется возможным дать упрощенное определение первой помощи как комплекса мероприятий, оказываемых на месте ранения (поражения) или в непосредственной близости от него самим пострадавшим (самопомощь), его товарищем (взаимопомощь) или медицинским работником любого уровня (санитаром, фельдшером, врачом и т.д.).

При оказании помощи обожженным на месте происшествия следует:

- удалить пострадавшего из опасной зоны;
- прекратить действие поражающих факторов (горячей воды, пламени, дыма, химических веществ) на организм. Для этого нужно потушить и сбросить горящую (пропитанную горячей жидкостью или агрессивными химическими веществами) одежду;
- в случае, если пострадавший получил ожоги при пожаре в закрытом помещении, его следует вынести на улицу. При необходимости восстановить проходимость дыхательных путей (удалить слизь, копоть и рвотные массы из полости рта и глотки, устранить западение языка), при отсутствии дыхательных движений осуществить искусственное дыхание;
- охладить обожженные участки тела водой или прикладыванием холодных предметов;
- при наличии обширных ожогов ввести обезболивающие препараты;

- при общем перегреве — смочить кожные покровы холодной водой, снять одежду (в теплое время года), положить на голову лед или холодные компрессы;
- наложить на раны повязки из стерильных перевязочных средств или подручных материалов (простыней, лоскутов материи);
- при поражении кистей — снять кольца для предотвращения развития отека и ишемии пальцев.

Охлаждение

При действии пламени происходит подъем подкожной температуры в зоне ожога до 65—75 °С и более. Гипертермия (выше 45 °С) может длительно сохраняться (до 5—10 мин), что многократно (в 3—5 раз и более) превышает продолжительность периода действия самого термического агента.

Позитивный эффект охлаждения заключается в том, что при этом снимается тканевая гипертермия и уменьшается глубина поражения. Местное охлаждение, предпринятое вскоре после термической травмы, снимает сохраняющуюся гипертермию тканей, следовательно, и продолжающуюся деструкцию биологических структур. В результате локального применения холода нормализуется микроциркуляция в зоне повреждения. Улучшение местной гемодинамики приводит к сохранению окислительно-восстановительных ферментов в кле-

точных элементах пораженной кожи, снижению уровня общего протеолиза. В итоге происходит некоторое уменьшение глубины ожога. Охлаждение также приводит к снижению интенсивности боли. Течение раневого процесса в участках обожженной кожи, подвергнутой охлаждению, также более благоприятное.

Охлаждение может осуществляться различными способами: — промыванием холодной проточной водой; — накладыванием повязок, увлажненных холодными жидкостями; — аппликацией охлажденных предметов (снега, льда, грелок с холодной водой, криопакетов и др.); — орошением веществами с низкой температурой кипения.

Из приведенного выше перечня весьма перспективно применение современных охлаждающих препаратов: жидкости «Tensocold», криокомпрессов «Comprigel» и «Articare».

При использовании льда или «сухой» углекислоты производятся аппликации емкостей с охладителями через наложенную повязку на 10—20 мин. По данным Б.П. Сandomирского, терапевтический эффект от такого рода процедур выражен в первые 3—6 ч после получения ожогов, но сохраняется до конца первых суток.

Известны способы оказания первой помощи орошением обожженной поверхности хлорэтилом

и парами жидкого азота. Использование хлорэтила отличается простотой и удобством применения. Вместе с тем, из-за недостаточно высокой теплоемкости и низкой температуры кипения при его использовании не удастся быстро охладить значительную по площади ожоговую поверхность. Хлорэтил имеет и ряд других отрицательных качеств, ограничивающих его применение, особенно в закрытых помещениях. К ним относятся огне- и взрывоопасность, возможность наркотического действия. Последних недостатков лишен жидкий азот, являющийся одним из наиболее удобных хладагентов: он дешев, безопасен в применении, благодаря большому градиенту температур между ним и раневой поверхностью достигается быстрое ее охлаждение. Для реализации метода струя хладагента в парожидкостном состоянии направляется на рану. Необходимое снижение подкожной температуры (до уровней 6—13 °С) достигается при орошении с расстояния 8—10 см в течение 20—30 с, что сопровождается побелением ожоговой поверхности и кратковременным образованием на ней инея. Охлаждение эффективно лишь при условии, если в результате действия холода достигается снижение температуры до обычных значений. Холодовое воздействие, влияя на микроциркуляторное русло, должно стабилизировать нарушенную сосудисто-тканевую циркуляцию, т.е. уменьшать сосудистую проница-

емость и замедлять всасывание из тканей очага термического поражения. Имеется предел эффективного охлаждения, обусловленный криоустойчивостью тканей, после чего холод выступает как разрушающий фактор.

Большое значение имеют сроки осуществления охлаждения. Большинство исследователей единодушны в том, что немедленное после получения ожога охлаждение тканей имеет наибольший эффект. Даже спустя 30 мин и более имеет смысл охлаждать ткани, так как это снижает выраженность отека и ранних воспалительных явлений. Важным представляется выбор оптимальной продолжительности и интенсивности охлаждения обожженных участков тела. На этот вопрос ответить однозначно довольно сложно, поскольку степень тканевой гипертермии в каждом конкретном случае различна и, следовательно, должны отличаться и режимы охлаждения пораженных тканей. Довольно часто имеет место ситуация, когда чем более продолжительное время проводится охлаждение — тем лучше. Однако известны факты, опровергающие это положение. При обширных ожогах кожи длительность проведения охлаждения обожженных участков тела должна быть ограничена, так как это может вызвать и/или усугубить развивающуюся в первом периоде ожоговой болезни гипотермию.

Таким образом, охлаждение обожженных участков кожи яв-

ляется патогенетически обоснованным компонентом в комплексе лечения ожогов.

Обезболивание при ожогах

Боль первично возникает в результате непосредственного температурного воздействия на ткани организма и расположенные в них нервные рецепторы. Импульсация из очага поражения передается по афферентным волокнам в головной мозг и воспринимается как чувство боли. Там же формируются связанные с болью эмоциональные и вегетативные проявления. Несколько позднее образующиеся в поврежденных тканях биологически активные вещества пролонгируют возникшую боль и изменяют ее первоначальную природу. В этом случае боль — проявление местного воспалительного процесса.

Интенсивность боли измерить довольно трудно. Тем не менее, известно, что при поверхностных ожогах II и III-а степени выраженность болевого синдрома существенно выше, чем при глубоком поражении. Эти различия обусловлены тем, что сохранившиеся при поверхностных ожогах нервные окончания испытывают постоянное раздражение. При поражении III-б и особенно IV степени погибают не только нервные окончания, но и поверхностные нервы.

Поэтому при глубоких поражениях кожи, после первичной болевой реакции в момент действия высокотемпературного

агента, происходит снижение ее интенсивности. Позднее, начиная с трех суток, интенсивность боли вновь возрастает, что чаще всего связано с развитием воспаления в ожоговой ране.

Как уже указывалось, судить об интенсивности болевой реакции по поведению или жалобам пострадавшего довольно сложно. Восприятие боли зависит от типа и состояния нервной системы. К.Д. Шафранский указывает, что лица с «сильной» нервной системой легче переносят боль, чем со «слабой». Поэтому в зависимости от типа нервной системы будут существенно различаться и поведенческие реакции. Вполне понятно, что интенсивность боли при ожогах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, меньше, чем если бы травма была получена в трезвом состоянии.

Известно, что после ожога в мозге увеличивается содержание β -эндорфинов, относящихся к эндогенным нейропептидам, которые, связываясь с «энкефалиновыми» («опиатными») рецепторами мозга, оказывают анальгезирующее действие. В связи с этим, через некоторое время после травмы интенсивность боли несколько снижается. Это явление получило название «стресс-анальгезии». Необходимо подчеркнуть, что выраженность ее недостаточна, чтобы полностью избавить пострадавшего от чувства боли.

Из вышеизложенного можно сделать следующие заключения:

- при глубоких ожогах кожи больные в большинстве случаев не нуждаются в обезболивании;
- в случае поражения II и III-а степени осуществлять обезбоживание необходимо, особенно если ожоги располагаются на функционально активных участках тела.

Анализ характера оказания первой помощи показал, что для уменьшения чувства боли наиболее часто осуществляются следующие мероприятия:

- охлаждение обожженных участков тела водой, снегом, льдом и др.;
- употребление алкоголя внутрь;
- прием обезболивающих таблеток;
- аппликация на раны растворов анальгетиков;
- внутримышечное и внутривенное введение наркотических и ненаркотических анальгетиков.

Интуитивное стремление снизить интенсивность болевых ощущений «толкает» многих больных в холодную воду (под душ, в ванну, в водоем и т.д.). При этом практически никто из пострадавших (а также из людей, оказывающих помощь) не знают о том, что охлаждение позволяет несколько уменьшить глубину поражения. Вместе с тем, обезболивающий эффект от этой процедуры невелик. Чтобы холод оказывал анальгезирующее действие на ткани, необходимо зна-

чительно снизить тканевую температуру, что достаточно трудно.

Алкоголь обладает относительно слабыми анальгезирующими свойствами, поэтому для достижения выраженного обезболивающего эффекта (при условии, что человек в момент получения травмы был трезв) необходимо выпить большую его дозу. Вместе с тем известно, что при наличии алкоголя в крови некоторые медикаментозные вещества действуют иначе, по этой причине рекомендовать такой способ «первой помощи» нельзя.

Прием внутрь таблетированных препаратов, обладающих способностью снижать интенсивность боли (анальгин, темпалгин, баралгин и пр.), при ожогах относительно малоэффективен, что связано с особенностями возникновения болевых ощущений, а также относительно медленным началом их всасывания и действия. Наиболее часто для обезболивания ожогов используют анальгетики группы опия (морфин, омнопон), их синтетические заменители (промедол), ненаркотические анальгетики (анальгин). Существенно реже используют фентонил и дипидолор. Следует отметить, что введение анальгина дает сравнительно малый болеутоляющий эффект. По мнению ряда зарубежных специалистов, препаратом выбора при оказании помощи пострадавшим является морфин. Он обладает антисеротониновой активностью, угнетает гидролиз ацетилхолина

и выделение его из нервных окончаний, оказывает угнетающее действие на таламические центры болевой чувствительности, осуществляет блокирование передачи болевых импульсов к коре головного мозга. Кроме того, морфин взаимодействует с опиатными рецепторами головного мозга, что стабилизирует эндогенные болеутоляющие нейропептиды (энкефалины и эндорфины). При его введении интенсивность боли снижается достаточно быстро. Тем не менее, в РФ для оказания помощи данной категории больных морфин применяют относительно редко. Его введение может привести к угнетению моторики желудочно-кишечного тракта. Чаще всего врачи «скорой помощи» для обезболивания применяют промедол, значительно уступающий по своей анальгетической активности морфину, фентанилу и морадолу.

Известно, что препарата, обеспечивающего длительный анальгетический эффект и не оказывающего побочных негативных реакций на организм, не существует. Применение наркотических анальгетиков в ранние сроки после термической травмы приводит к нарушению деятельности ЦНС. При этом развиваются сонливость, торможение условных рефлексов, нарушение моторики желудочно-кишечного тракта. Для коррекции нежелательных эффектов наркотических анальгетиков на ЦНС возможно использовать психостимуляторы, в частности, сиднокарб.

Наркотические анальгетики оказывают тормозящее действие на проведение болевых импульсов на уровне таламических центров, а также оказывают противовоспалительное действие. Ненаркотические анальгетики, уступая наркотическим по силе обезболивающего действия, не вызывают эйфории и пристрастия к ним. Эти препараты не нарушают деятельности ЦНС, поэтому пострадавшие сохраняют способность к самостоятельному передвижению.

Весьма перспективный препарат для оказания первой помощи — ненаркотический анальгетик морадол, который по своей обезболивающей активности примерно в 5 раз превышает морфин и лишен свойств, вызывающих наркоманию. Побочные эффекты морадолы не велики и не опасны для жизни.

Определенные перспективы связаны с электротерапевтическим методом мезодиэнцефальной модуляции (МДМ), с помощью которого достигается модуляция деятельности регуляторных структур мозга. Метод способствует повышению содержания в периферической крови опиодного пептида — β -эндорфина и соматотропного гормона, показателей гуморального и клеточного иммунитета, моделирует восстановление системы обратной связи концентраций АКТГ и кортизола (Л.И. Герасимова). Антистрессорный и адаптационный эффект проявляется снижением болевого синдрома, нормализацией

сна и аппетита, что позволяет снизить дозы применяемых обезболивающих препаратов.

Терминальная (аппликационная) анестезия

Вполне понятно, что при глубоких ожогах кожи накладывать повязки с местно-анестезирующими веществами бессмысленно. При поражениях III-а степени, вызванных высокотемпературными агентами (пламенем и др.), формируется корочка поверхностного струпа, что затрудняет доступ медикаментозного средства к нервным окончаниям. В случае если ожог вызван низкотемпературными агентами (горячей водой, паром) поверхностный струп рыхлый, влажный и местные анестетики легче достигают точки своего приложения. Лучше всего обезболивающие свойства проявляются при аппликации на ожоги I и II степени (после удаления стенки отслоившегося пузыря). Смазывание покрывки пузырей препаратами местно-анестезирующего действия не имеет смысла.

При осуществлении терминальной анестезии необходимо учитывать возможность резорбтивного действия, что особенно проявляется при аппликации местно-анестезирующих препаратов на обширные раневые поверхности. Попадание в кровь местных анестетиков отрицательно сказывается на состоянии центральной нервной, а также сердечно-сосудистой системы.

По этой причине вопрос о разработке новых препаратов, пригодных для терминальной анестезии и обладающих высокой анальгезирующей активностью и, вместе с тем, лишенных побочных эффектов, до сих пор стоит достаточно остро.

Наиболее широко распространенный анестетик — новокаин — для терминальной анестезии мало подходит. Анестезин плохо растворим в воде и поэтому не может использоваться в виде растворов. Эффективность применения 5% мази анестезина относительно низка. Лидокаин, дикаин и пиромекаин хорошо обезболивают раны, однако из-за высокой токсичности их можно применять только при лечении небольших по площади ожогов. В последнее время появились новые перспективные анестетики для терминальной анестезии — иминокаин и азакаин (аналог маркаина), превышающие по обезболивающей активности пиромекаин примерно в 1,5 раза. В Пермском фармацевтическом институте разработан новый местный анестетик анилокаин, близкий по силе к дикаину, но менее токсичный, на его основе разработана 5% водорастворимая мазь «Аникол», пока еще не получившая широкого распространения. Использование данной мази обеспечивает обезболивающий эффект продолжительностью более 3 часов.

Применение медикаментозных препаратов патогенетического действия

В нашей практике показано, что аппликация кремов и мазей, содержащих супероксиддисмутазу, в ранние сроки после получения травмы приводит к снижению выраженности болевой реакции при ожогах I, II и III-а степени. При использовании этих препаратов в меньшей степени выражен отек. Ограниченные клинические испытания мази «Содерм», содержащей супероксиддисмутазу, показали высокую терапевтическую активность препарата, особенно при лечении поверхностных ожогов. Местное применение антиоксидантов более эффективно в случае «влажного» некроза, чем при наличии плотного струпа, вызванного действием высокотемпературных агентов. Это связано с лучшим проникновением лекарственных веществ через омертвевшие ткани.

Большие перспективы имеет применение в ранние сроки после травмы и других видов антиоксидантов (витамина Е, аскорбиновой кислоты, диметилсульфоксида). В определенной степени положительное влияние непосредственно после травмы могут оказывать глюкокортикоиды, применяемые местно.

Известно, что в патогенезе местных нарушений важную роль играют простагландины, в частности ПГЕ₂, усиливающий агрегацию тромбоцитов и сужающий

просвет сосудов. Исследования ряда авторов показали, что при применении индометацина в ранние сроки после травмы существенно уменьшается содержание в тканях этого простагландина, что, в свою очередь, предотвращает развитие нарушений микроциркуляции. Известны попытки использования ингибиторов тромбосан-синтазы (имидазола, метимазола, дипиридамола) с целью снижения адгезивности клеток крови. Вполне обоснованным представляется применение дезагрегантов (курантила, аспирина) и ряда других химических соединений. Определенное положительное влияние оказывает гепарин, устраняющий нарушения микроциркуляции в тканях.

Первая и неотложная помощь при электротравме

При поражениях электрическим током оказание первой помощи имеет особенно большое значение. Выполнение относительно простых мероприятий часто позволяет сохранить жизнь пострадавшему и избежать травмы лицам, оказывающим помощь. При оказании помощи пострадавшему необходимо учитывать свойства электрического тока, вызвавшего электротравму. Действовать при поражении током низкого и высокого напряжения следует по-разному. В первую очередь необходимо прекратить действие электрического тока на пострадавшего.

При действии тока низкого напряжения (380 В и ниже) нуж-

но прервать цепь электрического тока, отключив рубильник (выключатель) или вывинтив предохранительные пробки на распределительном щите. Если рубильник (выключатель) находится далеко, то можно сбросить сухой палкой провод с тела пострадавшего либо перерубить его топором (лопатой) с деревянным древком. Приблизиться к пострадавшему относительно не опасно.

