

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№3/2018

ПСИХОНЕВРОТИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ
ДЕТЕЙ 0—6 ЛЕТ

ОРГАНИЧЕСКОЕ
ПОРАЖЕНИЕ
ГОЛОВНОГО МОЗГА
У ДЕТЕЙ

ТЕХНОЛОГИЯ
BRAINPORT



ГОСТЬ НОМЕРА:

ВРАЧ ВЫСШЕЙ КАТЕГОРИИ,
НЕВРОЛОГ, РЕАБИЛИТОЛОГ
ОЛЕГ ИГОРЕВИЧ
СТРАХОВ

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА:

МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ



МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Подписные индексы в каталогах:

№ 3/2018

«Роспечать» — 80553, 36804 (в комплекте)

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

«Почта России» — 10399 (в комплекте)



Тема номера

Медико-педагогическая реабилитация

Содержание

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Дружиловская О.В. Комплексная реабилитация детей 5

ГОСТЬ НОМЕРА

Страхов О.И. Природные источники здоровья 6

Гигиена

ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

Караваева Л.Г. Влияние динамических пауз на здоровье детей 16

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Теплякова Л.А., Горюнова Т.А. Ищем секрет здоровья 22

Педиатрия

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Демикова Н.С. Муковисцидоз 28

НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Осипова Ю.В. Органическое поражение головного мозга у детей 33

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Медведева О.В. Взаимодействие врача-онколога
и коррекционного педагога в реабилитации детей
с опухолью головного мозга 37

Федорова М.А. Технология нейрореабилитации BrainPort 44

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ

Коваленко А.А., Лоторевич П.О., Орлова Н.И., Синецкая Т.И.
Система защиты детского организма 53

КОНСУЛЬТАЦИЯ ПЕДИАТРА

<i>Джиганшина Ф.И.</i> Психоневротические особенности развития детей 0—6 лет	59
--	----

Педагогика

РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

<i>Борякова Н.Ю.</i> Показатели отклонений в развитии ребенка раннего возраста	64
--	----

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

<i>Гераськин А.А., Богданов М.А., Орлов И.Ю.</i> Оценка эффективности совместной работы психолога и логопеда в комплексном подходе лечения заикания.....	69
--	----

КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА

<i>Федотова М.В.</i> Формирование рабочих доминант в процессе развития ребенка	77
--	----

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОПИЛКА

<i>Суздальцева Л.В.</i> Речевое развитие младших дошкольников средствами художественной литературы	83
--	----

Актуально!

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РОСТ

<i>Дружиловская О.В., Яцевич А.Д.</i> Междисциплинарная миофункциональная терапия	92
---	----

ЭТО ИНТЕРЕСНО

<i>Романова И.В.</i> О телесном и духовном здоровье в Древней Руси	104
<i>Колягина В.Г.</i> Использование средств искусства в работе педагога.....	106

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?	15, 32, 58
------------------------------	------------

КНИЖНАЯ ПОЛКА	27, 82, 91, 120
----------------------------	-----------------

ПОВЫШАЕМ КВАЛИФИКАЦИЮ	118
------------------------------------	-----

ВЕСТИ ИЗ СЕТИ	124
----------------------------	-----

КАК ПОДПИСАТЬСЯ	127
------------------------------	-----

АНОНС	128
--------------------	-----

Редакционный совет

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

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

Макарова Людмила Викторовна — канд. мед. наук, зав. лабораторией физиолого-гигиенических исследований в образовании ФГБНУ «Институт возрастной физиологии Российской академии образования» (Москва).

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

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

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

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

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

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

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

Редакционная коллегия

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

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

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

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

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

Индекс

ГБОУ «Школа № 224», Москва ... 44	государственный	
ГБОУ «Школа № 1420»,	университет» 106	
Москва 77	КТ ООО «Бауэр СНГ	
ГБПОУ ПК № 10, Москва 104	и Компания», Москва 53	
ГБУЗ «Центр патологии речи и	«Лечебно-реабилитационный	
нейрореабилитации	научный центр «Русское	
Департамента здравоохранения	поле»» ФГБУ «Национальный	
города Москвы», Москва 69	медицинский исследовательский	
ГБУЗ ДГП № 148 ДЗМ, Москва ... 59	центр детской гематологии,	
Департамент здравоохранения	онкологии, иммунологии им.	
города Москвы, Москва 28	Д. Рогачева», дер. Гришенки	
Кафедра анатомии, физиологии и	Чеховского р-на	
клинических основ дефектологии	Московской обл. 37	
ФГБОУ ВО «Московский	МБДОУ ЦРР — д/с «Солнышко»,	
государственный педагогический	г. Котовск Тамбовской обл. 22	
университет», Москва 92	МДОБУ «Русско-кукморский	
Кафедра дошкольной	детский сад «Яблочко»,	
дефектологии и логопедии НОУ	дер. Русский Кукмор,	
ВО «Московский социально-	Республика Марий Эл 16	
педагогический институт»,	Минэнерго России, Москва 53	
Москва 83	ООО «КрепПак Сервис», Москва... 53	
Кафедра логопедии ФГБОУ ВО	Санаторий «Кашин», г. Кашин	
«Московский государственный	Тверской обл. 6	
педагогический университет»,	ФГБОУ ВО «Московский	
Москва 64	педагогический государственный	
Кафедра олигофренопедагогики	университет», Москва 92	
и специальной психологии	Школа скорочтения	
Института детства ФГБОУ ВО	и развития интеллекта IQ007,	
«Московский педагогический	г. Красногорск	
	Московской обл. 53	
<hr/>		
Богданов Михаил	Лоторевич Полина Олеговна 53	
Александрович 69	Медведева Ольга Витальевна ... 37	
Борякова Наталья Юрьевна 64	Орлов Иван Юрьевич 69	
Гераськин Алексей Алексеевич... 69	Орлова Наталья Игоревна 53	
Горюнова	Осипова Юлия Владимировна ... 33	
Татьяна Александровна 22	Романова Ирина Валерьевна... 104	
Демикова Наталья Сергеевна... 28	Синецкая Татьяна Ивановна 53	
Джиганшина Фаина Исаевна 59	Страхов Олег Игоревич 6	
Дружиловская	Суздальцева Лариса	
Ольга Викторовна 92	Владимировна 83	
Караваева	Теплякова Любовь	
Людмила Георгиевна 16	Александровна 22	
Коваленко Александра	Федорова Мария Алексеевна 44	
Александровна 53	Федотова Мария Викторовна 77	
Колягина Виктория	Яцевич	
Геннадьевна 106	Анастасия Дмитриевна 92	

Комплексная реабилитация детей

В настоящее время в Москве представлена широкая сеть учреждений комплексного плана, где дети могут получать медицинскую помощь и одновременно обучаться. Это образовательные организации, школы надобного обучения, психолого-медико-социальные центры, детские санатории. Данная система специальных учреждений государственного и негосударственного образца обеспечивает обучение, воспитание, реабилитацию, социальную адаптацию и интеграцию в общество людей с ОВЗ.

В психолого-медико-социальных центрах решаются вопросы комплексной диагностики, коррекции и реабилитации детей дошкольного и школьного возраста средствами индивидуального дифференцированного подхода на основе интегрирования медицинского, образовательного и социального направлений. Федеральные реабилитационные центры оснащены современным функционально-диагностическим и реабилитационным оборудованием.