Часто при поражении током низкого напряжения происходит так называемая «фиксация» конечности к токнесущему проводу. При этом пострадавший не может самостоятельно разжать руки (из-за тетанического сокращения мышц или потери сознания). В этом случае его следует насильно оттащить от источника тока. Необходимо помнить, что оттаскивать пострадавшего голыми руками нельзя, спасающий сам включается в электрическую цепь. В таких случаях следует пользоваться какими-либо предметами, не проводящими электрический ток (сухие доски, веревки, резиновые перчатки и т.д.). Иногда следует попытаться подсунуть под пострадавшего резиновый коврик или доски для изоляции от земли.

Для оказания помощи пострадавшим от электрических токов высокого напряжения целесообразно предварительно надеть резиновую обувь и перчатки. При падении на землю проводов высоковольтной сети необходимо учитывать возможность пораже-

ния спасателей от «шагового напряжения». Поэтому приближаться к пострадавшему следует очень мелкими шажками, не отрывая подошв от земли, или подпрыгивая на двух тесно прижатых ногах. Несоблюдение этих правил может обусловить развитие тяжелых (и даже смертельных) поражений электрическим током самого спасателя. Иногда осуществляют «шунтирование» проводов, в результате чего возникает короткое замыкание.

В ряде случаев развитие симптомокомплекса «мнимая смерть» сбивает с толку людей, оказывающих помощь пострадавшему. Пораженного электрическим током, не проявляющего признаков жизни, не следует заранее считать погибшим. Достоверными признаками биологической смерти являются появление трупных пятен и трупное окоченение. Во всех прочих случаях необходимо выполнить весь комплекс реанимационных мероприятий. «Оживление» находящегося в состоянии «мнимой смерти» пострадавшего следует начать, не дожидаясь прибытия медицинского персонала. Основное мероприятие первой помощи — искусственное дыхание, которое следует осуществлять в течение максимально длительного времени до появления самостоятельного дыхания или до наступления явных признаков смерти. При остановке сердца делают непрямой массаж сердца.

При отсутствии самостоятельного дыхания и сердечной деятельности осуществляют искусственное дыхание и закрытый массаж сердца. В случае нарушений ритма сердца необходимо применить электрическую дефибрилляцию. Как правило, восстановление сердечной деятельности происходит хорошо. В ряде случаев возникает необходимость осуществить интубацию трахеи или выполнить трахеостомию для более эффективной вентиляции легких. Осуществляют инфузионную терапию, направленную на стимуляцию сердечной деятельности, борьбу с отеком мозга и легких. Проводимый комплекс реанимационных мероприятий определяется в каждом случае отдельно в зависимости от наблюдаемой клинической картины. Больному необходим строгий постельный режим продолжительностью не менее трех дней, независимо от тяжести поражения. В связи с тем что у пациентов с электротравмой имеют место различные неврологические нарушения (парезы, параличи, невриты, невротические реакции), вестибулярные и вазомоторные расстройства (акроцианоз, головокружение, сердцебиение, головные боли), жалобы психопатического характера, — для их лечения необходимо привлекать специалистов разного профиля (терапевтов, невропатологов, психиатров и др.).

Первая и неотложная помощь при химических поражениях кожи

Оказание помощи пострадавшим данной категории требует наличия определенных знаний о характере действия химических веществ. Это необходимо для того, чтобы правильно оказать помощь и при этом самому не получить поражение. В ряде случаев без наличия защитной одежды, противогазов, а также при отсутствии работающей приточно-вытяжной вентиляции, к пострадавшему опасно приближаться. Следует защищать глаза от попадания паров и брызг агрессивных жидкостей.

Основным принципом первой помощи пострадавшему при попадании химического вещества на кожу является немедленное (учитывая возможность быстрого проникновения большинства химических агентов через устья волосяных фолликулов, потовых и сальных желез в кожу) удаление этого вещества. Если одежда пострадавшего загрязнена продуктом, ее надо быстро снять (при необходимости разрезать). Наилучший способ — длительное (в течение 10—15 мин и более) промывание проточной холодной водой кожи. Все это должно осуществляться непосредственно на месте, сразу же после происшествия.

Рекомендуемые в литературе способы нейтрализации химических веществ на практике зачастую малоэффективны. Далеко не всегда под рукой оказываются нужные реактивы, довольно

сложно определить, какое количество антидота необходимо для полной нейтрализации. В ряде случаев при осуществлении химической нейтрализации выделяется большое количество тепла, что оказывает неблагоприятное влияние на ткани. Часто попытки прибегнуть к методу нейтрализации ведут лишь к потере дорогого времени.

Ни в коем случае нельзя обрабатывать пораженный участок смоченным тампоном, так как при этом вещество еще глубже втирается в кожу! Смывать попавшее вещество надо только струей. Таким образом, метод смывания химических веществ с кожи до сих пор остается основным. Вместе с тем, далеко не всегда можно использовать воду! В ряде случаев целесообразны другие вещества. В частности, алюминийорганические соединения, воспламеняющиеся при соприкосновении с водой, смываются керосином, бензином или спиртом.

После проведенного промывания иногда можно прибегнуть к химической нейтрализации. **При этом нельзя использовать концентрированные растворы нейтрализующих составов.** В случае ожогов, вызванных действием концентрированных кислот, используют «кашицу» из соды. При ожогах щелочами раны промывают слабыми подкисленными растворами. При ожогах известью используется 20% раствор сахара в виде примочек, который переводит раздражающий кожу гидрат окиси кальция в нейтральное соединение.

Организация оздоровительной работы в ДОУ с ослабленными и часто болеющими детьми

Архипова Л. Н.,

заведующий, отличник народного просвещения;

Егорова Т. И.,

старший воспитатель, почетный работник общего образования, ГОУ д/с № 635 комбинированного вида Восточного административного округа, Москва

ПЕДАГОГИКА

Коррекционную работу с ослабленными и часто болеющими дошкольниками д/с № 635 ВАО проводит с 2003 г. В соответствии с установленным государственным статусом образовательное учреждение по свидетельству о государственной аккредитации реализует следующие образовательные программы: «Дошкольное образование», «Дошкольное образование с приоритетным осуществлением квалифицированной коррекции отклонений в физическом и психическом развитии воспитанников».

В настоящее время в ДОУ функционируют пять групп, из которых две — оздоровительные: группа раннего возраста (от 2 до 3 лет) и вторая младшая группа (от 3 до 4 лет).

Основная цель коррекционной работы — комплексная реабилитация часто болеющих детей, включающая проведение мероприятий, направленных на предупреждение заболевания и укрепление здоровья воспитанников. Для ее достижения создана необходимая предметно-пространственная среда, подобрано физиотерапевтическое и физкультурное оборудование. Для решения задач по укреплению здоровья и физическому развитию детей в ДОУ имеются:

— отдельный физкультурный зал, оснащенный в достаточном количестве специальным оборудованием и



- инвентарем, мягкими модулями, реабилитационными мячами;
- тренажерный зал с сухим бассейном;
- медицинский кабинет;
- физиотерапевтический;
- массажный кабинет;
- оздоровительный комплекс с гидромассажным душем и пузырьковой ванной;
- оборудованная физкультурная площадка на улице;
- разнообразный спортивный инвентарь.

В детском саду работает комплексная система оздоровления, предназначенная для ослабленных и часто болеющих детей (ЧБД):

- отработана модель взаимодействия педагогического и медицинского персонала в работе с часто болеющими и ослабленными детьми;
- разработаны здоровьесберегающие технологии с целью профилактики заболеваний и коррекции оздоровления детей.

Через различные формы методической работы (консультации, семинары-практикумы, открытые просмотры из опыта работы) разработана и внедрена система оздоровления ЧБД с учетом регламентации воспитательно-образовательной и лечебно-оздоровительной деятельности (табл. 1).

Таблица 1

**Формы методической работы
по внедрению комплексной системы оздоровления**

Формы работы		Участники	Ответственный
1		2	3
Курсы повышения квалификации воспитателей и специалистов		Воспитатели, специалисты	Московский институт открытого образования
Методические объединения		— // —	Научно-методический центр ВОУ
Семинары и семинары-практикумы	Физические упражнения для детей раннего и дошкольного возраста	Воспитатели	Старший воспитатель
	Медико-педагогический контроль во время организованных форм обучения	Инструктор по физической культуре, медицинская сестра по ЛФК	Старшая медицинская сестра, старший воспитатель
	Организация и проведение обследования физической подготовленности дошкольников	Инструктор по физической культуре	Старший воспитатель

Продолжение табл.

1		2	3
Консультации	Определение и общая характеристика группы ослабленных и часто болеющих детей	Воспитатели	Старший воспитатель, специалист по оздоровительной работе
	Двигательный режим ЧБД. Виды двигательной активности	— // —	Старший воспитатель
	Формы проведения коррекционной гимнастики с детьми 2—4 лет	— // —	Старший воспитатель, медицинская сестра по ЛФК
	Подбор и расстановка мебели в соответствии с Сан-ПиН 2.4.1.1249-03	— // —	Старший воспитатель, старшая медицинская сестра
	Дыхательная гимнастика	— // —	Старший воспитатель, медицинская сестра по ЛФК
	Лечебные игры	Воспитатели, инструктор по физической культуре	Старший воспитатель, медицинская сестра по ЛФК
Проведение и анализ открытых просмотров и видеозаписей детской деятельности	Современные формы проведения утренней и коррекционной гимнастики с детьми 2—7 лет	Воспитатели	Старший воспитатель
	Организация и проведение дней здоровья совместно с родителями воспитанников	Воспитатели, инструктор по физической культуре	Старший воспитатель, воспитатели
	Организация гимнастики перед сном и после сна с младшими дошкольниками	Воспитатели	Воспитатели
	Проведение подвижных игр с ЧБД	— // —	Инструктор по физической культуре
Педсовет	Итоги тематической проверки. Сообщения из опыта работы воспитателей: — итоги адаптации детей к детскому саду; — двигательный режим в группах	Все педагоги и специалисты	Заведующий, старший воспитатель

Окончание табл.

	1	2	3
Создание предметно-развивающей среды	Смотр-конкурс оборудования физкультурных уголков в разных возрастных группах	Воспитатели	Старший воспитатель, медицинская сестра по ЛФК, инструктор по физической культуре, специалист по оздоровительной работе
Совместная деятельность педагогов ДОУ	Организация занятий ЛФК для сотрудников детского сада	Сотрудники детского сада	Медицинская сестра по ЛФК
Участие в методической работе	Разработка комплексов коррекционной гимнастики для детей разных возрастных групп	Воспитатели групп	Старший воспитатель, медицинская сестра по ЛФК
	Составление комплексов физкультминуток и динамических разминок	— // —	— // —
	Разработка и апробация системы физкультурно-оздоровительной работы с детьми раннего и младшего дошкольного возраста	Творческая микрогруппа	— // —
	Подготовка материалов из опыта работы педагогов образовательного учреждения к публикации в журналах	— // —	Старший воспитатель
Взаимодействие с родителями	Анкетирование. Индивидуальное и групповое консультирование с приглашением специалистов медиков. Организация работы семейного клуба по физическому воспитанию «День здоровья». Оформление групповых тематических папок: «Здоровье», «Советы врачей». Мастер-класс у массажиста и инструктора по физической культуре. Организация работы групповых библиотечек для родителей	Все педагоги и специалисты	Заведующий, старший воспитатель, старшая медицинская сестра

Воспитательно-образовательный процесс построен на основе создания благоприятных условий для обеспечения физического и психического развития детей, эмоционального благополучия каждого ребенка, повышения его познавательной активности, функциональных и адаптивных возможностей.

Для детей разработан гибкий режим, предусматривающий:

- увеличение периода приема детей в утренние часы (до 9.00);
- увеличение продолжительности дневного сна;
- строгое соблюдение продолжительности и организации прогулок на воздухе;
- творческий подход к содержанию и методике проведения занятий;
- чередование умственной и физической деятельности.

Воспитательно-образовательный процесс в группах ЧБД строится с учетом лечебно-оздоровительных мероприятий, которые проходят в индивидуальной и подгрупповой форме:

- физиотерапия (УФО общее, тубускварц, УФО стоп и ладоней, «Галонерб»);
- массаж (лечебно-оздоровительный для грудной клетки, нижних конечностей);
- кварцевание рециркулярными лампами;
- витаминотерапия (ревит);
- щадящий режим нагрузок;
- ЛФК;

— дыхательные упражнения и лечебные игры в группе и на занятиях по физической культуре;

— закаливающие процедуры в гидромассажной ванне;

— ионизация воздуха в групповых комнатах;

— индивидуальная работа в группе и на прогулке, проводимая воспитателями групп.

Лечебно-профилактической работой руководит старший научный сотрудник лаборатории гигиены обучения и воспитания НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН Н.О. Березина.

В детском саду разработаны формы оздоровительной работы с детьми (табл. 2), а для каждого ребенка составляется индивидуальный план оздоровления, куда вносятся все проводимые с ним мероприятия (табл. 3). В конце года подводятся итоги — анализируются показатели заболеваемости и рассчитывается показатель эффективности оздоровления (ПЭО) (табл. 4).

Необходимое условие успешной работы по оздоровлению воспитанников — взаимодействие с семьей.

Формы работы с родителями:

- собеседование, анкетирование;
- наглядная агитация (стенды, памятки, статьи из периодической печати);
- групповые родительские собрания: ознакомительные в начале года, общепрофилактические со специалистами, итоговые;

Таблица 2

Формы работы по оздоровлению дошкольников

Формы	Содержание
Обеспечение здорового ритма жизни	Щадящий режим (адаптационный период); гибкий режим; организация микроклимата и стиля жизни группы
Физические упражнения	Утренняя гимнастика; физкультурные занятия; занятия в тренажерном зале; подвижные игры; профилактическая гимнастика (дыхательная, звуковая, логоритмическая, улучшение осанки, коррекция плоскостопия); спортивные игры; ритмопластика
Гигиенические и водные процедуры	Умывание; мытье рук; обеспечение чистоты среды; ножные ванны
Световоздушные ванны	Проветривание помещений (в том числе сквозное); сон при открытых фрамугах (в теплое время года); прогулки на свежем воздухе; обеспечение температурного режима и чистоты воздуха
Активный отдых	Развлечения, праздники; дни здоровья; каникулы
Специальное закаливание	Босоножье; игровой массаж; дыхательная гимнастика
Физиотерапия	УФО общее; тубускварц
Гигиеническое воспитание	Периодические информационные материалы; «круглые столы» (в том числе по здоровому образу жизни); занятия по основам безопасности жизнедеятельности

- групповые и индивидуальные беседы;
 - дни открытых дверей (с показом физкультурных занятий, занятий по ЛФК);
 - видеосъемки деятельности детей в разных режимных моментах;
 - совместные мероприятия детей и взрослых (спортивные развлечения, спортивные игротеки и т.д.).
- Родителям рекомендован следующий план оздоровления, единый с ДОУ.

Таблица 3

Индивидуальный план оздоровления

на _____ уч. г.

Фамилия, имя ребенка _____

Мероприятия	Месяцы				
	1	2	...	11	12
Воздушное закаливание					
Массаж оздоровительный: — грудной клетки; — нижних конечностей					
ЛФК					
Дыхательная гимнастика (звуковая, общеукрепляющая)					
Упражнения в группе и физкультурном зале: — на массажных ковриках; — с использованием тренажеров; — корригирующие упражнения					
Полоскание полости рта кипяченой водой комнатной температуры					
Ионизация воздуха в групповых комнатах					
Гидромассажные ножные ванны					
Физиотерапия: — УФО — тубус носоглотки; — УФО стоп и ладоней					
Витаминотерапия (ревит)					
Прививка против гриппа					

Таблица 4

Оценка эффективности оздоровления ЧБД

д/с № 635 (за 2006/07 уч. г.)

Группы	Всего ЧБД	Выздоровление		Улучшение		Без перемен		Ухудшение		ПЭО, %
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Ясельная	12	8	66,7	4	33,3	—	—	—	—	66,7
Младшая	17	14	82,4	1	5,9	2	11,7	—	—	82,4

1. Обеспечение оптимального режима:

- продленный сон;
- регулярные закаливающие процедуры (не прекращать их после очередного ОРЗ, а только снизить интенсивность);
- дыхательная гимнастика (постоянно);
- обязательное полоскание рта после еды;
- дотация фруктов и овощей по сезону, в том числе лука и чеснока;
- питьевые дрожжи;
- настойка шиповника;
- средства для повышения аппетита;
- витамины в возрастной дозе.

2. Осенью и весной в течение 10—15 дней необходимо включать комплекс профилактических мероприятий:

- смазывание зева водным раствором прополиса или раствором Люголя, медом с соком алоэ, каланхоэ (в пропорции 2:1);
- физиотерапевтические методы лечения по назначению врача.

3. Использование оксолиновой мази в период повышенной заболеваемости.

4. Консультации 1—2 раза в год у оториноларинголога, осмотр детей стоматологом, анализы мочи, крови.

Только совместными усилиями педагогов, медицинских работников и родителей можно достичь эффективности в оздоровлении ослабленных и часто болеющих детей.

В приложении даны различные упражнения, лечебные игры, которые можно успешно использовать в организации оздоровительной деятельности с ЧБД.

Приложение

Дыхательные упражнения

«Часики»

Встать прямо, ноги слегка расставить, руки опустить. Размахивая прямыми руками вперед-назад, произносить «тик-так». Повторить 6—7 раз.

«Дудочка»

Сесть на стул, кисти рук сжать, как будто в руках дудочка, поднести к губам. Сделать медленный выдох с произнесением «п-ф-ф-ф-ф». Повторить 4—6 раз.

«Петушок»

Встать прямо, ноги слегка расставить, руки опустить. Поднять руки в стороны (вдох), затем хлопнуть ими по бедрам, произнося «ку-ка-ре-ку» (выдох). Повторить 4—6 раз.

«Каша кипит»

Сесть на стул. Одну руку положить на живот, другую на грудь. Втянуть живот и набрать воздух в грудь (вдох), опустить грудь (выдыхая воздух) и выпятить живот (выдох). При выдохе громко произносить «ф-ф-ф». Повторить 4—6 раз.

«Паровозик»

Ходить по комнате, делая попеременные движения руками и приговаривая «чух-чух-чух». Повторять в течение 20—30 с.

«Веселый мячик»

Встать прямо, ноги расставить. Поднять руки с мячом (диаметром до 10 см) к груди, вдохнуть и бросить мяч от груди вперед, произнося «у-х-х» (выдох), догнать мяч. Повторить 4—7 раз.

«Гуси»

Медленно ходить по комнате. На вдох поднимать руки в стороны, на выдох — опускать вниз с длительным произнесением «г-у-у-у». Повторять в течение минуты.

Эти упражнения можно включать в комплекс утренней гимнастики, разминки после сна, на прогулке (не менее 2 раз в день).

Оздоровительные упражнения для горла

«Лошадка»

Вспомните, как звучит по мостовой цоканье копыт лошади, катающей на своей спине веселых ребятишек. Цокаем языком то громче, то тише, скорость движения лошади также показываем, снижая и увеличивая темп повтора (20—30 с).

«Ворона»

Воспитатель. Села ворона на забор и решила развлечь всех своей прекрасной песней. То

вверх поднимет голову, то в сторону повернет. И каркает так, что ее всюду слышно.

Дети произносят протяжно «ка-а-а-р».

Так громко каркала ворона, что охрипла и стала каркать беззвучно и с закрытым ртом.

Повторить 5—6 раз.

«Змеинный язычок»

Представляя, что длинный змеинный язык пытается высунуться как можно дальше, стараться достать до подбородка. Повторить 6 раз.

«Зевота»

Сидя, удобно расслабиться, опустить голову, широко раскрыть рот. Не закрывая его, вслух произнести «о-о-хо-хо-о», позевать. Повторить 5—6 раз.

«Веселые плакальщики»

Имитация плача, громкие всхлипывания, сопровождаемые резкими, прерывистыми движениями плеч и шумным вдохом без выдоха. Повторять в течение 30—40 с.

«Смешинка»

Воспитатель. Попала смешинка в рот и невозможно от нее избавиться. Глаза прищурились, губы радостно раздвинулись и все рассмеялись: ха-ха-ха, хи-хи-хи, гы-гы-гы. А нажав на хохотальную точку на кончике носа и посмотревшись в зеркало, можно смеяться так, словно перед вами самый веселый в мире клоун.

Профилактические упражнения для верхних дыхательных путей

Цели:

- научить дышать через нос;
- подготовить детей к выполнению более сложных дыхательных упражнений.

1. Погладить нос (боковые части носа) от кончика к переносице — вдох. На выдохе постучать по крыльям носа указательными пальцами. Повторить 5—6 раз.

2. Сделать по 8—10 вдохов и выдохов через правую ноздрию, затем через левую, по очереди закрывая их указательным пальцем.

3. Сделать вдох носом. На выдохе протяжно тянуть «м-м-м», одновременно постукивая пальцами по крыльям носа.

4. При вдохе оказывать сопротивление входящему воздуху, надавливая на крылья носа пальцами. Во время более продолжительного выдоха сопротивление должно быть переменным за счет постукивания пальцами по крыльям носа.

5. Спокойный вдох через нос. На выдохе одновременно с постукиванием по крыльям носа произнести «ба-бо-бу» и «г-м-м-м».

6. Быстро втянуть живот, одновременно сделав резкий выдох через нос. Повторить 3—4 раза.

7. Во время выдоха широко раскрыть рот и максимально

высунуть язык, стараясь его кончиком достать до подбородка. Произнести «а-а-а». Повторить 5—6 раз.

8. Полоскание горла 1,5% раствором морской соли.

Лечебные игры для детей 2—4 лет

«Булькание»

Цели:

- восстановить носовое дыхание;
- формировать ритмичный выдох, углубляя его.

Материалы: стаканы, наполненные на $\frac{1}{2}$ водой, соломинки, фантики.

Перед каждым ребенком на столике стоит стакан с водой и соломинкой. Ведущий показывает, как нужно правильно дуть в стакан через соломинку, чтобы за один выдох получилось долгое бульканье: глубоко вдыхает через нос и делает глубокий длинный выдох в трубочку, чтобы получился долгий булькающий звук.

По команде ведущего все дети начинают вдыхать и затем булькать. У кого получилось побулькать дольше всех, получает фант.

«Совушка-сова»

Цели:

- скорректировать движения рук с дыхательными движениями грудной клетки;
- улучшать функцию дыхания (углубленный выдох).

Дети садятся полукругом перед ведущим. По его сигналу

«День!» дети-«совы» медленно поворачивают голову влево и вправо. По сигналу «Ночь!» они смотрят вперед и взмахивают руками-«крыльями». Опуская их вниз, протяжно, без напряжения произносят «у-у-ф-ф». Повторить 2—4 раза.

«Шарик лопнул»

Цели:

- восстановить носовое дыхание;
- формировать углубленное дыхание, правильное смыкание губ, ритмирование.

Материалы: фанты из бумаги.

Дети садятся полукругом. Ведущий предлагает «надуть шарик». Дети должны, «надувая шар», широко развести руки в стороны и глубоко вдохнуть воздух носом, затем выдуть его в воображаемый шарик через рот «ф-ф», медленно соединяя ладони под «шариком». По хлопку ведущего «шарик» лопается — дети хлопают в ладоши. Из «шарика» выходит воздух: дети произносят звук [ш], делая губы хоботком и складывая руки на коленях. Тот, кто сделал лучше всех, получает фант. Повторить 2—5 раз.

«Запасливые хомячки»

Цель: тренировать носовое дыхание, смыкание губ, координацию движений.

Материалы: 2 стула, листы бумаги (обручи), 4—5 фантов.

Ведущий рассказывает детям о том, что хомячки носят запасы в

щечках. Затем предлагает перенести через «болото» зерно. Необходимо от стула до стула («болото»), шагая по листам бумаги (обручам), преодолеть «болото» и перенести все фанты на другую сторону. Ребенок берет в руку фант, надувает щеки и переходит через «болото» по «кочкам» (листам бумаги или обручам). На другой стороне оставляет фант на стуле, хлопает себя по щекам и возвращается по «кочкам» обратно. Затем начинает снова, пока не перенесет все фанты.

«Чей шарик дальше?»

Цели:

- укреплять круговые мышцы рта;
- тренировать навыки правильного носового дыхания при спокойно сомкнутых губах.

Материалы: стол, 2 пинг-понговых шарика (лучше разного цвета), 2 кубика (или пуговицы) таких же цветов, как шарики, ленточка.

Дети разбиваются на пары. Каждому вручается пинг-понговый шарик. На столе раскладывают ленту, на нее кладут шарики. Дети по команде должны вдохнуть через нос и подуть на свой шарик. Там, где шарик оттанавливается, напротив ставится кубик соответствующего цвета. Побеждает тот участник, чей шарик за три попытки укатился дальше.

«Кто самый громкий?»

Цель: тренировать носовое дыхание, смыкание губ.

Материал: фанты-жетоны.

Ведущий показывает детям, как играть: выпрямить спину, сомкнуть губы, указательный палец левой руки положить на боковую сторону носа, плотно прижимая левую ноздрию, глубоко вдохнуть правой (рот закрыт) и произносить (выдыхать) «м-м», одновременно похлопывая указательным пальцем правой руки по правой ноздре. В результате чего получается длинный выдох. Звук [м] надо направлять в нос, он должен быть звучным. Затем прижимается правая ноздрия и также на выдохе с произнесением [м] надо похлопать указательным пальцем по левой. Игра повторяется несколько раз. После каждого раза тому, кто произнес звук [м] правильно и громче всех, вручается фант.

«Поезд с арбузами»

Цели:

- улучшать глубину и ритм дыхания;
- укреплять мышцы рук, пояса верхних конечностей, грудной клетки;
- тренировать координацию движений;
- учиться согласовывать свои действия с действиями других участников игры.

Материалы: 3—4 мяча разной формы.

Дети садятся на коврик в круг. Ведущий находится за кругом и бросает мячик кому-нибудь из них. Дети перебрасывают мяч друг другу по очереди. После команды «Стоп!» ребенок, у которого мяч, кидает его ведущему — «погрузка арбузов на поезд». Затем дети произносят «гу-гу-гу» — поезд движется, а играющие делают круговые движения руками. Через 2—3 мин они останавливаются. Дети говорят «ш-ш-ш» — поезд приехал. После этого начинается выгрузка арбузов: те же движения, что и при погрузке. Ведущему необходимо обращать внимание на правильную осанку дошкольников, чтобы при звуке [ш] губы складывались в трубочку.

«Пчелка»

Цели:

- формировать правильное дыхание (глубину и ритм);
- укреплять мышцы рук, пояса верхних конечностей, развивать внимание.

Ведущий предлагает поиграть в «пчелку». Ребенку показывают, что надо сидеть прямо, скрестив руки на груди, опустив голову. После слов ведущего «Пчела сказала: “Жу, жу, жу”» ребенок ритмично сжимает обеими руками грудную клетку и произносит звук [ж] на вдохе. Вместе с ведущим на вдохе разводит руки в стороны и, расправляя плечи, говорит: «Полечу и пожужжу, детям меда принесу». Встает и, раз-

ведя руки в стороны, делает круг по комнате и снова садится на прежнее место. Игра повторяется 4—5 раз.

Конспект занятия по ЛФК в младшей группе

1. Вводная часть

В руках у детей ленты. Ходьба по всему залу враспынную, огибая лежащие на полу обручи. Ходьба разными способами: на носках, на внешнем своде стопы; с остановкой («подул ветер») — дуть на ленту.

Бег с ленточкой, руки в стороны («тучки по небу бегут»).

2. Основная часть

Дети встают каждый в свой обруч.

«Мишка и мышка»

И.п. — стоя. «Мишка большой» — потянуться, встать на носочки, руки вверх. «Мышка» — присесть, обхватить колени, сказать «ш-ш-ш».

«Часики»

Наклоняться в стороны со словами «тик-так», вперед — со словом «бом».

«Мельница»

Производить круговые движения руками со звуками: вперед — [ш], назад — [з].

«Собираем цветы»

Ходьба по залу. Присесть, «сорвать цветок», понюхать — вдох, на выдохе сказать «а-а-а».

«Кошечка»

И.п. — на четвереньках. Прогнуть спину — вдох, круглая спина — выдох со звуком [ш].

«Велосипед»

И.п. — лежа на спине. Вращать ногами в воздухе, имитируя езду на велосипеде, произнося «би-би-би».

«Самолет»

И.п. — лежа на животе. Поднять спину, руки в стороны, произнося «летит самолет: у-у-у».

«Шарик»

И.п. — стоя. «Шарик надули» — развести руки в стороны, произнося «ф-ф-ф», «шарик сдулся» — руки вперед, хлопок ладошками — «ш-ш-ш».

Повторить 4—5 раз.

Основные виды движений

1. Подтягивание лежа на груди на гимнастической скамейке.

2. Лазанье по гимнастической стенке.

Повторить 2—3 раза.

Подвижная игра «Кошки и мышки»

Кошки произносят «мяу-мяу» и бегают за мышками. Мышки пищат «пи-пи-пи», прячутся от котят в домике. Повторить 2—3 раза.

3. Заключительная часть

Надувание мячей или соревнование «У кого дальше улетит платок?» Повторить по 3—4 раза.

Оказание комплексной помощи дошкольникам с ограниченными возможностями здоровья

Козина И.Б.,

канд. пед. наук;

Шишкина В.А.,

заслуженный работник образования Республики Марий Эл;

Дрёмина И.Е.,

канд. психол. наук, МОУ Центр лечебной педагогики и дифференцированного обучения «Росток», г. Йошкар-Ола

Образовательная ситуация, сложившаяся в современной Йошкар-Оле, типична для регионов России, отдаленных от центра, — ухудшение здоровья детской популяции и увеличение детей с ограниченными возможностями здоровья, пополняющих численность дошкольников с особыми образовательными потребностями. Существующие подходы к оказанию специальной помощи таким детям демонстрируют сегодня свою ограниченность, мелкомасштабность, отсутствие комплексности.

В г. Йошкар-Оле на базе МОУ Центр лечебной педагогики и дифференцированного обучения «Росток» создана и апробирована действующая модель оказания индивидуально-ориентированной комплексной педагогической, психологической и медицинской помощи детям, имеющим проблемы в обучении, общении, поведении и развитии. Центр ЛПиДО «Росток» создан путем реорганизации в

форме преобразования старейшего, имеющего богатый опыт, многолетние традиции коррекционно-развивающей работы с дошкольниками с тяжелыми нарушениями речи МДОУ компенсирующего вида — д/с № 8 «Ивушка». Он является некоммерческой организацией, финансируется за счет средств городского бюджета.

Создание Центра позволило:

- работать в тесном контакте с каждым муниципальным образовательным учреждением города;
- эффективнее использовать диагностические возможности психолого-медико-педагогической консультации;
- развернуть деятельность по созданию системы ранней диагностики и коррекции отклонений в развитии;
- осуществлять медикаментозную терапию в комплексе с оздоровительными мероприя-

тиями для детей с неврологическими и психологическими заболеваниями;

- реализовывать программу медико-психолого-педагогического сопровождения детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья;
- проводить консультирование специалистами узкого профиля родителей, педагогов, работающих с детьми с отклонениями в развитии.

Деятельность всех служб и отделов Центра ЛПиДО основывается на представлении о том, что успешное развитие системы поддержки и помощи детям требует взаимодействия объектов помощи — специалистов разного профиля. Идея комплексности, иными словами — скоординированного взаимодействия субъектов при оказании поддержки и помощи детям разных возрастных групп, преемственности в их работе, а также взаимодействия образовательных учреждений — ведущий принцип, лежащий в основе концепции развития и функционирования Центра.

Основное требование этого принципа — взаимодействие и сотрудничество специалистов разного профиля в активизации развития детей и оказании им специализированной профилактической, коррекционной и реабилитационной помощи в интересах сохранения их здоровья и оптимального развития.

Одно из основных направлений деятельности учреждения — ис-

пользование нетрадиционных средств и методов коррекционно-оздоровительной работы с воспитанниками, имеющими сложные, комплексные дефекты в развитии. При ухудшении состояния здоровья, наблюдаемом у большинства детей, особенно с отклонениями в развитии, роль и значимость оздоровительных мероприятий существенно возрастает.

Лечебно-оздоровительные мероприятия проводятся с учетом основного заболевания и сопутствующих ему отклонений в состоянии здоровья. По результатам углубленного осмотра специалистами на каждого воспитанника составляется валеологическая карта, разрабатываются оздоровительные мероприятия, включающие:

- закаливание по общепринятым методикам, а группы ослабленных детей — щадящим методом;
- массаж общий и местный;
- дыхательную гимнастику;
- гимнастику для глаз;
- музыка-, арома-, озono-, фито-, витаминотерапию;
- применение адаптогенов (настойка элеутерококка, дрожжевая паста, лимонный настой) и лекарственных средств (дибазол, интерферон);
- физиотерапевтические процедуры и дополнительные мероприятия, такие как противорецидивное лечение хронических заболеваний по индивидуальному плану и т.д.

В результате проводимой работы отмечается снижение количества дней, пропускаемых одним

ребенком за год с 10,1 до 8,9. Снято с учета группы ЧБД 30% детей.

Медикаментозное лечение предполагает комплекс общеукрепляющих и стимулирующих препаратов. Лечение осуществляется амбулаторно под наблюдением педиатра, невропатолога или стационарно в Центре патологии речи, с которым заключен договор о сотрудничестве.

Особое внимание уделяется организации охранительного режима дня, которая включает строгое чередование нагрузки и своевременного достаточного отдыха, адекватный двигательный режим, достаточный сон с применением арома- и музыкотерапии, оптимальное распределение нагрузки в течение дня с учетом возможностей ребенка.

Успех коррекционной работы с детьми, имеющими отклонения в развитии, во многом зависит от своевременной медицинской помощи. В практике наблюдается сочетание отклонений в развитии с рядом неврологических и психопатологических синдромов. Например, среди неврологических синдромов довольно часто наблюдается гипертензивно-гидроцефальный синдром, проявляемый нарушениями умственной работоспособности, произвольной деятельности и поведения детей. Для них характерны быстрая утомляемость и пресыщаемость любым видом деятельности, повышенная возбудимость, раздражительность, двигательная расторможенность.