Кроме данного вида учреждений существуют детские санатории, на базе которых создана система развернутой медико-психологической реабилитации. Главный врач санатория может устанавливать индивидуальные периоды реабилитации детей в зависимости от состояния и динамики коррекционного процесса.

Детский санаторий — медико-педагогическое учреждение, в котором осуществляется восстановительное лечение, обучение и воспитание детей с различными заболеваниями. Педагогическая работа в таком санатории служит лечебным фактором. Именно здесь появился термин «лечебная педагогика», под которой понимают специальные методы, реализующие лечебные, оздоровительные, психолого-педагогические мероприятия.

Материальная база для проведения комплексной восстановительной терапии предусматривает: обследование детского организма, массаж, электро- и теплолечение, лечебные ванны и души, гало-, ароматерапию, ингаляции, услуги стоматолога.

На страницах этого журнала раскрываются основные подходы к медико-педагогической коррекции и реабилитации функций детского организма.

Главный редактор журнала О.В. Дружиловская

Природные источники здоровья

Страхов Олег Игоревич,

*канд. мед. наук, врач высшей категории, невролог,
реабилитолог, главный врач санатория «Кашин»,
г. Кашин Тверской обл.*

***Олег Игоревич, расскажите
немного о себе.***

С направлением своей врачебной деятельности я определился достаточно быстро. Закончив в 1984 г. Калининский медицинский институт, получил специальность невропатолога. После интернатуры вернулся в родной Кашин, где в течение нескольких лет набирался опыта, работая в районной больнице. Курорт «Кашин» находится в пределах нашего маленького города, уже более ста лет они органично дополняют друг друга. Многие врачи в городе знакомы, помогают друг другу и тесно сотрудничают в повседневной работе.

В 1991 г. мне предложили административную должность в санатории «Кашин», которую можно было совмещать с работой врача. Лечение болезней нервной системы — одно из основных направлений нашей организации. В процессе работы я близко познакомился с методами водо- и грязелечения. Наблюде-

ние за больными убедило меня в высокой эффективности природных факторов и пробудило интерес к их дальнейшему изучению. Заметим, что санаторий предоставляет врачам возможность для оценки отдаленных результатов лечения хронических болезней. Общение с коллегами, участие в российских и международных симпозиумах, подготовка статей в медицинской периодике — все это способствовало укреплению моих познаний. Таким образом, я уже более четверти века занимаюсь неврологией, бальнеологией и медицинской реабилитацией.

***Какое место в современной
медицине занимает лечение
природными факторами, в
частности минеральными во-
дами?***

Минеральные воды — богатство, подаренное нам природой. За многовековую историю медицины человечество придумало немало различных лекарств и методов лечения. Многие из

них сегодня безнадежно устарели или просто забыты. В памяти человечества остается то, что действительно полезно. С полным основанием это можно отнести к минеральным водам, которые и сегодня прочно сохраняют свои позиции в медицине. К сожалению, не все знают об их целебных свойствах и поэтому чаще лечатся дорогостоящими синтетическими препаратами. Люди становятся жертвой телевидения, рекламных акций, считая, что вода — слишком простое средство.

Мы, по мере возможностей, стараемся открыть глаза пациентам, но наиболее убедительны результаты санаторного лечения. Зачастую человек прибегает к нему, как к последнему средству, пройдя специалистов и клиники, и очень удивляется, поняв, насколько сильные средства нам даны. Водолечение по эффективности можно сравнить с терапией травами, хотя и то и другое требует от врача обширных знаний, осторожности и индивидуального подхода. Поэтому специалисты нашего санатория не убеждают больного в пользе такого лечения, а предоставляют ему возможность самостоятельно оценить его результат. Мы просто говорим: «Вам это показано, давайте попробуем...», а дальше дело за природой.

Водолечение, как правило, проводится на курортах, где больные пьют воду непосредственно у источников, в неизменном виде, с сохранением ее основных лечебных свойств. В санатории на пациента благоприятно влияет целый комплекс лечебных факторов: режим, диетическое питание, пребывание на воздухе, активный, эмоционально насыщенный отдых. Питьевые минеральные воды — природные воды, химический состав и физические свойства которых позволяют применять их для лечения и профилактики болезней. Их использование эффективно при заболеваниях органов пищеварения и обмена веществ.

Минеральная вода влияет на весь организм через эндокринную систему и оказывает местное воздействие на органы пищеварения. Прием воды «Кашинская» восстанавливает кислотность в желудке, нормализует работу желчного пузыря, оказывает противовоспалительное действие, снимает спазмы кишечника. Сульфатные воды «разгружают» организм, в частности печень, от токсинов, стимулируют обменные процессы. Минеральные ванны, приготовленные из нашего природного рассола, относятся к группе хлоридно-натриевых бромных. Они обладают противовоспалитель-

ным действием, положительно влияют на обмен веществ, повышают иммунитет и устойчивость к неблагоприятным факторам внешней среды, успокаивают нервную систему. Необходимо подчеркнуть, что самостоятельный, неконтролируемый прием минеральной воды, особенно в период обострения заболевания, может иметь для организма неблагоприятные последствия. Поэтому перед началом лечения необходимо проконсультироваться с врачом. Мы должны предостеречь родителей: лечить ребенка минеральной водой можно только с определенного возраста и под контролем медиков.

Санаторий «Кашин» часто называют курортом. Расскажите, пожалуйста, чем отличаются термины «санаторий» и «курорт».

Курорт (нем. *Kurort*, от *Kur* — лечение и *Ort* — место, местность — лечебное место) — освоенная особо охраняемая территория, располагающая природными лечебными ресурсами и необходимыми объектами инфраструктуры. Санаторием называется медицинское учреждение, в котором в лечебно-профилактических целях используются природные факторы (лечебные грязи, минеральные воды, климат и т.д.). Именно так наше лечебное заведение называлось в течение

ста лет с момента своего основания. А статус санатория ему был присвоен в 1984 г. Сегодня «Кашин» — бальнеогрязевой санаторий круглогодичного действия.

Мы знаем, что Ваш санаторий имеет интересную историю и традиции. Заслуги коллектива были отмечены правительством России. Расскажите об этом.

В 1892 г. Александр III подписал Именной высочайший Указ, признававший общественное значение кашинских минеральных источников. Повелевалось «... принять меры для их охранения от порчи и истощения». А в советское время на знамя санатория «за успехи в области здравоохранения» был прикреплен орден «Знак Почета».

Расскажите, пожалуйста, о кашинском месторождении минеральных вод и лечебных грязей.

Кашинское месторождение минеральных вод — самое известное и наиболее освоенное в Тверской области. Сегодня на территории санатория находятся семь минеральных скважин, работающих в режиме самоизлива, и питьевой бювет. Глубина скважин составляет от 110 до 960 м. У нас имеются питьевые минеральные источники, источник минеральной воды для процедуры полоскания, а также глу-

бинная скважина с природным хлоридно-натриевым бромным рассолом для приготовления минеральных ванн.

Питьевая минеральная вода относится к группе слабощелочных вод, а по ионному составу является сульфатной натриево-магниево-кальциевой. Лечебные грязи (пелоиды) нашего санатория торфяные и добываются на территории Кашинского района. Грязелечение назначается наружно в виде аппликаций, применяется также и внутреннее — в виде тампонов.