Из психопатологических синдромов, наблюдаемых у детей с отклонениями в развитии, встречаются: выраженный негативизм (противодействие просьбам и инструкциям всех окружающих или конкретных лиц); агрессивность, драчливость, конфликтность; повышенная впечатлительность, чувство угнетенности, состояние дискомфорта, иногда сопровождаемые невротическими рвотами, потерей аппетита; энурез; онанизм; повышенная обидчивость, ранимость; склонность к болезненному фантазированию.

Указанные нарушения, как правило, — следствие резидуально-органического поражения ЦНС. Поэтому диагностикой и коррекцией указанных нарушений должны заниматься не только педагоги и психологи, но и врачи: невропатологи и детские психиатры. И чем раньше будет оказана ребенку комплексная медико-педагогическая помощь, тем больше шансов, что проблемы, связанные с развитием ребенка, успешно разрешатся. Немногие родители решаются прийти на прием к детскому психиатру в психоневрологический диспансер. Однако многие согласны проконсультироваться с психиатром по поводу развития своего ребенка в условиях психолого-медико-педагогической консультации. В таких случаях врач, изучив особенности развития конкретного ребенка, может установить причины нарушений, назначить соответствующее лечение, совместно с педагогами и психо-

логами определить объем психокоррекционной работы.

Следующее важное направление в деятельности Центра ЛПиДО — **психокоррекционная работа** с ребенком, направленная на развитие познавательных интересов, формирование учебной мотивации, коррекцию высших психических функций и речевых нарушений. Для этого:

- оборудованы комнаты по психологической реабилитации;
- создана предметно-развивающая среда;
- проводится обучение по коррекционно-развивающим и вариативным программам с учетом возможностей каждого ребенка;
- дополнительно введены занятия по интересам детей, такие как «Умелые пальчики» (развитие мелкой моторики), «Бусинка» (бисероплетение) и другие, способствующие получению детьми познавательной информации, формированию различных умений, развитию коммуникативной функции.

Психологическое сопровождение детей с отклонениями в развитии включает в себя следующие направления работы.

1. Оказание помощи ребенку на этапе адаптации в детском учреждении: через создание щадящего режима, проявление повышенного внимания к нуждам ребенка со стороны педагогов, не директивной диагностики (наблюдение за ребенком в различных видах деятельности, режимных моментах).

2. Психолого-педагогическая диагностика, конечная цель которой — выработка рекомендаций для всего реабилитационного процесса. Психодиагностика заключается не только в оценке познавательных особенностей и уровне умственного развития ребенка, но и в комплексной, целостной оценке личности ребенка: его эмоционально-волевой сферы, уровня самосознания и самооценки, мотивации, потребностей, характерологических особенностей, детско-родительских отношений.

3. Психологическая коррекция. Коррекционное воздействие на детей с задержкой в психическом развитии (ЗПР) и речевыми нарушениями строится с учетом следующих особенностей этих детей: нестойкость и незрелость эмоциональной сферы; истощаемость и низкая работоспособность; изменения в темпе формирования высших психических функций.

Психокоррекционная работа осуществляется педагогами-психологами в групповой и индивидуальной форме по графику. Используются различные формы и методы психокоррекции с элементами психотерапии: игровая, сказко-, арт-терапия (музыка-, изотерапия); психокоррекционные игры с использованием природных материалов (песок, вода, глина); психогимнастические упражнения; релаксационный тренинг.

4. Психологическое консультирование ведется по двум основным направлениям — консультирование педагогов и родителей и включает:

- информирование (разъяснение особенностей развития ребенка, причин возникновения отклонений в развитии, характеристика негативных поведенческих особенностей);
- обучение эффективным способам взаимодействия с детьми (родителями) и перенесение сформированных навыков в реальные отношения.

Консультирование педагогов осуществляется в следующих формах:

- индивидуальные консультации по запросам педагогов;
- тематические сообщения на педсоветах;
- проведение методологических семинаров по различным проблемам воспитания и обучения детей с отклонениями в развитии.

Консультирование родителей предполагает:

- индивидуальные консультации по запросам родителей; они могут быть как одно-, так и многократными, состоящими из нескольких встреч с психологом;
- проведение тематических бесед с родителями на родительских собраниях;
- тренинги родительской эффективности (в частности, разработана и апробирована авторская программа родительского тренинга «Поверь в свое дитя»);
- разработка текстовых консультаций по различным темам, с которыми родители могут ознакомиться непосредственно в группе, посещаемой их ребенком.

Психологическому консультированию и просвещению родителей уделяется особое внимание в связи с тем, что именно в семье коренятся биологические и психологические источники отклонений развития у детей. Известно, что значительная часть детей с ЗПР воспитывается родителями, имеющими определенные умственные нарушения. Кроме того, отношения в таких семьях часто характеризуются конфликтностью, эмоциональной нестабильностью, негибкостью в поведении взрослых, напряженностью. Поэтому родители часто сами нуждаются в личностной коррекции и психологической поддержке.

Таким образом, психологическое сопровождение детей с отклонениями в развитии строится как комплексная система психологической помощи и занимает важное место в общем процессе психолого-медико-педагогической реабилитации детей в Центре ЛПиДО «Росток».

Психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК) занимает важное место в системе обучения детей с проблемами развития. ПМПК решает проблемы ребенка на межведомственном уровне, объединяя усилия специалистов различных ведомств: здравоохранения, образования и социальной защиты населения.

Деятельность ПМПК включает различные направления работы: диагностическую, коррекционно-развивающую, консультативную,

психолого-педагогическую и организационную.

Специалистами ПМПК ежегодно ведется предварительная диагностическая работа в ДОУ города по выявлению детей с различными проблемами в развитии, которые затем направляются на ПМПК для уточнения диагноза и определения дальнейшего образовательного маршрута. Коррекционно-развивающая помощь оказывается детям, не посещающим детские учреждения. На каждого ребенка составляется индивидуальная программа, направленная на развитие познавательной и речевой деятельности. По вопросам обучения, воспитания и лечения детей семьям и педагогам оказывается консультативная методическая помощь в виде семинаров, индивидуальных консультаций, выступлений на родительских собраниях.

Таким образом, в Центре ЛПИ-ДО «Росток» создана модель ранней специализированной комплексной помощи детям с отклонениями в развитии. Ее цель — формирование условий, обеспечивающих полноценную реабилитацию детей с отклонениями в развитии посредством построения муниципальной системы ранней комплексной помощи детям и семьям, их воспитывающим.

1. Максимально раннее выявление детей с отклонениями в развитии или риском возникновения отклонений (данная задача включает разработку и апробацию методики ранней комплекс-

ной диагностики уровня развития детей до 3 лет).

2. Разработка технологии реализации ранней комплексной (социально-психолого-медико-педагогической) помощи детям с отклонениями в развитии (данная задача включает разработку и апробацию системы коррекционно-развивающих программ для детей раннего возраста с отклонениями в развитии).

3. Сокращение разрыва между моментом определения первичного нарушения и началом целенаправленного обучения ребенка, включающего как неспецифические, так и специфические компоненты.

4. Обеспечение согласованности действий по оказанию помощи (медицинской, психолого-педагогической и социальной) ребенку и семье при четком разграничении обязанностей специалистов.

5. Обеспечение обязательного включения родителей в процесс раннего обучения и их целенаправленной подготовки специалистами.

6. Разработка учебно-методических пособий для психологов и педагогов образовательных учреждений по проблемам ранней помощи детям с отклонениями в развитии (методическое обеспечение).

Все это позволяет более полно реализовать основную цель специального образования — обеспечить условия для эффективного преодоления или коррекции отклонений в развитии особого ребенка, что позволит ему в дальнейшем вести образ жизни, максимально приближенный к нормальному.

Практическая психология в ДОУ

Кругликова А.Ю.,

канд. психол. наук, МДОУ ЦРР – д/с «Здоровый ребенок»,
г. Таганрог Ростовской обл.

Практическая психология как самостоятельная область теории и практики в российском научном пространстве существует чуть более 20 лет и успешно развивается в различных социальных сферах. Ее развитие в сфере образования привело:

- к определению ценностных ориентиров и методологических принципов (детоцентризм, гуманизация, личностная направленность, развивающее взаимодействие и сотрудничество);
- оформлению в общих чертах концепции психологической службы в школе и дошкольных учреждениях;
- разработке концепции психологического сопровождения ребенка в учреждениях образования;
- накоплению арсенала психологических традиционных и инновационных методик и технологий [1, 4, 6—8, 10].

Современная практическая психология в образовании, основываясь на фундаментальных положениях отечественной психологии о закономерностях психического развития и формирования личности, индивидуальности в онтогенезе, освоила большое количество успешных стратегий работы, способных оказывать влияние на процес-

сы обучения и воспитания детей, как одаренных, так и «трудных». Во многом это касается организации межличностных отношений, которые в практической психологии, по К. Роджерсу, могут быть определены как помогающие (фасилитирующие) отношения, когда «по крайней мере, одна из сторон намеревается способствовать другой стороне в личностном росте, развитии, лучшей жизнедеятельности, в умении ладить с другими людьми» [5]. Стороной, ответственной за такие отношения в образовательных учреждениях, является взрослый (воспитатель, учитель, психолог). Однако процессы личностного роста касаются обеих сторон. В результате помогающих отношений другой (и ребенок и взрослый) становится более целостной и гармоничной личностью, способной выразить себя и лучше понимать и принимать других людей. Получает творческое развитие внутренний мир человека (и ребенка и взрослого), раскрываются и реализуются имеющиеся у него потенциальные возможности.

В качестве взрослого, ответственного за помогающие развитие ребенка отношения, выступают и родители. Семья признается ведущими психологами и педаго-

гами не просто как важнейший элемент развивающей социокультурной среды, но как активный субъект образовательной системы, в которую включен ребенок. Анализ психологической проблематики консультирования семей дошкольников по вопросам развития, воспитания, поведения дает возможность увидеть тесную связь трудностей детей с трудностями их родителей. Проблема ребенка — это всегда проблема семьи, семейных и прежде всего детско-родительских отношений. Односторонняя работа психолога с ребенком, имеющим психологические трудности, как правило, не дает устойчивых результатов без помощи и участия семьи в процессе оказания ребенку психологической помощи.

Практика показывает, что у педагогов и родителей существуют психологические трудности в установлении между собой доверительного и полноценного контакта в интересах ребенка. Определенные трудности испытывают ДОУ в организации активных форм работы с родителями, семьей в целом, в выборе дифференцированного подхода к родителям в зависимости от их личностных особенностей и семейных обстоятельств.

На наш взгляд, в условиях общественного воспитания дошкольников инициатором и образцом помогающих отношений должны стать педагоги ДОУ. Поэтому актуальной задачей любого педагогического коллектива становится обеспечение таких психологических условий, при которых родители,

да и семья в целом, смогли бы почувствовать себя полноправным субъектом образовательного процесса, а не объектом педагогических рекомендаций, советов, часто малодифференцированных и неконкретных. Опытный педагог-психолог ДОУ при поддержке руководства может и должен стать тем связующим звеном, которое обеспечивает эффективное сотрудничество в триаде субъектов образовательного процесса «педагоги — дети — родители».

По этому пути строится сотрудничество детского сада и семьи в МДОУ д/с «Здоровый ребенок». *Цель профессиональной деятельности психолога* — оказание психологической помощи всем субъектам образовательного процесса: детям, родителям, педагогам, поиск оптимальных стратегий развития, воспитания и личностного роста детей и взрослых. Основой профессиональной деятельности психолога являются следующие *принципы*:

1) признание способности к росту и развитию всех субъектов образовательного процесса;

2) равноправие и партнерство детей, педагогов и родителей, постоянная обратная связь между ними;

3) системный подход к проблемам ребенка и его семьи, привлечение родителей к активному участию в коррекционно-образовательном процессе;

4) взаимопроникновение психологических, обучающих, психотерапевтических и педагогических технологий в инновационном режиме на основе сочетания

групповых и индивидуальных форм и методов работы.

Основными направлениями работы психолога МДОУ являются:

- выявление детей (и семей) «группы риска» и оказание им адресной дифференцированной помощи за счет интеграции усилий и взаимодействия специалистов и семьи;
- обеспечение состояния эмоционально положительного комфорта у детей как основы раскрытия интеллектуального и эмоционально-творческого потенциала;
- социально-психологическое исследование педагогического и родительского коллективов и организация им практико-ориентированной помощи;
- экспериментальное изучение влияния методов системы семейной групповой логопсихотерапии на организацию сотрудничества детей, родителей и педагогов.

Инновационный подход к организации психологической работы в нашем ДОУ состоит в том, что планомерная и систематическая работа психолога с педагогическим и родительским коллективом выступает как средство косвенной опосредованной психокоррекции многих межличностных проблем в детском коллективе, индивидуальных проблем у разных детей и проблем взаимоотношений детского сада и семьи. Для его реализации используются различные технологии практической психологии: организация межличностного ди-

алогического общения и группового взаимодействия; стимуляция и сопровождение личностного роста, техники системной семейной психотерапии, гештальт-технологии; разработаны программы и специфические формы работы.

Достаточно успешно в МДОУ реализуется программа «Система становления и совершенствования профессионального мастерства педагогов в ДОУ», цель которой — обеспечение психолого-педагогических и социальных условий для профессионально-личностного развития педагогов, повышения их квалификации и психологической компетентности. Основными принципами реализации этой программы выступают личностно-ориентированный и индивидуально-дифференцированный подходы. Стратегия и тактика работы определяются на основе модели инновационной деятельности педагогов, концепции методической работы в школе, психологии педагогического труда и принципов личностно-направленной педагогики.

В ходе реализации вышеназванной программы используются разнообразные формы активного обучения педагогов:

- семинар «Психология общения» с практикумом «Основы личностно-ориентированного взаимодействия с детьми»;
- семинары-практикумы «Эффективный педагог», «Игровые технологии коррекции неконструктивного поведения дошкольников»; практикум для педагогов и младших воспитателей «Ока-

- вание психологической помощи ребенку и самому себе»;
- тренинги (актуализации потребности в диалогическом общении, психологической поддержки детей, развития педагогической наблюдательности, позитивных психоэмоциональных состояний);
 - индивидуальное и групповое консультирование педагогов с целью оказания помощи в профессиональных и личностных проблемах по запросам.

Чтобы педагоги осознали латентные проблемы взаимоотношений с родителями и последующей их коррекции используются следующие методы: работа с чувствами, проективное рисование, визуализация ситуаций общения, осмысление проблем через метафору. Материальные результаты групповой и психодиагностической работы (анкеты, опросники, тестовые задания, рисунки, мини-сочинения) становятся содержанием портфолио для каждого педагога, анализ его материалов помогает увидеть динамику позитивных изменений.

На протяжении 10 лет в рамках договора о сотрудничестве МДОУ и Психологического института РАО (Москва) при активном участии психолога организуется процесс социальной реабилитации детей, подростков и взрослых, страдающих заиканием, по системе семейной групповой логопсихотерапии, разработанной доктором психологических наук Н.Л. Карповой на основе методики групповой ло-

гопсихотерапии Ю.Б. Некрасовой [2, 3]. Полученный опыт практической и исследовательской деятельности в этой области убеждает, что использование заложенных в методике технологий способствует осуществлению личностно-ориентированного подхода к психокоррекции различных психофизических нарушений у детей и к работе с его семьей [10]. Эти технологии и формы работы удачно встраиваются в разработанную и реализуемую в ДООУ модель психолого-педагогического сопровождения детей. Указанная модель представляет собой алгоритм комплексной психолого-медико-педагогической работы с детьми и предусматривает взаимодействие субъектов коррекционно-образовательного процесса на всех уровнях: специалисты — воспитатели, воспитатели — родители, родители — специалисты, дети — взрослые.

Основа целенаправленной работы с семьей — системный подход [9]. Начальным звеном является комплексное ее изучение, в результате которого возможно создание социально-психологического портрета отдельной семьи, семей отдельной группы и детского сада в целом. Обработка данных анкетирования родителей и бесед с ними позволяет определять психологические характеристики родителей, их педагогический потенциал, условия воспитания и развития в семье и основные проблемы детско-родительских отношений. Пред-

ставления о семьях и их потребностях складываются через анализ консультирования родителей, позволяющий понять, что многие проблемы семейного воспитания связаны с недостаточным знанием родителями возрастных и индивидуальных особенностей детей, с их неумением выстраивать эффективное развивающее взаимодействие с детьми.

Последние пять лет широко апробируются инновационные личностно-направленные формы работы с родителями. Стали практикой совместные занятия в общем круге с детьми и родителями, содержанием которых являются парные и групповые развивающие игры, задания на внимание, мышление, творчество, взаимодействие. По окончании общей работы с детьми (они переходят к интересной деятельности, организуемой воспитателем) занятие продолжается в форме групповой дискуссии с родителями — обсуждение индивидуальных особенностей детей, которые только что проявились в совместном общении. Часто используются материалы диагностики (рисунки, тесты, анкеты, видеоматериалы), что позволяет активизировать родителей, помочь им осознать проблемы детского развития и детско-родительских отношений.

Указанные совместные занятия с детьми и родителями, групповые консультации, тренинги выступают формами познания семьи психологом и мотивации

семьи к самопознанию. Психологический анализ собственной семьи, ее истории, отношений между ее членами дает возможность родителям осознать ценности своей семьи, рода, обозначить их и транслировать далее своим детям. Например, совместное рисование семейного герба, элементами которого становятся символы семейных принципов, взглядов, традиций, создает новое поле общения и взаимопонимания детей и родителей.

Опыт адаптации идей семейной логопсихотерапии получил распространение в форме психотерапевтических бесед с родителями, построенных на принципах живого диалога. Основное их назначение — дать родителям возможность искренне высказаться о наблевшем, отреагировать на негативные мысли и чувства, услышать мнение других родителей, получить от них помощь и поддержку. Опыт проведения такого рода бесед привел к созданию психологического клуба для родителей «Встречи», позволяющего постепенно от группы к группе формировать осознанное родительство, корректировать запросы родителей, стимулировать их активность в области предложения новых тем консультаций, тренингов, терапевтических занятий. Родительский клуб стимулирует индивидуальные обращения родителей к психологу за советом и помощью.

Содержанием индивидуально-го или семейного консультиро-

вания, с одной стороны, становится совместный с родителями поиск приемов индивидуализации подхода к детям, с другой — не только детско-родительские, но в целом семейные отношения, разногласия между членами семьи по поводу воспитания детей. Показательно, что отдельные родители наших выпускников на протяжении ряда лет продолжают обращаться за психологической помощью в детский сад по поводу проблем детей теперь уже младшего школьного возраста. Изучение спроса на психологические услуги у населения позволило разработать программу «Психологическое консультирование как средство оказания помощи родителям детей, не посещающих детский сад», реализуя ее прежде всего в адрес тех родителей, которые со временем приведут к нам своих детей.

Динамика достижений в области психолого-педагогической работы с педагогическим и родительским коллективами в ДОУ выглядит следующим образом:

- формирование субъектной позиции у педагогов и родителей и активное их участие в коррекционно-развивающем процессе;
- динамика уровня профессионального и родительского саморазвития, снятие психологических барьеров в общении;
- повышение уровня групповой сплоченности педагогического и родительских коллективов в группах;

- повышение психологической компетентности в области общения и сотрудничества с детьми и взрослыми, особенно в проблемных ситуациях;
- обретение профессиональной и родительской уверенности во взаимодействии с детьми;
- успешная личностно-творческая самореализация родителей и педагогов.

Литература

1. Битянова М.Р. Организация психологической работы в школе. М., 2000.
2. Карпова Н.Л. Основы личностно-направленной логопсихотерапии. М, 2003.
3. Некрасова Ю.Б. Психологические основы процесса социореабилитации заикающихся. Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 1992.
4. Практическая психология образования / Под ред. И.В. Дубровиной. М., 2000.
5. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека / Пер. с англ. М., 2001.
6. Скрипкина Т.П., Гуляниц Э.К. Психологическая служба в детских дошкольных учреждениях разных типов. Ростов н/Д., 1993.
7. Степанова М.А. Практическая психология образования: противоречия, парадоксы, перспективы // Вопросы психологии. 2004. № 4.
8. Фридман Л.М. О концепции школьной психологической службы // Вопросы психологии. 2001. № 1.
9. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. СПб., 2002.
10. Шипицына Л.М. и др. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста. СПб., 2005.

Взаимодействие педагогического и медицинского персонала при оказании помощи детям с нарушениями зрения

Дружинина Л.А.,

канд. пед. наук, доцент, Челябинский государственный педагогический университет, г. Челябинск

Один из путей совершенствования специального образования — решение проблемы воспитания и обучения с целью создания условий для реализации индивидуальных возможностей детей с нарушениями зрения.

Индивидуализацию мы рассматриваем с позиций структурной организации, включающей процесс изучения состояния зрения, здоровья, индивидуальных особенностей и возможностей ребенка, а также процесса введения его в систему коррекционно-компенсаторной помощи на пути преодоления недостаточности психофизического развития. В этой связи придается большое значение взаимосвязи лечебно-восстановительной и коррекционно-развивающей работы, а значит, соотносению деятельности педагогических и медицинских специалистов в оказании помо-

щи дошкольникам с нарушениями зрения.

Коллектив ДОУ № 138 для детей с нарушениями зрения г. Челябинска уже 18 лет работает в данном направлении. Штатным расписанием предусмотрено по 0,5 ставки офтальмолога, педиатра и психоневролога. Администрация ДОУ 2 раза в год на договорной основе приглашает гастроэнтеролога, кардиолога, ортопеда для осмотра детей. Остановимся на основных результатах проделанной работы.

Ребенок поступает в детский сад по направлению психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК). Медицинскими специалистами изучаются анамнез, состояние зрения и здоровья, как два составляющих компонента структуры первичного дефекта. Приведем пример результатов комплексного обследования

детей старшего дошкольного возраста с нарушениями зрения.

Патологию зрительного анализатора имеют 100% детей группы — это слабовидение, гиперметропия разной степени, миопия, астигматизм, врожденные аномалии, косоглазие и амблиопия. В 68% случаев отмечаются расстройства нервно-психического здоровья — последствия раннего органического поражения ЦНС с различными синдромами (неврозоподобным, астеническим, невротическим, гипердинамическим и др.). В 72% — наблюдаются изменения со стороны желудочно-кишечного тракта (дисбактериоз, дискинезия желчевыводящих путей, пищевая и лекарственная аллергия). В 22% случаев страдает сердечно-сосудистая система, самое распространенное нарушение — вегето-сосудистая дистония. Нарушения опорно-двигательного аппарата (сколиоз, плоскостопие, нарушения осанки) зафиксированы в 98% случаев.

На основании осмотра офтальмолога педагога и психолога определяют ребенка в дифференцированные подгруппы по состоянию зрения (слепые, слабовидящие, с косоглазием и амблиопией). Данные врача офтальмолога соотносятся с данными о состоянии здоровья ребенка других медицинских специалистов (психоневролога, гастроэнтеролога, кардиолога, ортопеда,

педиатра) для определения прогноза возможного восстановления здоровья. На психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) рассматриваются состояние остаточного зрения, сохраненных функций, наличие соматических заболеваний, группа здоровья, а затем формы, виды и содержание медицинской помощи на основе учета функциональных возможностей организма (зрительные возможности, работоспособность, соматический и психоневрологический статус). Такая работа позволяет определить показания и противопоказания для организации психолого-педагогического изучения ребенка и планировать основные коррекционные мероприятия. Медицинские и педагогические специалисты разрабатывают содержание и формы медико-психолого-педагогической помощи на принципах их взаимообусловленности и взаимосвязанности.

Врач-офтальмолог рекомендует:

- определить рабочее место ребенка на занятии согласно остроте зрения и угла косоглазия;
- учитывать, чтобы свет падал с левой стороны и не был слепящим;
- дозированные зрительные нагрузки, размеры дидактических пособий, на которых должны быть четкие изображения основных цветов и оттенков;

- разрешать ребенку во время занятий подходить ближе к объекту или демонстрационному материалу для лучшего его рассмотрения;
- проводить на всех занятиях гимнастику для снятия зрительного утомления и физические паузы по методике, согласованной с врачом-офтальмологом;
- предоставлять ребенку отдых после лечения на офтальмологических аппаратах.

В соответствии с рекомендациями Л.И. Плаксиной (1985, 1999), детей, которые проходят плеоптическое лечение, направленное на повышение остроты зрения, необходимо учить нанизывать бусы разного размера на нитки разной толщины, работать с контурными изображениями, учиться обводить их через кальку, выкладывать рисунки из мозаики разного размера. Эти упражнения сочетают в себе задачи развития и активизации зрения с коррекцией зрительного восприятия.

В период ортоптического лечения, направленного на исправление косоглазия и выработку фузии, воспитатели проводят занятия на совмещение двух изображений, составление из частей целого предмета, игры в бильярд, с мячом и кеглями.

В помощь ребенку на бытовых предметах можно сделать картинки большего размера, чем у других детей, окантовать их — так

ребенку будет легче найти свой шкаф, кровать, полотенце. Каждая ступенька лестницы, по которой ребенок поднимается в группу, должна быть окантована разным цветом с тыльной стороны. Рекомендуется в индивидуальном порядке познакомить ребенка с расположением предметов в группе и на участке детского сада.

По результатам осмотра психоневролога сформировано несколько подгрупп детей. Для детей, страдающих нервно-психическими заболеваниями, были организованы лечение и распорядок дня сообразно их особенностям. Медицинские специалисты дают информацию педагогам о клинической картине имеющихся синдромов, рассказывают о неблагоприятных, имеющихся у ребенка.

Остановимся на рекомендациях по педагогической коррекции в работе с детьми, страдающими **нервно-психическими расстройствами**.

1. Создание определенных условий:

- в детском саду создать обстановку, приближенную к домашней;
- чередовать виды деятельности, не допуская переутомления;
- четко определить образовательную и лечебную нагрузку для ребенка;
- продумать для занятий индивидуальные задания с частой их сменой;

- ограждать от стрессовых ситуаций в детском саду и дома;
- не оставлять одного в незнакомой обстановке;
- исключить психотравмирующую ситуацию (строго предупредить родителей).

2. Оказание помощи:

- постоянная поддержка в виде поощрения со стороны педагогов;
- закаливающие процедуры;
- занятия лечебной физкультурой и ритмикой;
- занятия в театральном кружке;
- отвлекающие мероприятия по преодолению плаксивости и капризности;
- работа с психологом;
- проведение психогимнастики.

3. Методика работы:

- не разговаривать с ребенком громко, все вопросы решать в спокойной, доброжелательной форме;
- полноценно отвечать на вопросы ребенка, ориентируя его в неизвестном.

4. Задачи:

- воспитывать уверенность в себе;
- формировать желание доводить начатое дело до конца.

Необходимо отметить, что при каждом синдроме существуют индивидуальные рекомендации по работе с ребенком.

Неврозоподобный синдром:

- обратить особое внимание на сервировку стола и подачу

пищи, привлекать ребенка к сервировке (предложить разложить хлеб в хлебницу, предварительно понюхав и потрогав его);

- вызвать чувство голода перед приемом пищи с помощью сохранных анализаторов, провести экскурсию на кухню, обговорить с ребятами меню, попросить угадать по запаху, что приготовил повар;
- во время дневного засыпания побыть рядом с ребенком, успокаивая его, спеть колыбельную или включить спокойную музыку.

Астеноневротический синдром:

- создать условия в период адаптации после длительной болезни, продумывая пребывание близких людей в группе;
- организовать отвлекающие и переключающие занятия по сглаживанию патологических проявлений (слез, обид, тоски и т.д.).

Гипердинамический синдром:

- снять гиперактивность ребенка, создавая условия для спокойных занятий и игр;
- приобщать к занятиям физкультурой и спортом с применением игр малой подвижности и релаксационными упражнениями;
- в подвижных играх упражнять детей подчинению цели игры;
- учиться понимать и действовать сообразно правилам: «нельзя» и «надо» (В.И. Гарбузов, 1996);

- создавать релаксационные условия при отходе к дневному сну;
- чаще привлекать к выполнению трудовых поручений.

Эпилептиформный синдром:

- в моменты возбуждения и двигательных бурь создавать обстановку эмоционального покоя;
- в период апатии и безразличия к окружающим стимулировать ребенка к участию в играх и занятиях;
- следить за соответствием нагрузки, чередованием отдыха и труда для профилактики судорожных пароксизмов.

Церебростенический синдром:

- сочетать задачи по развитию зрительного восприятия и ориентировке в пространстве с упражнениями двигательного характера, не допуская как перегрузок на зрение, так и общих интеллектуальных перегрузок;
- предупреждать утомление, давая отдых во время занятий;
- упражнять память, используя предметно-практические формы организации жизнедеятельности ребенка;
- упражнения для развития мелкой моторики сочетать с развитием целенаправленных умственных усилий на достижение результата.

Гидроцефальный синдром:

- избегать длительного пребывания на солнце, организуя игры в тени;

- исключить упражнения с перегрузками на качелях, каруселях с кружением.

Незнание педагогами и родителями характеристики синдромов и их своеобразия проявлений у детей с косоглазием и амблиопией может привести:

- к ухудшению состояния здоровья ребенка (усиление симптомов болезни);
- возникновению психотравм;
- обострению негативных черт характера (становится более упрямым, обидчивым и агрессивным);
- увеличению конфликтных ситуаций, которые могут иметь затяжной характер.

Необходима соответствующая работа с родителями:

- консультации психолога и беседы с психиатром для снятия напряжения у родителей, связанного с неуверенностью в результатах лечения детей;
- беседы о снятии патологических нервно-психических проявлений у ребенка;
- убеждение в важности благоприятного микроклимата в семье как первого требования и необходимости для стабилизации здоровья ребенка;
- знакомство родителей с индивидуальными планами коррекционной работы с ребенком, продолжение ее в домашних условиях;
- убеждение родителей в необходимости системного лечения

и важности исполнения рекомендаций врача психоневролога;

— встречи родителей с психоневрологом и педагогами.

Было обнаружено, что наряду с психоневрологическими расстройствами у детей имеются заболевания желудочно-кишечного тракта, требующие внимания не только со стороны врачей, но и педагогов. Поэтому педагогов знакомят с клиническими проявлениями болезней органов пищеварения, назначенным медикаментозным лечением и рекомендациями для организации жизнедеятельности детей.

Педагогическая коррекция включает ряд медицинских рекомендаций:

- профилактика переутомления детей;
- охрана ребенка от стрессовых ситуаций;
- щадящие и закаливающие мероприятия;
- просветительская работа с родителями;
- системный контроль врача-гастроэнтеролога за назначением и лечением;
- обеспечение рационального питания для каждого ребенка с учетом состояния здоровья;
- достаточное пребывание на свежем воздухе.

Дети с вегетососудистой дистонией наблюдаются врачом-кардиологом постоянно, ежегодно проводится электрокардиография,

назначаются общеукрепляющие, седативные препараты, закаливающие процедуры и лечебная физкультура. Педагоги обеспечивают соответствующий распорядок занятий, труда и отдыха в течение всего дня.

При нарушении опорно-двигательного аппарата врач-ортопед и инструктор по физической культуре предлагают соответствующие рекомендации для работы с детьми, имеющими нарушения осанки:

- установить правильное освещение рабочего места;
- следить за рабочей позой во время сидения, чаще давать задания работать стоя, лежа;
- дозировать нагрузки на позвоночник;
- использовать ровную жесткую постель без подушки;
- проводить подвижные игры с упражнениями для позвоночника, массаж спины, стопы и голени;
- организовать ходьбу босиком по различным поверхностям, массирующим стопу;
- заниматься специальной лечебной физкультурой.

Для детей с разными видами нарушения осанки разработаны комплексы коррекционных упражнений. Длительность проведения каждого комплекса составляет не менее 1—1,5 мес., в зависимости от тяжести нарушения осанки и задач коррекции, а также запущенности данного

состояния и деформированности костно-мышечной системы, для исправления которой требуется длительное и систематическое лечение. При этом специалист по лечебной физкультуре проводит занятия с детьми с учетом рекомендаций других медицинских специалистов (например, гастроэнтеролога — для детей с дискинезией желчевыводящих путей, кардиолога — для детей с вегетососудистой дистонией), где дети выполняют упражнения специальной направленности.

Таким образом, коррекционно-развивающая работа планируется с учетом медицинских показаний, а лечебно-восстановительные процедуры включены в распорядок дня детей (см. таблицу).

Педагогическим и медицинским специалистам при оказании помощи детям с нарушениями зрения рекомендуют:

- учитывать особенности (общие, специфические, индивидуальные) развития;
- осуществлять комплексный (клинико-физиологический, психолого-педагогический) подход к диагностике и коррекционной помощи детям с нарушением зрения;
- создавать офтальмогигиенические условия в групповых комнатах и лечебных кабинетах и специальный распорядок жизни, лечения, воспитания и обучения детей с учетом их интересов и потребностей.

В программе обозначена конечная цель пребывания ребенка в детском саду — стабилизация всего хода психофизического развития для успешной интеграции его в общеобразовательную школу и общество сверстников.

Согласно программе, тифлопедагог проводит занятия по развитию зрительного восприятия, ориентировке в пространстве и социально-бытовой, сочетая задачи коррекционно-педагогической работы с рекомендациями медицинских специалистов.

Для организации подгрупповой и индивидуальной работы тифлопедагог проводит психолого-педагогическое изучение ребенка, отмечает особенности его физического и психического развития, заполняет карту развития ребенка, определяет основные направления коррекционной работы для конкретного ребенка. Выполнение назначений разных медицинских специалистов организовано и контролируется в детском саду педиатром. Таким образом, при систематическом выполнении назначений есть возможность предполагать благоприятный прогноз восстановления общего здоровья.