В чем особенность кашинских минеральных вод и грязей?

Думаю, что говорить об уникальности наших природных факторов было бы не совсем корректным, поскольку на территории России имеется немало вод с похожим солевым составом. Для примера можно привести «Ессентуки-4», «Краинскую», «Славяновскую» и др. То же относится и к торфяным грязям. Стоит обратить внимание на местоположение нашего санатория — он находится недалеко от столицы и областного центра, дорога сюда не займет много времени, что представляет определенный интерес для москвичей и жителей Подмосковья. Москвичи приезжают к нам отдохнуть от суеты, изнуряющего ритма, подышать свежим

воздухом, привозят детей и пожилых родственников.

Если раньше санаторий «Кашин» был не очень заметен за фасадами здравниц союзного значения, то сегодня, благодаря эффективности природных факторов, он привлекает клиентов, у нас есть постоянные пациенты. Грязи применяются с 1916 г. Мы сохраняем классические методики и сознательно не стремимся к «усовершенствованиям» в целях экономии сырья или коммерции в ущерб качеству лечения. Это пациенты ценят, многие стараются пройти курс лечения у нас каждый год. Вместе с тем, чтобы не вводить читателей в заблуждение, подчеркну, что проблем у нас тоже хватает. Наша давняя мечта — строительство лечебного бассейна, которого у нас пока нет. Здание клуба также требует перестройки, хотелось бы видеть обновленные интерьеры и в лечебном корпусе. Санаторий «Кашин» — здравница «средней руки» и ни на какие «звезды» пока не претендует.

Наш журнал освещает вопросы оздоровления детей дошкольного возраста. С какого возраста возможно применять минеральные воды и грязи? Каковы перспективы у санатория «Кашин» в этом направлении?

Сразу поясню, что санаторий «Кашин» в основном принима-



Санаторий «Кашин»

ет взрослых пациентов. В санаторно-курортной системе еще в советское время сложилось четкое разделение на «детские» и «взрослые» здравницы. В качестве примера можно привести Анапу, Евпаторию и пр. Они традиционно сложились, как всеобщие детские здравницы, где для этого имеются все составляющие: солнце, море, прекрасные пляжи, красивая природа. Плюс к этому необходимая инфраструктура, опытный персонал, организация безопасности и досуга. Результат — излечение болезней органов дыхания и кожи, укрепление иммунитета. В средней полосе и в Подмосковье кое-где

еще сохранились профильные детские санатории для лечения хронических заболеваний, наиболее приспособленные для одновременного приема большого количества дошкольников.

Санаторий «Кашин» располагает эффективными природными факторами, которыми мы, разумеется, не должны обделять наше подрастающее поколение. Важно правильно организовать процесс. Не скажу, что мы этим ранее не занимались. У нас это происходило по системе СОЛ (санаторно-оздоровительный лагерь круглогодичного действия). Признаемся, что в наших условиях этот проект себя не оправдал.

Для приема и размещения детей был выделен отдельный корпус, привлекались педагоги, воспитатели, врачи-педиатры.

Вместе с тем мы не могли прекратить прием взрослых, которые постоянно у нас лечились. К сожалению, совместить эти два потока оказалось нереально, и начинание постепенно сошло на нет. Время, однако, все расставило по своим местам. Детей, в том числе и дошкольного возраста, мы принимаем, но только вместе с родителями по путевкам «Мать и дитя». Такой вариант всех устраивает. Лечатся при этом и дети и взрослые.

Особое внимание нужно уделять детям с двигательными нарушениями или гиперактивностью. Родители должны уделять много внимания ребенку, а на собственное лечение времени уже не остается. Однако они знают своих детей, и к этому вполне готовы. Мы пока не можем предложить родителям специально обученный персонал для работы с дошкольниками в игровых комнатах и анимацию. В сезон все медики обычно заняты на лечебных процедурах. Тем не менее, более половины семей с детьми приезжают к нам регулярно, потому что результаты лечения того стоят. Это касается профильных хронических заболеваний органов движения, желудочно-ки-

шечного тракта, нервной системы, последствий травм и др.

Лечащий врач общается с маленьким пациентом каждый год как давний добрый знакомый. Он может наблюдать за результатами курортной терапии в процессе роста и развития ребенка. О положительных сдвигах нам при этом рассказывают сами родители. Наши врачи не являются педиатрами, но многолетний опыт работы с детьми разного возраста при активном участии родителей позволяет им довольно успешно справляться с этой задачей. Сказанное по большей части относится к «профильным» пациентам. Наряду с этим, родители иногда пытаются возложить на нас непростые задачи. Сразу оговорюсь, что мы не беремся лечить детей до 4 лет или принимать тех, кому тяжело находиться в непривычном окружении.

Не будем забывать, что в санатории одновременно могут находиться до 300 отдыхающих, которые заплатили за лечение немалые деньги и вправе рассчитывать на полноценные отдых и безопасность. Процесс лечения дошкольников, разумеется, имеет некоторые особенности. Грязелечение назначается с 4—5 лет в зависимости от возможностей индивидуальной адаптации ребенка. Дети в этом возрасте уже вполне осознанно воспринимают процедуру, не пугаются незнако-

мой обстановки и непривычных ощущений, в полной мере поддаются контролю со стороны родителей и медицинского персонала. Массаж и некоторые виды физиотерапии назначаются и в более раннем возрасте. Особо подчеркну, что участие в процедуре родителя или близкого родственника обязательно. Достаточно устойчивая психика ребенка необходима и для участия в групповых видах лечения, таких как ЛФК, галокамера, фитоароматерапия и некоторые другие.

Неблагоприятное воздействие окружающей среды на детский организм — актуальная проблема. Можно ли с помощью природных лечебных факторов ослабить его?

Результаты многолетних исследований НИИ курортологии свидетельствуют о многообразии клинических проявлений у детей из экологически неблагоприятных регионов. К вредным факторам чаще всего относятся повышенные радиационный фон, уровень шума, загрязнение воздуха и воды, плохое качество питания и др. Эти проявления складываются в синдром экологической дезадаптации. У детей из экологически неблагоприятных регионов даже при отсутствии явных клинических признаков наблюдаются метаболические нарушения. Для оздоровления

дошкольников с данной патологией используются минеральные воды для внутреннего и наружного применения. Цель лечения — повышение устойчивости к вредному воздействию путем «включения» собственных резервов детского организма.

Эффект бальнеолечения усиливается дополнительным грязелечением. Доказано, что лечебная грязь — активный фактор не только местного, но и общего воздействия. Путем сложных рефлекторных реакций она активизирует железы внутренней секреции, приводит к выработке необходимых гормонов, улучшает функционирование антиоксидантной системы. Установлено, что химические компоненты пелоидов, проникая через кожу, благотворно влияют на течение обменных процессов. Для детей с синдромом экологической дезадаптации применяется щадящий принцип воздействия грязевой процедуры. Это хорошо сочетается с приемом минеральной воды, минеральными ваннами, лечебной гимнастикой и массажем. При этом наблюдается положительная динамика: исчезает головная боль, снижается утомляемость, проходят боли в животе, диспепсия, потливость, нормализуются сон и аппетит.

Известно, что здоровье ребенка непосредственно связа-

но со здоровьем матери. Что может предложить сегодня санаторий для оздоровления беременных?

Санаторий «Кашин» в соответствии с государственной программой проводит реабилитационное лечение беременных, относящихся к так называемой группе риска. Имеется в виду наличие у женщины сопутствующих заболеваний, которые могут повлиять на развитие плода и благополучный исход родов. Данная группа пациенток проходит лечение по специальной программе, включающей диетическое питание, лечебную гимнастику, массаж, прогулки, гало- и витаминотерапию, консультации специалистов, санацию полости рта, наблюдение акушера-гинеколога.

Лечение и пребывание в санатории в этом случае оплачивается государством. Более подробную информацию можно получить в женской консультации по месту жительства.

Какие болезни можно лечить в санатории «Кашин»? С какими заболеваниями к вам наиболее часто поступают дошкольники?

Лечебный профиль нашего санатория напрямую связан с природными факторами. Назову несколько основных групп заболеваний: болезни органов движения и последствия травм



Питьевой фонтан —
символ санатория «Кашин»

конечностей; болезни органов пищеварения; периферической нервной системы, некоторые болезни кожи и др. Поступающие к нам дети в основном имеют именно эти нарушения. Приведу несколько примеров. Детский церебральный паралич — тяжелое заболевание, основными проявлениями которого служат двигательные расстройства. Чем раньше начато восстановление, тем благоприятнее прогноз.

Мы подключаемся к процессу лечения ребенка в определенном возрасте, о чем я уже упоминал. При этом стараемся наладить с

его семьей партнерские отношения и сделать родителей активными участниками восстановительного процесса. Основная задача при этом — восстановление способности ребенка к самостоятельному передвижению. Применяется весь имеющийся в нашем распоряжении арсенал средств: грязи, ванны, массаж, ЛФК с инструктором, физиолечение. Добавим к этому, что члены семьи ребенка-инвалида, как никто другой, подвержены воздействию негативных психоэмоциональных факторов. Отдых и восстановление родителей — важная составляющая данной лечебной программы.

Одна из наиболее распространенных патологий желудочно-кишечного тракта у детей (10—25%) — запоры. Эта проблема ухудшает качество жизни ребенка. Добавим к этому низкую обращаемость и отсутствие контроля со стороны родителей за пищевым поведением детей.

Прием минеральной воды № 12 положительно влияет на моторно-эвакуаторную функцию кишечника, а диета, микроклизмы, массаж, лечебная гимнастика позволяют наладить процесс пищеварения, восстановить регулярный самостоятельный стул, купировать проявления каловой интоксикации, повысить активность ребенка и качество его жизни.

Еще одна актуальная проблема — лечение риносинусита у детей. Это заболевание сильно распространено, имеет затяжное течение, при этом высок риск формирования хронической патологии. При этом широкое и длительное применение химически активных средств, особенно антибактериальных препаратов, нередко приводит к нежелательным побочным эффектам: нарушению местного и общего иммунитета, мукоцилиарного транспорта, подавлению резистентности микрофлоры, повышению устойчивости микроорганизмов. Перспективным в этом плане служит применение минеральной воды источника № 21 для промывания полости носа и полоскания глотки. В сочетании с физиолечением это способствует раннему регрессу признаков воспаления, уменьшению отека слизистой, улучшению оттока и восстановлению носового дыхания в процессе лечения в санатории.

Думаю, примеров достаточно. Кроме хронической патологии, санаторий занимается лечением детей, часто и длительно болеющих простудными заболеваниями, устранением последствий пневмонии и укреплением иммунитета, коррекцией осанки и многими другими вопросами.

Беседовала О.В. Дружиловская

САНАТОРИЙ-БОЛЬНИЦА

В экологически чистом районе Подмоскovie, в поселке Деденево Дмитровского района Московской области расположен современный восстановительный и реабилитационный центр для детей с ортопедической патологией и последствиями травм. Ежегодно здесь проходят лечение около 5000 пациентов. Из ведущих детских клиник Москвы в санаторий направляются на лечение дети после травм и операций.

В центре применяются новые методики лечения прогрессирующих сколиозов у детей, в том числе и ортезирование динамическими корригирующими корсетами, которые показали эффективность консервативного лечения прогрессирующих деформаций позвоночника. Циклическое лечение болезни Пертеса, эпифизиолиза, последствий врожденных вывихов бедер позволяет восстанавливать функцию тазобедренных суставов. Также в санатории функционирует консультативный кабинет, где ведут прием ортопеды-травмотологи, врачи ЛФК, физиотерапевты, педиатры. Консультации проводятся детям и взрослым с патологией опорно-двигательного аппарата. По их результатам можно провести обследование, включая лабораторные исследования, цифровую рентгенографию, УЗИ-исследование на современном импортном оборудовании.

В каждом отделении имеются удобные залы ЛФК, кабинеты физиотерапии, массажные; столовые, игровые комнаты, палаты с отдельным санузелом и душевой. Все санузлы и ванные комнаты оборудованы приспособлениями для больных с ограниченной двигательной функцией. В лечебном корпусе расположены приемное отделение, тренажерный зал, отделение физиотерапии, кабинеты трудо- и механотерапии, клиническая лаборатория, аптека, рентгенкабинет, кабинет стоматологии, протезная мастерская и просторный конференц-зал. В отдельном корпусе — два бассейна и большой зал лечебной физкультуры. В санатории работает общеобразовательная школа, где созданы специальные условия для обучения. Педагоги совместно с медицинским персоналом обеспечивают процесс реабилитации детей.

Основные направления работы санатория-больницы:

- консервативное лечение патологии опорно-двигательного аппарата;
- реабилитация после сложных реконструктивных операций на опорно-двигательном аппарате, травм.

О.В. Дружиловская

Влияние динамических пауз на здоровье детей

Караваева Л.Г.,
*МДОБУ «Русско-кукморский детский сад
“Яблочко”», дер. Русский Кукмор,
Республика Марий Эл*

Аннотация. В статье рассказывается о влиянии динамических пауз на здоровье дошкольников, описываются методы и приемы их использования в практической деятельности.

Ключевые слова. Дошкольный возраст, динамическая пауза, образовательная деятельность, оздоровление детей, релаксация.

Дошкольный возраст — решающий этап в формировании основ физического и психического здоровья. Именно в этот период интенсивно развиваются все органы и системы, формируются личность, отношение к себе и миру. Очень важно вызвать у каждого ребенка стремление к здоровому образу жизни.

В настоящее время значительно возросло количество детей с проблемами здоровья, появляется все больше дошкольников, которые часто болеют, имеют лишний вес, нарушения осанки. Причин сложившейся ситуации множество, но одна из основных — малоподвижный образ жизни. В детском саду воспитанники часто загружены полезными, но «сидячими» делами: рисованием и лепкой, обучением основам счета и письма. Дома родители предпочитают занять ребенка спокойными играми, просмотром телепередач или видеофильмов, также ребенка все больше и больше занимает компьютер.

Потребность в двигательной активности у дошкольников очень велика. Ее ограничение может привести к задержке психического и речевого развития. Важно поощрять раз-



личные формы двигательной активности: проводить подвижные и спортивные игры, упражнения на развитие жизненно важных движений (ходьба, бег, лазанье).

Любая образовательная деятельность, не связанная с движением, служит тяжелой нагрузкой на организм дошкольников, поскольку для них характерна неустойчивость нервных процессов. Наблюдаются быстрое утомление, потеря интереса к деятельности, низкая устойчивость внимания.