Задача тифлопедагога состоит в том, чтобы приблизить к детям содержание программ воспитания и обучения в детском саду соответственно их возможностям на принципах поэтапного введения ребенка в ту или иную образова-

Таблица

Расписание лечебных и профилактических процедур

Процедура, мероприятие	Частота	Кто проводит	Время
1	2	3	4
Лечение на офтальмологических аппаратах	Ежедневно	Офтальмолог, медсестра, ортоптист	15.00—18.00 — средняя группа; 7.40—9.40 — старшая группа; 10.00—12.00 — подготовительная к школе группа
Проверка остроты зрения	1 раз в 10 дней	— // —	— // —
Массаж	По назначению	Массажист	— // —
Закаливающие процедуры	Ежедневно (после дневного сна)	Инструктор ЛФК	— // —
Фитотерапия, кисломолочный бифидумбактерин	Курс, ежедневно за 1,5 ч до обеда	Врач-педиатр	— // —
Витаминизация, кислородный коктейль, ингаляции	Весенний и осенний периоды	Врач-педиатр, медсестра	— // —
Психотерапия	Ежедневно	Врач-психоневролог	12.30 — средняя группа; 12.45 — старшая группа; 13.00 — подготовительная к школе группа
Углубленный медицинский осмотр	1 раз в 3 мес.	Гастроэнтеролог, кардиолог, ортопед, психиатр	— // —
Антропометрия	2 раза в год	Врач-педиатр, медсестра	— // —
Консультации для родителей	Еженедельно	Офтальмолог	Четверг с 15.00 до 18.00

Окончание табл.

1	2	3	4
Консультации для родителей	Ежедневно	Педиатр	Среда с 15.00 до 18.00
		Психиатр	Пятница с 15.00 до 18.00
		Гастроэнтеролог	Вторник с 15.00 до 18.00
		Ортопед, кардиолог	1 раз в 3 мес.
Посещение занятий детей	Ежемесячно	Офтальмолог	1 раз в мес. в каждой возрастной группе
		Психиатр	2 раза в мес. в каждой возрастной группе

тельную область, а также с учетом состояния его зрения и здоровья.

Рассмотрим порядок оформления результатов обследования и рекомендаций медицинских и педагогических специалистов на примере одного из воспитанников. Такая документация используется для каждого ребенка, что помогает четко организовать работу и проводить мониторинг его продвижения.

Имя, фамилия, год рождения: Лёня Б., 2003 г.р.

Анамнез. Мальчик от шестой беременности (медицинские аборты, выкидыш, угроза прерывания в результате обострения пиелонефрита), во второй половине беременности — внутриутробная гипоксия плода. Срочные роды. Вес при рождении 2700 г, рост 47 см. К груди приложен на шестые сутки, грудное вскармливание

до трех месяцев. Диагноз в роддоме: внутриутробная гипоксия, асфиксия, энцефалопатия. В первые 10 дней жизни выявили нарушения зрения. До года в анамнезе задержка: психического развития церебрально-органического генеза, в развитии локомоторных функций, речевого развития. Сидеть, ползать и ходить стал позднее нормально видящих сверстников. Речь появилась после 2 лет.

Краткая психолого-педагогическая характеристика. Мальчик начал посещать детский сад, когда ему исполнилось 4 года. Первые полгода не вступал в контакт с детьми и взрослыми. Со сверстниками не играл, находился рядом с ними, пытался выполнять элементарные игровые действия, но только один. Во время обеда, если не хотел кушать, ничего не говорил, просто сидел за столом.

Соматически ослаблен. В силу состояния нервно-психического здоровья и состояния зрения испытывает большие трудности во время посещения занятий. По общей инструкции задания на занятиях не выполняет. Необходимо конкретно обращаться к ребенку, все требования проговаривать индивидуально. Может долго сидеть на месте, активности не проявляет. На просьбы педагога отзывается, молча выполняет сказанное. От любого вида деятельности быстро утомляется. В усвоении основной программы отстает от сверстников.

Без желания посещает занятия музыкой и ритмикой. Однако Лёне нравятся занятия по физической культуре, особенно игры с бегом, мячом и кеглями. На физкультурных занятиях в силу состояния здоровья не может принимать активного участия, часто кружится голова и ребенок знает, что это может закончиться потерей сознания, он сразу садится на стульчик и ждет, когда стабилизируется общее состояние. Может долго заниматься построшкой из кубиков, крупным конструктором, выполнять задания по тифлографии.

Засыпает медленно, сон беспокойный. Аппетит снижен, отказывается кушать в детском саду. Часто отмечается понижение настроения, может быть иногда раздражительным. Если наруша-

ется распорядок дня, соматовегетативные проявления могут усиливаться.

Данные медицинских специалистов и их рекомендации

Офтальмолог

Диагноз. Аниридия (отсутствие радужки). Нистагм смешанного характера. Слабовидение. Атрофия дисков зрительного нерва слева. Частичная атрофия зрительного нерва справа. Гипоплазия макулярной зоны обоих глаз. Гиперметропия средней степени OD, слабой степени OS. Подозрение на глаукому. Vis OD = 0,2; OS = 0,2.

Рекомендации и прогноз. Офтальмологические процедуры невозможны в первые дни пребывания ребенка. Необходима его постепенная подготовка. Постоянное ношение очков, магнитотерапия раз в полгода, курс лечения 8 сеансов; амблиотренер, 20 сеансов; цветотерапия (желто-зеленый фильтр), 10 сеансов; лазеростимуляция; иллюзион; компьютерные игры со вспышками по программе «Амблио». Плеоптоление отменено по противопоказаниям невролога. Витаминотерапия. Освещение максимальное. Посадка — первый ряд, центр, объекты крупных угловых размеров с окантовкой. Цветовая гамма яркая, насыщенная по тону. Использовать все возможности для сохранения имеющегося зрения.

Психоневролог

Диагноз. Эписиндром (судороги при повышении температуры тела). Задержка психического развития церебрально-органического генеза. Задержка речевого развития.

Рекомендации и прогноз. Провести медикаментозное лечение, включающее ноотропы, при необходимости — нейролептики, витаминотерапия. Первые месяцы рекомендовано только кратковременное пребывание в группе. Создавать обстановку эмоционального покоя. Стимулировать желание заниматься и участвовать в играх с детьми. Строгое чередование труда и отдыха.

Гастроэнтеролог

Диагноз. Дисбактериоз кишечника, анемия, пищевая аллергия, atopический дерматит.

Рекомендации и прогноз. Витамины В₁₅ и В₅, бифидумбактерин. Обеспечить рациональное питание с учетом заболевания (молочно-растительная диета), курс лечения минеральной водой. Достаточное пребывание на свежем воздухе. Занятия общей и лечебной физкультурой.

Кардиолог

Диагноз. Вегетососудистая дистония.

Рекомендации и прогноз. Постоянное наблюдение, 1 раз в год — электрокардиограмма. Общеукрепляющая терапия, курсы успокоительной терапии (валериана), щадящие закали-

вающие процедуры, лечебная физкультура.

Хирург

Диагноз. Пупочная грыжа.

Рекомендации и прогноз. При стабилизации общего состояния здоровья показана операция.

Ортопед

Диагноз. Нарушение осанки, плоскостопие.

Рекомендации и прогноз. В первые два месяца пребывания в детском саду рекомендованы занятия лечебной физкультурой индивидуально с постепенным введением в малую подгруппу для детей с нарушением осанки. Провести курс общего массажа. При необходимости повторить. Следить за правильной осанкой во время выполнения работы, сидя за столом. Дозировать физическую нагрузку на позвоночник. Желательно приготовить жесткую постель без подушки.

Педиатр

Диагноз. IV группа здоровья.

Рекомендации и прогноз. Распорядок дня индивидуальный. Закаливание — воздушные ванны. Прогулки на свежем воздухе 2 раза в день. По мере улучшения состояния здоровья можно привлекать ребенка к индивидуальным занятиям.

**Данные педагогов
и их рекомендации****Тифлопедагог**

Восприятие объектов замедленное, фрагментарное, носит не-

точный характер. Не соотносит цвета с реальными объектами, эталоны формы с формой предметов. Испытывает трудности при определении насыщенности цвета, оттенков, светлоты, величины предметов. Отмечается недостаточность зрительно-двигательной ориентации. Путает правую и левую стороны, затрудняется в обозначении пространственного расположения частей тела, овладении пространственными терминами. Предметы не классифицирует, обобщающими понятиями не владеет. Зрительное восприятие и внимание нарушены. Предметные действия выполняет с помощью педагога. Испытывает сложности в усвоении программного материала. В подгрупповом занятии не проявляет инициативы.

Организация и основные направления работы. После прохождения ребенком курсов медицинского лечения можно постепенно начинать коррекционные занятия, при этом:

- укреплять и охранять здоровье ребенка;
- создавать офтальмогигиенические условия для пребывания ребенка в группе;
- учитывать состояние зрения и здоровья воспитанника при подготовке и проведении занятий;
- постепенно включать ребенка в различные виды деятельности;

- формировать умение сосредоточить внимание на предметах и явлениях социокультурной предметно-пространственной развивающей среды;
- вовлекать ребенка в дидактические игры, посредством которых развивать сенсорную сферу;
- дозировать содержание заданий, согласно уровню познавательных возможностей ребенка;
- подбирать посильные и интересные задания;
- сопровождать ребенка на подгрупповых общеобразовательных занятиях, в первую очередь на музыкальном и физкультурном, затем на всех других;
- к концу года ежедневно проводить по два индивидуальных коррекционных занятия;
- включать в образовательный процесс родителей.

Психолог

Эмоции проявляет редко. Затруднено общение со взрослыми и сверстниками, сторонится их. В игры с детьми не включается. Отмечаются трудности адаптации. Занял позицию наблюдателя. В психофизическом развитии отстает от сверстников.

Организация и основные направления работы:

- проводить индивидуальные занятия с психологом по коррекции эмоциональной сферы;

- использовать упражнения и этюды, способствующие развитию общения;
- вовлекать ребенка в посильные для него игры и мероприятия;
- способствовать формированию положительных эмоций.

Логопед

Задержка речевого развития.

Организация и основные направления работы. Индивидуальные занятия 3 раза в неделю по развитию всех структурных компонентов языка.

Воспитатель

Культурно-гигиенические и навыки самообслуживания сформированы недостаточно. Нужна помощь взрослого. Не приобретены навыки опрятности (дневной энурез). Позднее других включается в режимные моменты. На общеобразовательных занятиях только присутствует, не проявляя активности.

Организация и основные направления работы:

- привлекать ребенка к выполнению отдельных поручений с обязательным контролем и похвалой при поддержке взрослого;
 - совершенствовать культурно-гигиенические навыки;
 - во время проведения занятий рекомендуется частая смена видов деятельности;
 - необходимо внимательно следить за состоянием ребенка, при утомлении дать возможность отдохнуть или прекратить занятие вообще;
 - после каждого сеанса лечебных процедур в офтальмологическом кабинете предоставить возможность ребенку отдохнуть;
 - привлекать к хозяйственно-бытовому труду, учить сопряженно с действиями взрослого выполнять элементарные поручения;
 - формировать трудовые умения и навыки, воспитывать трудолюбие;
 - воспитывать интерес к жизни и деятельности сверстников и взрослых;
 - развивать интерес к различным играм;
 - в работе руководствоваться программой воспитания и обучения для специальных (коррекционных) учреждений IV вида под редакцией Л.И. Плаксиной.
- Опыт работы челябинских педагогов и медицинских работников убеждает в том, что индивидуализация коррекционной медико-психолого-педагогической помощи оказывает положительное влияние на весь ход психофизического развития ребенка, создает возможность преодоления социальной депривации, способствует восстановлению зрения и здоровья и позволяет решить проблемы трудностей его социальной адаптации и интеграции детей с нарушениями зрения.

Современная методика подбора очков

Новиков С.А.,

д-р мед. наук, Научно-исследовательский испытательный центр (медико-биологической защиты) Государственного научно-исследовательского испытательного института военной медицины, Санкт-Петербург

Офтальмология переживает период интенсивного технического перевооружения. В большинстве офтальмологических учреждений страны рутинные методы исследования постепенно замещаются компьютеризированными, высокочувствительными и информативными. Методики, которые врачи изучали при обучении в вузе, такие как зеркальная офтальмоскопия, скиаскопия, подбор очков на основании субъективных показаний пациента и т.д., во многом устарели и не способны обеспечить адекватное решение диагностических задач.

Современные офтальмологические диагностические приборы позволяют быстро и точно определить параметры оптической системы глаза и провести функциональные тесты, однако врачи-педиатры, как правило, не в полной мере владеют информацией о современных тестах, гарантирующих правильный подбор корректирующего средства и высокое качество зрения в готовом изделии. К сожалению, в неспециализированной литературе отсутствует изложение алгоритма действий специалиста в работе с пациентом-дошкольником, нуждающимся в оптическом средстве коррекции зрения, что не способствует своевременному направлению родителей таких пациентов к офтальмологу.

Педагоги и родители должны быть уверены, что в детской поликлинике будет проведено качественное обследование маленького пациента, ведь для этого здесь имеется необходимый набор современного оборудования: проектор знаков, автокераторефрактометр, щелевая лампа, фороптер, электроофтальмоскоп, набор пробных очковых линз. В недалекой перспективе к этому перечню приборов прибавится электронный индикатор внутриглазного давления и корнеотопограф, позволяющий прогнозировать возможность безопасного применения

АКТУАЛЬНО



контактных линз с учетом топографических особенностей роговицы пациентов с высоким риском возникновения осложнений, а также эндотелиальный микроскоп, при помощи которого можно оценивать самые начальные признаки декомпенсации роговицы при развитии хронического гипоксического стресса.

Методы обследования пациентов, нуждающихся в коррекции зрения

Визометрия. Офтальмологическое обследование пациента традиционно начинается с определения остроты зрения вдаль без коррекции отдельно для правого и левого глаза, затем в старых корригирующих очках (если они имеются). Тестобъекты надо демонстрировать по одному, начиная с самых крупных знаков и продвигаясь по вертикали вниз, для чего в пульте управления проектора знаков имеется специальная опция. Такая система демонстрации зрительных стимулов не утомляет пациента и помогает ускорить этот этап обследования.

Если при чтении допущена ошибка, можно проверить чтение всей строки из другой серии тестобъектов. Различные группы тестов имеют разные угловые размеры между элементами фигур (наиболее трудны для узнавания цифры с эллипсоидными контурами, такие как 3, 6, 8, 9), поэтому в сомнительных случаях рекомендуется пользоваться тестом с буквой Ш — угловые размеры между элементами этой

буквы одинаковы вне зависимости от ее ориентации в пространстве. Для маленьких детей, не умеющих читать, предусмотрены специальные оптоотипы в виде узнаваемых картинок, угловые размеры составляющих деталей изображений которых соответствуют стандартным оптоотипам.

Рефрактометрия. Оптическую силу линз, которыми ранее пользовался пациент, измеряют при помощи диоптриметра. Полученные данные обсуждаются с родителями пациента (где и когда проводил обследование, в каком салоне изготовлены очки, чем они не удовлетворяют сейчас). Далее проводится авторефрактометрия. Помните о санитарно-гигиенических правилах и роли внешней эстетичности этапов обследования. Следует обработать подбородочный (если нет разовых салфеток) и лобный упоры дезинфицирующим средством. Те же действия производятся с лицевым упором щелевой лампы и со съемными пластмассовыми накладками фороптера.

Фороптометрия. В соответствии с полученными при помощи рефрактометра результатами устанавливаем на фороптере сферу, цилиндр, ось, расстояние между центрами зрачков. Моделируем положение фороптера строго горизонтально, максимально близко к роговице пациента и с учетом особенностей его лица. Определяем остроту зрения правого глаза с коррекцией. Проводим дуохромный тест, позволяющий

точно определить оптическую силу сферического компонента коррекции.

При наличии у пациента астигматизма необходимо сначала предъявить ему лучистую фигуру. При помощи этого теста определяют основные оси астигматизма и приблизительно подбирают силу и ось цилиндра для его коррекции (при отсутствии данных авторефрактометрии).

Чтобы быть уверенными в правильности цилиндрического компонента коррекции как по силе, так и по направлению оси, необходимо проводить силовую и осевую пробу с кроссцилиндрами. В фороптере имеется встроенный тест с кроссцилиндрами. Лучший тест-объект для проведения уточняющих проб — тест с точками в центре.

Оценка бинокулярной переносимости подобранных линз. Для подобной оценки переходим к проведению тестов, основанных на разделении полей зрения правого и левого глаза. Различают три основных вида бинокулярного равновесия:

- аккомодационное равновесие, выявляемое при помощи дуохромного теста;
- фория, измеряемая при помощи фиксационной диспаратности;
- изейконическое (размерное) равновесие, исследуемое при помощи тестов с разделенным квадратом.

Для уточнения аккомодационного баланса обращаются к тесту «Строки с буквами». Необходимо

добиться, чтобы буквы читались одинаково хорошо и были одинаково контрастны во всех строках теста. С дошкольниками, не умеющими читать, нужно говорить о контрасте или ощущении черного, а не просить читать буквы. Между строками должны быть равные промежутки. Среднюю строчку испытуемый видит двумя глазами. Необходимо добиться, чтобы контраст в верхней и нижней строках был одинаковым.