По данным ученых-физиологов, образовательная деятельность требует от детей большого нервного напряжения. В ее процессе значительную нагрузку испытывают органы зрения, слуха, мышцы кистей рук и всего туловища, часто длительно находящегося в статическом положении.

Взрослые должны предупредить возникновение утомления у детей, своевременно обнаружить признаки его появления и как можно быстрее, эффективнее снять их, поскольку, накапливаясь, оно может перерасти в переутомление и стать причиной возникновения различных нервных расстройств. Утомление сказывается на поведении детей: они отвлекаются, шумят, переговариваются. Внешними проявлениями утомления служат потеря ин-

тереса и внимания, ослабление памяти, снижение работоспособности, раздражительность. У некоторых детей излишняя подвижность сменяется вялостью: они начинают отворачиваться от воспитателя, потягиваться, зевать. Эти признаки служат для педагога сигналом того, что воспитанники устали, и необходимо дать им возможность отдохнуть, переключив их на другой активный вид деятельности.

Поддерживать работоспособность дошкольников на высоком уровне помогают динамические паузы — кратковременные физические упражнения, проводящиеся в детском саду в процессе образовательной деятельности и в течение всего дня и удовлетворяющие естественную потребность каждого ребенка в движении. Они способствуют оздоровлению. Физические упражнения снимают напряжение мышц, улучшают кровообращение, работу сердца, легких, успокаивают ЦНС, дают положительный настрой.

Научными исследованиями установлено, что двигательные нагрузки в виде динамических пауз в образовательной деятельности снимают застойные явления, вызываемые продолжительным сидением за столом, дают отдых утомленным мышцам, а также органам зрения и слуха.

Динамические паузы — не просто элемент двигательной активности для переключения внимания на другой вид деятельности, это фактор здоровьесбережения детей. Их продолжительность составляет 2—3 мин.

Основные требования к проведению динамических пауз:

- их следует организовывать на начальном этапе утомления (в зависимости от возраста, вида деятельности, сложности учебного материала и т.д.);
- нужно подбирать хорошо знакомые детям простые, занимательные упражнения;
- отдавать предпочтение упражнениям для утомленных групп мышц;
- комплексы следует подбирать в зависимости от вида образовательной деятельности и ее содержания.

Динамические паузы развлекают детей, создают благоприятную для обучения атмосферу, вносят элементы релаксации, снимают нервное напряжение, объединяют детей, способствуют взаимодействию, воспитывают и прививают навыки общения, развивают внимание, речь, мышление и память. Также они ненавязчиво корректируют эмоциональные проблемы в поведении ребенка, предупреждают психологические нарушения, помогают оздоровлению.

Каждый воспитатель должен знать, что признаки утомления появляются: у детей 3—4 лет — через 7—9 мин занятия, 5—6 — через 10—12, 7—8 лет — через 12—15 мин.

Комплекс физкультурных упражнений, используемый в динамических паузах, направлен на коррекцию осанки, профилактику плоскостопия, укрепление мышц и развитие координации, успокоение нервной системы и восстановление работоспособности. Упражнения проводятся одновременно с чтением стихов, сопровождаются музыкой, счетом.

Офтальмологические паузы

Снять напряжение с глаз ребенка помогают *офтальмологические паузы*.

Нагрузка на глаза у современного ребенка огромная, они отдыхают только во время сна. Поэтому гимнастика для глаз полезна детям любого возраста в целях профилактики нарушений зрения.

Старшие дошкольники могут, не вставая с места, посмотреть вверх, вниз, направо, налево, нарисовать глазами круг или различные фигуры. А детям 3—4 лет намного интереснее, если упражнения будут сопровождаться стихотворным текстом.

Приведем несколько *вариантов офтальмологических пауз.*

Для детей 1—3 лет

«День — ночь»

Взрослый говорит: «Ночь», ребенок закрывает глаза, «День» — открывает их.

«Бабочка»

Взрослый произносит: «Бабочка порхает, машет крылышками», ребенок моргает, «Села на цветочек» — жмурится.

«Далеко-далеко»

Взрослый подходит с ребенком к окну и смотрит сначала на дальний предмет, а затем на тот, что находится вблизи.

Для детей 3—5 лет

«Дождик»

Дождик, дождик, пуще лей.

Дети смотрят вверх.

Капай, капай, не жалей.

Смотрят вниз.

Только нас не замочи.

Делают круговые движения глазами.

Зря в окошко не стучи!

Моргают.

Для детей 5—7 лет

Закрываем мы глаза,

Дети закрывают глаза.

Вот какие чудеса.

Наши глазки отдыхают,

Продолжают стоять с закрытыми глазами.

Упражнения выполняют.

А теперь мы их откроем,

Открывают глаза.

Через речку мост построим.

Глазами рисуют мост.

Нарисуем букву *O*,

Глазами рисуют букву *O*.

Получается легко.

Вверх поднимем,

Поднимают глаза вверх.

Вниз посмотрим.

Смотрят вниз.

Вправо, влево повернем,

Смотрят вправо-влево.

Заниматься вновь начнем.

Смотрят вверх-вниз.

Двигательно-речевые паузы

Двигательно-речевые паузы дают отдых различным группам мышц, активизируют деятельность мозга, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, улучшают кровоснабжение внутренних органов. Кроме того, они помогают взрослым развивать у дошкольников коорди-

нацию движений, стимулируют развитие речевых навыков, активизируют память, внимание, развивают творческое воображение.

Подражательные паузы

Можно имитировать движения и звуки машин, паровозиков, животных, лягушек, кузнечиков, пчел. Эти динамические паузы помогают детям переключиться и поднять настроение.

Релаксационные упражнения

Известно, что при эмоциональном напряжении, когда ребенок сильно возбужден, взволнован, угнетен, возникает избыточное напряжение в отдельных группах мышц. Самостоятельно дети не могут избавиться от него, начинают нервничать, что приводит к напряжению новых групп мышц.

Дошкольников необходимо учить чувствовать напряжение, изменять его степень или снимать совсем, расслабляя определенные группы мышц. Чтобы снять излишнее статическое напряжение, проводятся динамические упражнения на расслабление различных групп мышц (шеи, плечевого пояса, конечностей).

Релаксационная техника «напряжение — расслабление» — самый лучший способ научить распознавать существующее

в мышцах напряжение и избавляться от него.

Подготовка к релаксации

В использовании приемов релаксации важно придерживаться техники поэтапного перехода в состояние расслабления. Упражнения рекомендуется выполнять в сопровождении приятной, спокойной музыки.

1-й этап

Дети ложатся на коврики, расслабляются. Руки вытягивают вдоль туловища. Ноги прямые, не скрещены.

2-й этап

Дети «осматривают» все свое тело мысленным взором, вызывая чувство тепла во всех его частях: голове, руках, ногах, туловище. Желательно при этом закрыть глаза.

3-й этап

Ощущение приятного тепла — комфорта от расслабленного тела, удовольствия, покоя.

Пример упражнений на снятие напряжения с мышц туловища, рук, ног

«Звуки прибоя»

Звучит спокойная музыка. Дети лежат на ковре.

Ведущий. Давайте представим, что мы лежим на теплом песке, приятный легкий ветер ласкает наше тело, мы закроем глазки и немного отдохнем у моря; волны споют нам свою ко-

лыбелную песню. (*Дети лежат 20 с в тишине.*) Луч солнца коснулся наших ног, правая нога расслабленная и теплая. Луч солнца коснулся левой ноги — нога расслабленная и теплая. Приятно лежать, вдыхая чистый морской воздух. Вдох — выдох, обе ноги теплые, это приятно. Луч солнца коснулся живота и груди — становится еще теплее. Нам нравится это тепло, мы дышим глубоко, вокруг приятный морской воздух. Луч солнца прикоснулся к лицу, оно расслабилось, рот чуть открылся... Как хорошо мы отдыхаем, спокойно, нам приятно это расслабление, мы дышим ровно, глубоко, все тело теплое. Оно легкое, как облако, мы еще и еще хотим слушать песню морских волн. (*Дети несколько секунд лежат и слушают аудиозапись шума моря.*) Но пора идти, мы медленно встаем, потягиваемся.

Примеры релаксационных упражнений на расслабление мышц плечевого пояса

«Урони руки»

Дети разводят руки в стороны и немного наклоняются вперед. Затем бросают руки, при этом снимается напряжение с плеч. Руки должны повиснуть и качаться, пока не остановятся.

«Танец плеч»

Дети как можно выше поднимают плечи, а затем свободно

опускают их, словно сбросив вниз.

«Мельница»

Дети имитируют движение мельницы руками: вытянув их, делают круговые маховые движения вперед-вверх, затем — назад-вверх, и так несколько кругов.

Что же это такое динамическая пауза? Это время для веселья, стихов и движения. Чтобы дети хорошо росли и развивались, они просто необходимы.

Значение динамических пауз для эффективности умственной деятельности и здоровья дошкольников велико, поскольку они:

- ослабляют утомление детей;
- способствуют развитию речи, координации движений и мелкой моторики;
- улучшают осанку;
- усиливают обмен веществ в организме;
- развивают произвольное внимание и память, способность сосредотачиваться;
- активизируют дыхание и кровообращение;
- оказывают положительное влияние на эмоциональное состояние.

Использование динамических пауз на протяжении всего дня — необходимое условие поддержания высокой работоспособности и сохранения здоровья детей.

Ищем секрет здоровья

Образовательная ситуация для детей 4—5 лет

Теплякова Л.А.,

заместитель заведующего по УВР;

Горюнова Т.А.,

*воспитатель МБДОУ ЦРР — д/с «Солнышко»,
г. Котовск Тамбовской обл.*

Аннотация. Статья посвящена становлению у детей ценностей здорового образа жизни. Представлены основные компоненты деятельности дошкольной образовательной организации и опыт использования приключенческой квест-игры в организации познавательной деятельности младших дошкольников.

Ключевые слова. Здоровьесбережение, здоровый образ жизни, квест-игра.

Многие годы охрана и укрепление здоровья детей остаются приоритетным направлением деятельности детского сада. Творческой группой ДОО создана и успешно действует система оздоровительной работы, в полной мере обеспечивающей реализацию задач образовательной области «Физическое развитие». Особенность этой системы — обязательное применение принципа осознанности, развитие понимания детьми необходимости что-то делать самому для сохранения своего здоровья.

Конечно, здоровьесберегающее поведение, как двигатель-

ное, так и гигиеническое, связано, прежде всего, с отношением к себе. Основной образовательной программой детского сада в части, формируемой участниками образовательного процесса, предусмотрено расширение сферы деятельности по направлению «Физическое развитие» за счет реализации парциальной программы «Учимся быть здоровыми», разработанной творческой группой ДОО.

Программные задачи данного курса в младших группах реализуются путем интеграции психолого-педагогической работы в образовательную область «По-

знавательное развитие». В старших и подготовительных к школе группах предусмотрены специальные занятия (одно — раз в две недели с детьми 5—6 лет и одно — еженедельно с детьми 6—7 лет). Важной составляющей этой работы служит валеологическое сопровождение деятельности детей в режимных процессах. Все это способствует погружению ребенка в проблему здоровья на деятельностном, информативном уровнях и на уровне развития сознания, формированию активной позиции в созидании собственного здоровья.

Педагоги-практики знают, как сложно разговаривать с детьми о тех предметах и явлениях, которые они не могут в данный момент осознать. Н.Н. Поддьяков доказывает, что для своевременного и полноценного психического развития детей важно, чтобы их окружали те вещи, события, явления и символы, которые превосходят возможность их сегодняшнего понимания, но «загорают» впечатления, загадки, замыслы, размышления на годы вперед.

Ниже приводится вариант создания образовательной ситуации в форме приключенческой квест-игры для детей 3—4 лет. Она предоставляет детям возможность сосредоточить свою познавательную (и другого рода)

активность на таком важном явлении, как здоровье, выделить за относительно небольшой промежуток времени ряд свойств и связей этого явления и, не углубляясь в их анализ, перейти к следующим предметам и явлениям, долго не задерживаясь ни на одном из них. Именно эти особенности функционирования психики ребенка обуславливают не только стремительное накопление новых знаний, но и широту их взаимодействия, намечают «дальние горизонты развития» и, в конечном счете, способствуют становлению психического здоровья ребенка.

Данную образовательную ситуацию можно использовать не только в рамках занятия, но и в процессе организации познавательно-досуговой деятельности детей.

Цель: формирование способов получения информации.

Задача: способствовать накоплению творческого опыта познания действительности через изучение явлений (здоровья) на основе признака «часть — целое».

Оборудование: элементы цветка здоровья (сердцевина, разноцветные лепестки с картинками-«секретиками»), клей, салфетка, разноцветные султанчики, бумажный «снег», магнитофон, аудиозапись танцевальной музыки,

костюм Доктора Айболита, указатели-стрелочки.

Дети играют в групповой комнате.

Воспитатель. Внимание! Внимание! Мне срочно требуется ваша помощь! Кто из детей не пришел сегодня? Я никак не могу вспомнить. Кого среди нас нет? Данилы? А вы не знаете, почему он не пришел в детский сад?

Дети отвечают. Воспитатель выслушивает детей. У него звонит телефон. Он снимает трубку.

Ребята, Данила опять заболел. Не знаю, что делать. Может быть, вы знаете, как стать здоровыми? Можем мы помочь Даниле?

Дети отвечают.

Что такое здоровье? Как быть здоровыми? Я думаю, секрет здоровья есть, мы-то с вами здоровы. Давайте поищем в группе. А куда идти-то? Где искать? Знаете? Нет? И я не знаю. В группе везде посмотрели, ничего нет. Как же узнать? Ребята, смотрите, вот какие-то стрелочки. Может, они помогут? Смотрите внимательно, куда стрелка показывает, там и нужно искать секрет здоровья. Данилка ждет помощи.

Воспитатель и дети спускаются на первый этаж, стрелка указывает

на спортивный зал. Там их встречает инструктор по физкультуре.

Воспитатель и дети (*вместе*). Здравствуйте.

Инструктор. Здравствуйте! Рада вас видеть. Но сегодня у вас физкультурного занятия нет.

Воспитатель. Да, мы знаем. Мы по другому поводу. Ребята, расскажите, что нас сюда привело.

Дети отвечают.

Инструктор. А зачем вам так срочно понадобились секреты?

Дети отвечают.

Ах, Данилка опять заболел! Правильно стрелочка на спортивный зал показала, есть у меня секрет здоровья. Но сначала возьмем султанчики и выполним упражнения. Начинаем!