Вертикальная и горизонтальная фория исследуется при помощи теста Геринга, а для качественной оценки стереоскопического зрения необходим стереотест. Тест Уорса служит для оценки характера зрения. При помощи этого теста при установке перед правым глазом красного фильтра, а перед левым глазом — зеленого можно выявить наличие бинокулярного, монокулярного и одновременного зрения, а также вертикальной фории. Ведущий (доминирующий) глаз определяется при помощи точечного теста и экрана с отверстием в центре. Определение ведущего глаза у взрослых пациентов необходимо для того, чтобы решить, какой глаз корректируется полностью вдаль при моновизуальной коррекции пресбиопии, а у детей — как дополнительный диагностический метод при различной патологии органа зрения, в том числе при наличии амблиопии (функциональной неполноценности сетчатки).

Измерение межзрачкового расстояния. Следующий этап офтальмологического обследования —

определение расстояния между центрами зрачков Dpr (от лат. *distantia pupillorum*, часто применяется также сокращение DP), с учетом которого мастер-оптик рассчитывает расстояние между оптическими центрами линз (РЦЛ) в очковой оправе. Расстояние между центрами зрачков определяется автоматически во время авторефрактометрии. Затем оно проверяется при помощи электронного измерителя межзрачкового расстояния (Digital PD Meter). При наличии расхождения результатов можно уточнить эту величину при помощи специальной измерительной линейки.

Пробные очки. Теперь можно перейти к формированию в пробной оправе модели будущих очков. Носовой упор и заушники обрабатываются дезинфицирующим раствором. Центры держателей линз регулируются в соответствии с полученными при пупиллометрии данными (устанавливается расстояние между центрами линз). Пробную оправу подгоняют к лицу таким образом, чтобы линза была максимально приближена к роговице; носовой упор располагают так, чтобы зрачок был в центре пробной линзы; пантоскопический угол должен быть таким, чтобы плоскость линз была отклонена от перпендикуляра к полу не более чем на 12°. В таких пробных очках пациенту предоставляют возможность адаптироваться и внести поправки в рецепт в соответствии со своими субъективными ощущениями.

Для врача одна из болевых точек — обсуждение с родителями пациента вопроса о том, насколько подобранные очки могут отрицательно повлиять на дальнейшее прогрессирование аномалии рефракции, или о том, что для профилактики аметропии надо уменьшить оптическую силу линз и понизить остроту зрения и тем самым заставить глаз «работать». Этих людей трудно убедить в существовании иных воззрений на полноту оптической коррекции зрения: сведения о прогрессировании аметропии в условиях коррекции зрения очками и контактными линзами весьма противоречивы и нерепрезентативны.

За рубежом принято в случае коррекции зрения вдалеку учитывать возможность повышения остроты зрения, частотноконтрастной чувствительности даже при использовании цилиндров и сфер силы 0,25 дптр. Согласно опросу пользователей корректирующих средств за рубежом, они стремятся получить в очках или контактных линзах максимально возможную остроту зрения. Если родители пациента имеют иную точку зрения, надо уступить, поскольку разрушение сформировавшихся у них ошибочных взглядов — более болезненный процесс, нежели неполная коррекция зрения ребенка и искусственное затуманивание зрительной коры.

Информирование родителей пациента. После выписки рецепта следует поговорить с родителями пациента о материалах для изготов-

ления очковых линз, их свойствах, преимуществах и недостатках, о покрытиях, окрашивании, поляризационных и фотохромных фильтрах. Эта информация должна иметь медико-технический, а не коммерческий уклон. Можно рассказать о самых последних достижениях ведущих фирм — изготовителей очковых линз и доступности этих изделий в России. В заключение необходимо получить одобрение пациента и его родителей выбранного корректирующего средства.

Алгоритм обследования пациента, нуждающегося в подборе очков

1. Приветствие, выяснение причин визита, заполнение бумажной и электронной регистрационной карты.

2. Анализ жалоб, сбор анамнеза (история использования очков, где и когда были подобраны, фирма-производитель, марка и тип линз, материал, покрытие, дизайн, соответствие визуальным потребностям, комфорт, специальные требования к зрительным функциям в связи с особенностями образа жизни).

3. Определение остроты зрения без коррекции и с используемыми ее средствами.

4. Изучение параметров очковых линз (диоптриметр).

5. Авторефрактокератометрия (авторефрактокератометр).

6. Биомикроскопия (щелевая лампа).

7. Офтальмоскопия (электроофтальмоскоп).

8. Измерение межцентрового расстояния (Digital PD 15 Meter PD5).

9. Фороптометрия (дуохромный и поляризационный тесты, силовая и осевая пробы с кроссцилиндрами, тесты для определения величины аддидации).

10. Полная коррекция аметропии в пробной оправе с использованием даже незначительных цилиндрических линз. Адаптация к пробным очкам (прогулка в пробной оправе по торговому залу, чтение текста в пробных очках в течение 5—7 мин, игра на компьютере).

11. В случае удовлетворенности пациента и его родителей пробными очками — выписка рецепта (если разница с предыдущими очками составляет более 0,75 дптр для сферы, 0,50 дптр для цилиндра, 10° для оси, 0,75 дптр для аддидации, необходимо обсудить это с родителями пациента и получить их согласие на новые параметры линз).

12. Беседа с родителями пациента о современных принципах коррекции зрения, технологиях, новых материалах для очковых линз, защитных покрытиях, ведущих фирмах-изготовителях оптических изделий, поляризационных, солнцезащитных линзах и линзах для снятия зрительной усталости, квазиинформационных и других очках, напоминание о необходимости проходить ежегодное обследование.

13. Составление индивидуальной программы динамического на-

блюдения за первичными пациентами.

14. Оформление дисконтной карты, информация о системе накопительных скидок и существующих поощрительных программах, выдача рекламной продукции, выписка квитанции и сопровождение пациента к продавцу-консультанту.

15. При необходимости обследования в условиях медикамен-

тозного мидриаза или циклоплегии — инстилляций 0,5% или 1% раствора мидриацила.

16. При выявлении симптомов заболеваний, требующих дополнительного обследования, консервативного или оперативного лечения, — обязательная рекомендация пациенту обратиться в специализированное офтальмологическое учреждение.

.....

**Издательство «ТЦ Сфера»
представляет книги серии «Здоровый малыш»**

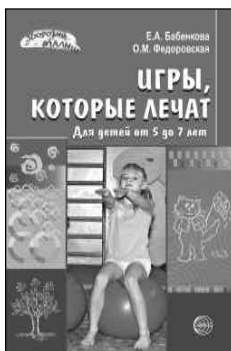


ИГРЫ, КОТОРЫЕ ЛЕЧАТ

Для детей от 3 до 5 лет

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

В пособии представлены различные виды игр и физических упражнений, направленные на профилактику заболеваний и проведение оздоровительной работы с детьми 3—5 лет. Особое внимание уделено организации подвижных игр на свежем воздухе, а также занятиям с детьми, имеющими отклонения в развитии психики, дыхательной системы, опорно-двигательного аппарата. Материал можно использовать как в обычных ДОУ, так и в детских садах компенсирующего вида.



ИГРЫ, КОТОРЫЕ ЛЕЧАТ

Для детей от 5 до 7 лет

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

В данном методическом пособии приводятся описания критериев оценки физического и психического здоровья детей старшего дошкольного возраста, разнообразных упражнений и оздоровляющих подвижных игр. Игры и упражнения классифицированы в соответствии с состоянием здоровья, уровнем физического развития ребенка и режимом дня (видом занятий и нагрузкой) и охватывают все разновидности игровой деятельности детей: от простейшей гимнастики до активного отдыха вместе с родителями.

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, 107-59-15 или заказать в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru Не забудьте разборчиво написать свой **индекс** и **обратный адрес.**

Исследование готовности детей к обучению в школе

Нефёдов П.В.,

д-р мед. наук, профессор;

Школьная Л.Р.,

канд. мед. наук, доцент;

Кутумова С.Л.,

*канд. мед. наук Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар*

Один из важнейших факторов, влияющих на здоровье детей в ДОУ и их готовность к обучению в школе, — организация образовательного процесса и содержание обучения. В современных условиях система образования характеризуется значительной вариативностью обучающих программ. Как показали гигиенические исследования [2], реализация большинства из них сопровождается интенсификацией учебного процесса, увеличением суммарной учебной нагрузки, снижением физической активности, формированием устойчивых нарушений режима дня.

В начале учебно-воспитательного года для определения уровня развития школьно-необходимых функций у воспитанников подготовительных групп проводят диагностику функциональной готовности к обучению в школе (педиатр, психолог) [4].

По данным исследований Г.Г. Онищенко, количество детей

в возрасте 6—7 лет, не готовых к систематическому обучению, превышает 32% [3]. У таких детей возникают трудности в освоении учебной программы, отмечается ухудшение состояния здоровья.

При определении степени готовности детей к обучению в школе («школьная зрелость») используют следующие медицинские критерии.

1. Уровень биологического развития, т.е. соответствие биологического возраста паспортному (физическое развитие нормальное; погодная прибавка длины тела у мальчиков 6—7 лет составляет 4—6 см, у девочек — 4—5 см; постоянных зубов у мальчиков 2—5 и более, у девочек — 2—6 и более).

2. Уровень резистентности (по острой заболеваемости за прошлый год).

3. Состояние здоровья в момент осмотра.

4. Результаты психофизиологического обследования по тесту Керна—Ирасека.

5. Исследование качества звукопроизношения.

6. Результаты выполнения нометрического теста «вырезание круга».

Психофизиологическое обследование для определения функциональной готовности детей к поступлению в школу необходимо проводить в начале учебно-воспитательного года у воспитанников подготовительных групп, а повторное обследование у детей, функционально не готовых к обучению, — непосредственно перед поступлением в школу.

Цель обследования — выявление отставания в развитии школьно-необходимых функций: моторики, аналитических и синтетических функций коры головного мозга (тест Керна—Ирасека) и речи (качество звукопроизношения).

Определение степени «школьной зрелости» по тесту Керна—Ирасека может проводиться индивидуально или одновременно у группы из 10—15 детей. Остальные исследования осуществляются с каждым ребенком отдельно в специально отведенном помещении.

Тест Керна—Ирасека (ориентировочный тест «школьной зрелости»)

Ребенку (или группе детей из 10—15 чел.) дается чистый лист нелинованной бумаги. В правом верхнем углу листа исследователь указывает имя, фамилию, возраст

ребенка, № детского сада и дату исследования. Под рабочий лист подкладывается лист плотной бумаги. Карандаш кладется перед ребенком так, чтобы ему было одинаково удобно взять его правой или левой рукой.

Тест состоит из трех заданий: 1) рисунок человека; 2) срисовывание короткой фразы из трех слов («Он ел суп»); 3) срисовывание группы точек.

Лицевая сторона листа отводится для выполнения первого задания.

К *первому заданию* дается следующая инструкция: «Здесь (*каждому показывается где*) нарисуй какого-нибудь мужчину (дядю) так, как умеешь». Дальнейшее объяснение, помощь или предупреждение по поводу ошибок и недостатков рисунка запрещается. На любой встречный вопрос ребенка нужно отвечать: «Рисуй так, как ты умеешь». Разрешается ребенка подбодрить, если он не может начать работу, следующим образом: «Видишь, как ты хорошо начал. Рисуй дальше». На вопрос, можно ли рисовать «тетю», необходимо объяснить, что все дети рисуют «дядю», поэтому и он (она) должен рисовать «дядю». Если же ребенок начал рисовать женскую фигуру, можно разрешить ему ее дорисовать, а затем попросить, чтобы он рядом нарисовал мужскую фигуру. После того как ребенок закончит рисунок, рабочий лист переворачива-

ется. Обратная сторона его делится горизонтальной линией примерно пополам (это можно сделать заранее).

Для выполнения второго задания необходимо приготовить 5–10 карточек размером примерно 7 (8)×13 (14) см, на которых от руки пишется фраза: «Он ел суп». Вертикальный размер букв — 1 см, заглавной — 1,5 см (рис. 1). Карточка с фразой кладется перед ребенком, чуть выше рабочего листа.

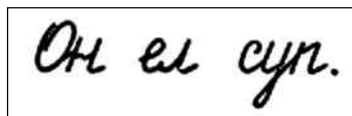


Рис. 1. Короткая фраза

Задание второе формулируется следующим образом: «Посмотри, здесь что-то написано. Ты еще не умеешь писать, поэтому попробуй нарисовать. Хорошенько посмотри, как это написано, и в верхней части листа (показать где) напиши так же». Если кто-нибудь из детей не рассчитает длину строки, а третье слово у него не будет помещаться на строке, нужно ребенку подсказать, что его можно написать ниже или выше.

Карточки указанного выше размера следует приготовить и для выполнения третьего задания. На них изображается группа точек (рис. 2). Расстояние между точками по вертикали и горизонтали — 1 см, диаметр точек — 2 мм.

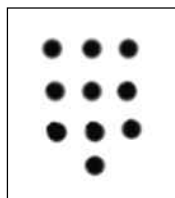


Рис. 2. Группа точек

После выполнения ребенком второго задания первая карточка у него отбирается и на ее место кладется вторая (с точками) таким образом, чтобы острый угол пятиугольника, образованного точками, был направлен вниз, как на рис. 2.

К *третьему заданию* дается следующая инструкция: «Здесь нарисованы точки. Попробуй сам (сама) нарисовать такие же в нижней части листа» (показать где).

Оценка результатов

Каждое задание оценивается баллами от 1 (наилучшая оценка) до 5 (наихудшая оценка).

Примерные критерии оценки каждого задания по пятибалльной системе показаны на рисунках 2–4 (1 балл — наилучшая оценка, 5 баллов — наихудшая).

Задание 1. Рисунок человека (рис. 3).

1 балл — у нарисованной фигуры должны быть голова, туловище, конечности. Голову с туловищем соединяет шея (она должна быть не больше, чем туловище). На голове необходимы волосы (возможна шапка или шляпа), уши; на лице — глаза, нос,



Рис. 3. Рисунок человека

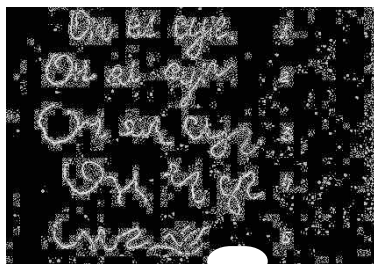


Рис. 4. Срисовывание текста

рот. Верхние конечности заканчиваются рукой с пятью пальцами. Признаки мужской одежды.

2 балла — выполнение всех требований, как при оценке в 1 балл. Возможны три отсутствующие части: шея, волосы, один палец руки, но не должна отсутствовать какая-нибудь часть лица.

3 балла — у фигуры на рисунке должны быть голова, туловище, конечности. Руки и ноги должны быть нарисованы двумя линиями. Отсутствуют шея, уши, волосы, одежда, пальцы на руках.

4 балла — примитивный рисунок головы с конечностями. Конечности (достаточно лишь одной пары) изображены одной линией.

5 баллов — отсутствует ясное изображение туловища и конечностей. Каракули.

Задание 2. Срисовывание написанного текста (рис. 4).

1 балл — срисованную ребенком фразу можно прочесть. Буквы не более чем в 2 раза больше образца. Буквы образуют три слова. Строка отклонена от прямой линии не более чем на 30° .

2 балла — предложение можно прочесть. Буквы по величине близки к образцу, их стройность необязательна.

3 балла — буквы должны быть разделены не менее чем на две группы. Можно прочесть хотя бы 4 буквы.

4 балла — с образцом схожи хотя бы две буквы. Вся группа имеет еще видимость письма.

5 баллов — каракули.

Задание 3. Срисовывание группы точек (рис. 5).

1 балл — точное воспроизведение образца. Нарисованы точки, а не кружки. Соблюдена симметрия фигуры по горизонтали и вертикали. Может быть любое уменьшение фигуры, увеличение же возможно не больше чем в половину.

2 балла — возможно незначительное нарушение симметрии: одна точка может выходить за рамки столбца или строчки. Допустимо изображение кружков вместо точек.

3 балла — группа точек грубо похожа на образец. Возможно нарушение симметрии всей фигу-

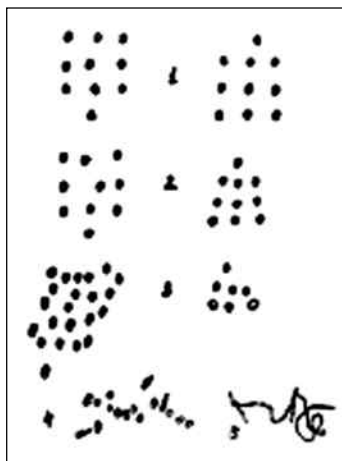


Рис. 5. Срисовывание группы точек

ры. Сохраняется подобие пятиугольника, повернутого вверх или вниз вершиной. Возможно меньшее или большее количество точек (не менее 7, но не более 20).

4 балла — точки расположены кучно, их группа может напоминать любую геометрическую фигуру. Величина и количество точек не существенно. Другие изображения, например линии, не допустимы.

5 баллов — каракули.

Сумма выполнения отдельных заданий представляет общий результат исследования.

Исследование качества звукопроизношения

(наличие или отсутствие дефектов звукопроизношения)

Для определения качества звукопроизношения (чистоты речи) ребенку предлагается по картин-

кам перечислить последовательно вслух предметы, в названии которых встречаются звуки, относящиеся к группам:

1) сонорных — [р] — твердый и мягкий, [л] — твердый и мягкий;

2) свистящих — [с] — твердый и мягкий, [з] — твердое и мягкое;

3) шипящих — [ж], [ш], [ч], [щ].