Звучит музыка.

Каждый день по утрам
Делаем зарядку.

Дети ходят на месте.

Очень нравится нам
Делать по порядку:

Разводят руки в стороны.

Весело шагать,

Ходят.

Руки поднимать,

Поднимают руки вверх.

Присесть и встать,
Приседают и встают 2—4 раза.

Прыгать и скакать.

Прыгают 6—8 раз.

Догадались, какой секрет здоровья в этом зале хранится?

Дети высказывают предположения.

Правильно! Для здоровья очень полезно утром зарядку делать. А Данила на зарядку не приходит, да и вы частенько опаздываете. Вот вам напоминание.

Показывает лепесток с изображением ребенка, выполняющего упражнение.

Для чего нужна зарядка,
Это вовсе не загадка.
Чтоб весь день не унывать,
Чтоб здоровье прибавлять.

Дети кладут лепесток в шкатулку.

Воспитатель. Спасибо! Вы обещаете, что больше на зарядку не будете опаздывать?

Дети. Да.

Воспитатель. Куда дальше нас стрелочка ведет?

Дети. В кабинет педагога-психолога.

Дети направляются в кабинет педагога-психолога, он здоровается с воспитанниками.

Педагог-психолог. Здравствуйте! Что вы хотите, ребята?

Дети отвечают.

Да, есть у меня секрет здоровья. Вы сейчас его сами узнаете. Встаньте так, чтобы не мешать друг другу. Хотите поиграть со снегом?

Педагог-психолог выставляет поднос с мелко нарезанной белой бумагой.

Набираем полную горсть «снега» и подбрасываем вверх.

Дети выполняют задание.

Снег, снег кружится —
Белая вся улица,
Собрались мы в кружок,
Закружились, как снежок.

Дети кружатся.

Ребята, что вы сейчас чувствуете? Рады снегу?

Дети отвечают.

Вижу, вы улыбаетесь. Значит, рады. Радость, хорошее настроение — это и есть секрет здоровья! А это вам, чтобы не забывали радоваться.

Педагог-психолог дает детям лепесток с изображением улыбающихся детей.

Воспитатель. Спасибо, теперь у нас всегда будет только хорошее настроение. Ребята,

куда дальше? Куда стрелочка нас ведет?

Воспитатель и дети идут по стрелочкам и приходят в музыкальный зал, где их встречает музыкальный руководитель. Он здоровается с воспитателем и детьми.

Музыкальный руководитель. А я сегодня вас не ждала на занятие. Что случилось?

Дети отвечают.

Да, я знаю секрет здоровья, даже два. Для здоровья полезно петь. В народе говорят: «Если тебе плохо — спой, и тогда станет легче». И мы сейчас споем, чтобы нам стало хорошо.

Дети поют песню.

А можно идти к здоровью танцуя, кому что нравится: мазурка, кадриль, вальс. Чем дольше мы будем танцевать, тем лучше.

Ну-ка, дружно, все ребятки,
Становитесь по порядку!
Пляска всем полезна,
Пляска всем нужна.
Уйдут от нас болезни навсегда.
Раз, два, три —
За мною повтори.

Дети танцуют.

Понравились вам мои секреты? Они очень веселые. А это вам — приглашения на занятия в танцевальную студию. И Даниле передайте.

Музыкальный руководитель дает детям лепестки с изображением поющих и танцующих детей.

Воспитатель и дети благодарят музыкального руководителя.

Воспитатель. Куда теперь нас стрелочка ведет? Пойдемте!

Воспитатель и дети проходят в медицинский кабинет, там их встречает Доктор Айболит. Дети и воспитатель здороваются с ним.

Доктор Айболит. Здравствуйте, ребята! Я рад вас видеть. Что случилось, вы не заболели?

Дети отвечают.

Прививки не бояться делать — вот и весь секрет. Прививки от болезней могут быть всего полезней. А Данилке передайте, пусть вовремя прививки делает. Вот вам напоминание.

Доктор Айболит дает детям лепесток с изображением доктора.

До свидания, здоровья вам!

Воспитатель. Спасибо, Доктор Айболит, наши ребята смелые, им никакие прививки не страшны. Ребята, куда нас теперь стрелочки ведут? Пойдемте!

Воспитатель и дети приходят в группу.

Ребята, как вы думаете, мы узнали секреты здоровья? Что же это такое?

Дети отвечают.

Да, верно, и зарядкой надо заниматься, и петь, и танцевать для хорошего настроения, и прививок не бояться. Давайте все лепестки, которые мы собрали, соединим вместе.

Воспитатель достает макет цветка, и дети приклеивают к нему лепестки.

Какой замечательный цветок здоровья получился! Теперь

осталось передать его маме Данилы и пожелать ему скорейшего выздоровления.

Литература

Бабенкова Е.А., Федоровская О.М.

Игры, которые лечат: в 2 т. М., 2017.

Полтавцева Н.В. и др. Приобщаем дошкольников к здоровому образу жизни. М., 2012.

Федеральный государственный образовательный стандарт (утв. приказом Минобрнауки России от 17.10.2013 № 1155).

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги



ПОЛЕЗНЫЕ СКАЗКИ

Беседы с детьми о хороших привычках

Автор — Кочанская И.Б.

В пособии собраны сказки с терапевтическим эффектом, помогающие скорректировать многие проблемы в жизни ребенка-дошкольника (страхи, плохие привычки, поведенческие проблемы и т.п.). С помощью сказкотерапии родители и педагоги могут прививать детям полезные привычки, приучать к порядку, обязанностям.

Книга адресована родителям и специалистам дошкольного образования и начальной школы.



БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ

Методическое пособие

Автор — Шорыгина Т.А.

Представлены беседы, посвященные здоровому образу жизни: утренней зарядке, закаливанию, подвижным играм на свежем воздухе в любое время года, солнечным и воздушным ваннам. Новые сказки, стихи и загадки автора делают материал пособия увлекательным и доступным для детей. Рекомендуем использовать с плакатами «Чистота — залог здоровья» и «Закаливание — путь к здоровью».

Закажите в интернет-магазине **www.sfera-book.ru**

Муковисцидоз

Демикова Н.С.,

*д-р мед. наук, профессор, врач-генетик,
главный внештатный специалист
по медицинской генетике Департамента
здравоохранения города Москвы, Москва*

Аннотация. В статье раскрывается наследственный характер и патогенез муковисцидоза, анализируются основные проявления этого заболевания и его формы, а также значение ранней диагностики.

Ключевые слова. Аутосомно-рецессивное наследование, генетические заболевания, мутация гена, мультисистемные заболевания, массовый скрининг, муковисцидоз.

Муковисцидоз (кистофиброз) — относительно частая наследственная патология, характеризующаяся поражением желез внешней секреции (потовых, половых, поджелудочной, железистых клеток пищеварительного тракта и дыхательной системы). Название болезни переводится как вязкая слизь (от лат. *mucus* — слизь и *viscus* — вязкий). Впервые муковисцидоз подробно описал в 1938 г. американский патолог Д. Андерсон. Частота заболевания колеблется в разных странах от 1:2000 до 1:5000 новорожденных. Гораздо реже заболевание встречается среди жителей Африки и Японии (1:100 000). В России в среднем частота заболевания составляет 1:10 000 новорожденных. Мальчики и девочки поражаются одинаково часто.