Картинки или рисунки подбираются таким образом, чтобы каждый из перечисленных звуков встречался в начале, середине и конце слова, например:

рак — ведро — топор; река — гриб — фонарь; лопата — белка — стул; лейка — олень — соль;

самолет — бусы — колос; сито — гуси — лось; заяц — коза — воз; зима — газета — витязь;

цапля — яйцо — огурец; жук — лыжи — нож; шишка — кошка — мышь; чайка — бабочка — ключ; щетка — ящерица — плащ.

Это примерный набор слов. Можно любое из них заменить на другое, в котором встречается нужная буква, однако принцип подбора слов должен быть сохранен. Для удобства картинки или рисунки можно наклеить в тетрадь или детский альбом для рисования.

При проведении исследований фиксируются все дефекты в произношении звуков, имеющих у данного ребенка.

Наличие дефектов в произношении хотя бы одного из исследуемых звуков указывает на не-

выполнение задания (обозначается знаком «—»).

На основании результатов психофизиологического обследования ребенок считается *не готовым* к школьному обучению, если получает в сумме 9 и более баллов за выполнение теста Керна—Ирасека и имеет дефект звукопроизношения.

Для коррекции обнаруженных отклонений в развитии школьно-необходимых функций рекомендуются:

- упражнения для развития мелких мышц кисти, лепка, вышивание, рисование, игровые занятия с конструктором, состоящим из мелких деталей, и т.п. (осуществляется воспитателем детского сада или родителями);
- занятия по устранению дефектов звукопроизношения (проводятся логопедом).

Монометрический тест «Вырезание круга»

Ребенок получает карточку из плотного ватмана, на котором изображена фигура, состоящая из 7 концентрических кругов с одной утолщенной в центре линией (рис. 6). Диаметры: внешний круг — 5,5 см, внутренний — 4 см, утолщенный (в центре) — 4,5 см. Затем ему дают разработанные, соответствующие руке ножницы и предлагают вырезать круг по середине утолщенной линии.

Время начала работы фиксируется после того, как ребенок разрезал карточку до утолщенной

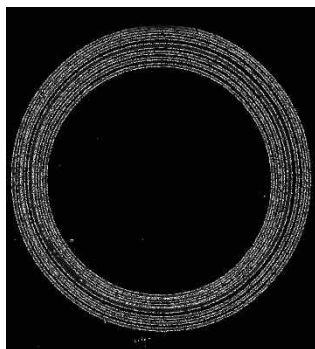


Рис. 6. Монометрический тест

линии. Работа должна быть выполнена за 1 мин, в течение которой вырезается не менее $\frac{8}{9}$ части круга. В ходе работы допускается перерезать 2 раза одну тонкую линию или 1 раз — две тонкие линии. Ребенку предоставляются две попытки.

Тест считается невыполненным при превышении времени вырезания (более минуты) и при большом количестве ошибок.

Готовыми к обучению в школе считаются дети, биологический возраст которых соответствует паспортному, имеющие хорошую резистентность, без дефектов произношения, а по итогам проведенных исследований получившие от 2 до 5 баллов за выполнение теста Керна—Ирасека и выполнившие монометрический тест.

Для детей, функционально не готовых к обучению, следует составлять индивидуальный план медико-коррекционных мероприятий, включающих лечебно-оздоровительные процедуры, за-

нения с логопедом, развитие общей и мелкой моторики, даются рекомендации родителям. Результаты проведенной работы оцениваются повторно перед поступлением ребенка в школу.

Особого внимания для решения вопроса об их готовности к обучению требуют дети, имеющие существенные нарушения здоровья и посещающие специальные коррекционные ДОУ или группы компенсирующего пребывания в ДОУ.

Так, проведенные исследования «школьной зрелости» слабослышащих и глухих детей 6-летнего возраста показали достаточно высокую прогностическую ценность раннего выявления затруднений в успешном усвоении программы ДОУ каждым отдельным ребенком по предложенным тестам (тесты Керна—Ирасека и монометрический). Определение уровня «школьной зрелости» у детей с нарушением слуха не включало изучения чистоты речи. Детям, не справившимся с заданиями (55%), были предложены дополнительные занятия в течение года по конкретной программе для каждого ребенка: физические упражнения для развития точных координационных движений кисти рук, работа с сурдопедагогом, логопедом, дополнительные занятия, проводимые родителями по рекомендации педиатра. Проведенная целенаправленная работа позволила

большинству этих детей получить заключение о функциональной готовности для обучения в школе. Детям с оценкой «не готов к обучению» было рекомендовано или повторное обучение в ДОУ, или определение в диагностический (нулевой) класс при коррекционной школе [1].

Рекомендуется экспериментальная программа физического воспитания по принципу сюжетно-ролевой игры с использованием развивающих коррекционных упражнений и психолого-педагогическим сопровождением.

Литература

1. Кутумова Н.Б. Гигиеническая оценка обучения, воспитания и состояния здоровья учащихся с нарушением слуха: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ростов н/Д., 2007.
2. Кучма В.Р., Вишневецкая Т.Ю., Макарова А.Ю. Влияние современных форм организации физического воспитания на состояние здоровья детей дошкольного возраста // Гигиена и санитария. 2006. № 3.
3. Онищенко Г.Г. Санитарно-эпидемиологическое благополучие детей и подростков: состояние и пути решения проблемы // Гигиена и санитария. 2007. № 4.
4. Определение функциональной готовности детей 6-летнего возраста к поступлению в школу и организация учебных занятий и режима продленного дня в первых классах общеобразовательной школы: метод. рекомендации. М., 1985.

О деятельности сестринского персонала в детском учреждении

Плаксин В.А.,
канд. мед. наук, доцент;

Плаклина Н.Ю.,
ассистент, Северный государственный медицинский университет;

Алексеева М.Г.,
медицинская сестра, Городская клиническая больница № 7,
г. Архангельск

Медицинские работники, находящиеся среди детей, всегда должны учитывать психологические особенности ребенка, его переживания, чувства. При общении с детьми медсестра испытывает эмоциональное напряжение, иногда вызываемое гиперактивным поведением детей, их капризами, необоснованными требованиями. В этих случаях она должна сохранять спокойствие, не поддаваться сиюминутным настроениям, уметь подавлять раздражительность и излишнюю эмоциональность [1].

Цель исследования — оценка качества работы сестринского персонала с точки зрения педагогического персонала. Было проведено анкетирование педагогов, работающих в ГОУ «Детский дом» г. Архангельска. В анкетировании приняли участие только воспитатели — 20 чел. Нас интересовала их оценка деятельности медицинской службы.

Большинство опрошенных педагогов имеют вторую квалификационную категорию, 30% — первую (см. таблицу).

Таблица

Педагогическая квалификация респондентов

Квалификационная категория	Количество	
	Абсолютное, чел.	Относительное, %
Высшая	3	15
Первая	6	30
Вторая	11	55
Без категории	1	5

Педагогический персонал имеет большой опыт работы с детьми в интернатных учреждениях, знает особенности подхода к ним и может оценить работу сестринского персонала именно с позиции создания психологически комфортной среды в учреждении. Эффективность работы педагогов зависит от того, насколько плодотворно развивается его сотрудничество с сестринским персоналом. Эти отношения должны строиться на партнерской основе, а не быть конкурирующими. Регулярные совместные встречи помогают не быть конкурирующими, выработать общую линию поведения по отношению к конкретному ребенку и совместно решить текущие проблемы, касающиеся детей.

На вопрос: «Всегда ли медсестры относятся к детям доброжелательно?» — 76% опрошенных ответили «да», 24% — «нет».

При анкетировании выяснилось, что в 83% случаев медсестры обращаются к детям по имени, в остальных 17% — по фамилии. При общении с детьми не используют обращений «мальчик», «девочка» и др. Но для создания наиболее благоприятной психологической обстановки необходимо обращаться к ребенку исключительно по имени. Недопустимо разделение детей на «хороших» и «плохих», а тем более выделять «любимчиков».

Одна из важнейших обязанностей медсестры — выявлять за-

болевших детей в группах и своевременно оказывать им помощь или изолировать, чтобы не допустить распространения заболевания. В 100% случаев, по мнению воспитателей, заболевшие дети быстро выявляются. Это говорит о высокой квалификации медсестер, умении распознать начальные симптомы заболеваний.

На вопрос: «Качественно ли проводится в группах контроль санитарно-гигиенического режима?» — также 100% опрошенных ответили, что «да». Систематически осуществляется контроль за санитарно-гигиеническим состоянием детского дома и пищеблока, наличием дезинфицирующих растворов.

При возникновении инфекционного заболевания выполняются все карантинные мероприятия: — ранняя изоляция заболевших; — соблюдение противоэпидемических мероприятий; — проведение профилактических прививок по эпидемическим показаниям; — инструктаж технического персонала и педагогов.

Проводится регулярная работа по гигиеническому воспитанию, направленная на профилактику гриппа, ОРВИ, инфекционных и паразитарных заболеваний, имеется методический материал для оформления наглядной агитации.

Все опрошенные подтвердили, что медсестры всегда учитывают отношение ребенка к процедуре

и проводят психологическую подготовку к манипуляциям (прививкам, осмотру и др.). Если ребенок отрицательно относится к процедурам, медсестра разъясняет необходимость проведения вмешательства, сообщает, для чего это нужно, всегда побудет с ним до ее окончания. Это также отметили все опрошенные воспитатели.

Респондентам предложили расположить функции медсестры по их значимости. На первое место большинство опрошенных поставили профилактическую работу. Практически 60% педагогов считают, что это основное и необходимое направление в деятельности сестринского персонала. Далее по мере убывания стоят противоэпидемическая работа, контроль и организация питания. Это связано с тем, что соблюдение санитарно-противоэпидемического режима — залог здоровья воспитанников. На четвертом месте по важности — лечебная работа. Из-за недостаточного финансирования лекарственный запас ограничен и часто применяются физио- и фитотерапия. На пятом месте по значимости стоит работа по гигиеническому воспитанию. Несмотря на то что постоянно имеется обновляемый информационный бюллетень, сестринский персонал беседует индивидуально с детьми по их проблемам, для воспитателей, к сожалению, эта форма работы

находится на одном из последних мест. Административную работу воспитатели поставили на последнее место, хотя она очень значима. Этот элемент работы медсестер педагогам не заметен, поэтому и не оценен ими.

Три четверти опрошенных уверены, что медсестра нужна в детском доме круглосуточно. Ее помощь незаменима, особенно в период эпидемий, при появлении экстренных проблем у детей. Все воспитатели отметили недостаточный уровень снабжения медикаментами в последние годы.

Результаты анкетирования выявили, что педагогический персонал высоко оценивает профессионализм и качество работы сестринского персонала, но только видимую ее часть. Организация, индивидуальная работа по гигиеническому воспитанию остаются вне поля зрения педагогов.

Наряду с такими важными разделами работы, как профилактика, лечение, контроль, организация, гигиеническое воспитание, медсестра должна помогать педагогам рационально структурировать режим дня ребенка, организовывать бодрствование, сон, игровую деятельность.

Одна из главных причин нарушения поведения детей — неправильная организация бодрствования. Нужно методически верно руководить детьми. Необходимо достаточное количество

разнообразных игрушек, соответствующих возрасту детей; их надо правильно хранить, располагать. В комнате должно быть место для подвижной деятельности и отдыха, возможность изолировать детей друг от друга (в другом помещении или в огороженном месте игровой комнаты). Важно учить детей играть, правильно использовать игрушки. Чрезмерно громкий разговор взрослых, преобладание гремящих, инерционных, металлических игрушек и других предметов обихода нарушает игру детей, утомляет и возбуждает их [4]. Нарушению поведения способствуют нерациональное освещение, пестрая или мрачная окраска стен, мебели и ее несоответствие возрастным физиологическим особенностям детей, неправильное и нерегулярное проветривание, слишком высокая или низкая температура воздуха в игровых и спальнях помещениях, несоответствующая одежда и обувь.

Большую часть времени дети проводят в помещении группы, поэтому необходим строгий медицинский контроль за условиями их бодрствования. Использование всего помещения для детей, по возможности приближение условий жизни к домашним, создание в каком-либо помещении дома ребенка «домашней комнаты», игра, труд детей рядом с педагогом — все это помогает формировать поведение. Однако

самое главное средство — индивидуальное общение воспитателя с ребенком, ласковые слова, разговор. Это снимает напряжение, замкнутость, создает благоприятную основу для развития.

Удельный вес занятий в режиме дня мал, но их значение очень велико, так как они проводятся систематически и целенаправленно. Чтобы игры носили развивающий характер, не утомляли ребенка, педагогам периодически напоминаются следующие принципы:

- нельзя заниматься подолгу одними и теми же играми или упражнениями;
- необходимо стремиться разнообразить занятие с малышом интересными приемами, новыми игрушками;
- игра, с одной стороны, должна быть достаточно трудной, чтобы малышу было интересно, а с другой — достаточно легкой, чтобы он видел результаты своей деятельности;
- не все игры надо планировать заранее, детей часто увлекает экспромт, различные приключения, неожиданность;
- игры почти всегда важнее игрушек, так как в качестве последних можно использовать почти любые предметы;
- игрушки и пособия для игр можно делать вместе с детьми, посвящая их в «тайнство» превращения одних предметов в другие;

— для стимулирования наблюдательности, расширения круга представлений ребенка, нужно широко использовать прогулки [2].

Личность медсестры, методы и стиль работы, умение обращаться с пациентами, владение техникой психологической работы — все это может служить лекарством, оказывать исцеляющее действие.

Принято выделять несколько вариантов представлений воспитанников об образе «идеального» медицинского работника [3].

1. *Сопереживающий и недирективный*: добрый, отзывчивый, терпеливый, склонный к глубокому сочувствию и состраданию, вызывающий у больного полное доверие и открытость, способный все терпеливо выслушать и с пониманием отнестись к самым необычным заявлениям пациента.

2. *Сопереживающий и директивный*: ему свойственно проникнуть в душу пациента, понять суть его переживаний, но несмотря на склонность к сочувствию он будет действовать непреклонно и сможет заставить пациента следовать его указаниям. Своей чуткостью, отзывчивостью и в то же время твердостью, строгостью он вызывает доверие и уважение.

3. *Эмоционально-нейтральный и директивный*: ему свойственны твердые убеждения, целеустремленность, умение внести ясность в дело и довести его до опреде-

ленного конца. По отношению к больным он внимателен, сдержан, вызывает доверие к себе своей уверенностью, волей и спокойствием, а умением убеждать и внушать он оказывает сильное влияние на пациента.

Итак, мы перечислили наиболее важные профессиональные и личностные качества сестринского персонала. Самым оптимальным, по классификации В.А. Ташлыкова, является образ сопереживающего, но директивного работника. При общении в таком стиле дети чувствуют со стороны медсестры заботу и участие и в то же время настойчивость и выполняют все ее рекомендации.

Литература

1. Журба Л.Н., Мاستюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. М., 1981.
2. Орел В.И. Современные аспекты формирования здоровья детей и меры по его сохранению и укреплению // Социальные и организационные проблемы педиатрии. М., 2003.
3. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л., 1984.
4. Чуканова Т.В. Деятельность старших медицинских сестер по обеспечению соблюдения этических и деонтологических принципов в работе сестринского персонала в педиатрических отделениях // Главная медицинская сестра. 2003. № 3.

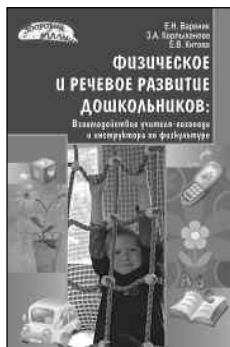
ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ НОВЫЕ КНИГИ

ФИЗИЧЕСКОЕ И РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ДОШКОЛЬНИКОВ Взаимодействие учителя-логопеда и инструктора по физкультуре

Авторы — Вареник Е.Н., Корныханова 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 комплекс закаливающих процедур из опыта работы МОУ «Прогимназия № 117» учителя физкультуры Г.В. Барановой. Информация, представленная в приложениях, позволяет вести физкультурно-оздоровительную работу с детьми по всем возможным направлениям.



ФИГУРНОЕ ПЛАВАНИЕ В ДЕТСКОМ САДУ

Авторы — Маханева 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!*

2010
1-е полугодие

	Индекс в каталоге	
	«Роспечать»	«Пресса России»
Комплект «Управление ДОУ» с приложением и журналами «Методист ДОУ», «Инструктор по физкультуре», «Медработник ДОУ».	36804	39757
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

В следующем номере!

Тренинг по проблемам оздоровительного питания в ДОУ

Восстановительное лечение при врожденной патологии тазобедренных суставов у детей

Коклюш — успехи вакцинации и современные тенденции заболеваемости

Отношение девочек старшего дошкольного возраста к родителям

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
2009, № 8

**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. Дегтева, 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

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 06.11.09. Формат 60×90¹/₁₆

Усл. печ. л. 8. Тираж 6500 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», 2009

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2009

© Т.В. Цветкова, 2009

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.