Патогенез

Наследственный характер болезни был доказан на основании генеалогических данных: во многих семьях отмечаются повторные случаи заболевания среди родных братьев и сестер при здоровых родителях. Такое распре-



деление больных в родословной характерно для аутосомно-рецессивного типа наследования. При нем оба родителя несут в себе один пораженный и один здоровый ген, за счет чего сами они здоровы и не имеют признаков заболевания, т.е. являются гетерозиготными носителями гена заболевания. Если ребенок получит два измененных гена (гомозиготное состояние), у него разовьется муковисцидоз. Риск рождения больного ребенка составляет 25% для каждой беременности в семье двух носителей гена.

Как оказалось, причина заболевания — мутация гена, кодирующего белок, который регулирует транспорт ионов хлора через мембрану клетки (муковисцидозный трансмембранный регулятор проводимости — МТРП), а также движение воды в клетку и из нее, что в железах внешней секреции необходимо для производства жидкого секрета (слизи), выделяемого в просветы разных органов (легкие, кишечник, поджелудочная железа и печень). Ген МТРП был идентифицирован в 1989 г. и локализован на длинном плече хромосомы 7. Оказалось, что в этом гене возникает очень много мутаций. В настоящее время их известно около 2000. Такие мутации могут привести к нарушению

либо синтеза, либо структуры и функции белка трансмембранного регулятора проводимости. Интересно, что в разных популяциях мутации распределены по-разному. Например, у представителей европейской расы наиболее часто встречается мутация F508del, в России она составляет 52% от всех мутаций, вызывающих муковисцидоз, на втором месте по частоте — мутация CFTRdels2,3 (6,3%). Все остальные мутации среди нашего населения встречаются редко. Частота гетерозиготного носительства мутаций гена муковисцидоза в российской популяции составляет примерно 2—4%.

В результате мутаций гена МТРП нарушается транспорт ионов хлора через мембрану клетки. При увеличении их концентрации в клетке увеличивается и поступление воды в нее, за счет чего секрет, выделяемый соответствующими железами, становится очень густым и вязким. Густая слизь забивает дыхательные пути и протоки других органов, вызывая характерные признаки и симптомы муковисцидоза (кистозного фиброза). В результате повышенной вязкости секрета нарушается его естественный отток из дыхательных путей, что способствует инфицированию бронхов и развитию воспаления. Харак-

терная особенность болезни — повышение концентрации ионов натрия и хлора в потовой жидкости. Содержание соли в поте примерно в 5 раз выше нормы. Измерение концентрации соли, так называемая потовая проба — основной лабораторный тест для диагностики муковисцидоза.

Клиническая картина

С клинической точки зрения муковисцидоз — мультисистемное заболевание, поражающее различные органы: дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт, печень, поджелудочную, слюнные и потовые железы, репродуктивную систему. В связи с этим к основным проявлениям болезни относятся частые заболевания дыхательных путей с обструкцией бронхов, недостаточность поджелудочной железы, рецидивирующие синуситы и бронхиты.

Клинически болезнь проявляется в трех основных формах:

- бронхолегочной (15—20% от всех случаев) — поражение дыхательного аппарата вследствие скопления вязкой трудно отделяемой мокроты в мелких и средних бронхах;
- кишечной (5—10%) — нарушение переваривания и усвоения пищи;

— смешанной (75—80%) — сочетанное поражение легких и кишечника.

В большинстве случаев клинические симптомы заболевания проявляются на первом году жизни. Чаще всего самым ранним признаком муковисцидоза служит сухой стойкий кашель, по мере присоединения воспалительного процесса появляется кашель с мокротой, развивается одышка и симптомы дыхательной недостаточности. Нередко в этом случае детям ставят диагноз бронхит или пневмония. Со стороны пищеварительной системы отмечаются нарушение усвоения пищи, что связано со снижением активности ферментов поджелудочной железы, частый стул или запоры, выпадение прямой кишки. У большинства детей грудного возраста дыхательные и кишечные симптомы сочетаются с задержкой физического развития, снижением роста и массы тела.

В ряде случаев первые признаки заболевания могут появиться и в дошкольном возрасте. Зачастую выявление заболевания в позднем возрасте служит результатом ошибочной или несвоевременной диагностики. Когда признаки заболевания становятся выраженными, развивается стойкое поражение легких. В отдельных случаях

диагноз муковисцидоз устанавливается в школьном возрасте, что связано с многообразием мутаций гена МТРП, наличием так называемых «легких» мутаций и вариацией клинической картины. При этом характерны персистирующие респираторные симптомы, признаки недостаточности питания, нарушения стула.

Более 95% мужчин с муковисцидозом бесплодны в связи с азооспермией.

Диагностика

Муковисцидоз диагностируется на основании клинических симптомов поражения дыхательной системы, кишечных расстройств, нарушения функции поджелудочной железы, а также данных лабораторного исследования: увеличение концентрации хлоридов в поте больного и наконец, обнаружения мутаций гена МТРП.

Прогноз

Течение и прогноз заболевания во многом зависят от своевременности диагностики. Ранняя диагностика улучшает прогноз заболевания, повышает эффективность лечения, позволяет предупредить развитие тяжелых осложнений, значитель-

ного отставания в физическом развитии, а в ряде случаев и необратимых изменений в легких. Кроме того, она позволяет семье вовремя решить вопросы, связанные со здоровьем других детей в семье.

С 2006 г. в регионах РФ в рамках Национального приоритетного проекта «Здоровье» проводится массовый скрининг новорожденных на пять наследственных заболеваний, включая муковисцидоз. Он позволяет выявить детей с наследственным заболеванием еще до развития болезни. В основе диагностического теста лежит определение концентрации трипсиногена — предшественника трипсина (фермента поджелудочной железы). При муковисцидозе повышается уровень трипсиногена в результате закупорки протоков панкреатических желез вязким секретом, что препятствует проникновению трипсиногена в кишечник, где он в норме превращается в трипсин. Диагноз подтверждается с помощью потовой пробы, а затем молекулярно-генетических исследований.

К сожалению, муковисцидоз — неизлечимая болезнь. Однако возможности ранней диагностики позволяют избежать неверной постановки диагноза и неправильного лечения, что часто встречалось ранее, по-

тери времени и развития тяжелых последствий. Рано начатая грамотная терапия значительно облегчает и продлевает жизнь больных муковисцидозом. Лечение носит комплексный характер и включает муколитические препараты (разжижающие вязкую и густую мокроту), антимикробную терапию, ферменто-, диетическую и обязательно физиотерапию и лечебную физкультуру.

Литература

- Муковисцидоз. Современные достижения и актуальные проблемы: Метод. рекомендации / Под ред. Н.И. Капанова и Н.Ю. Каширской. М., 2005.
- Генетика: Учеб. для вузов / Под ред. В.И. Иванова. М., 2006.
- Проект Национального консенсуса «Муковисцидоз: определение, диагностические критерии, терапия» // 2016. Т. 15. № 11.

ТЕХНОЛОГИЯ BRAINPORT

Технология BrainPort основывается на активации структур ствола мозга и мозжечка через электростимуляцию передней поверхности языка. Электродная матрица имеет неправильную форму для стимуляции самой чувствительной области языка (фото 1а). На матрице находится 144 электрода (фото 1б).

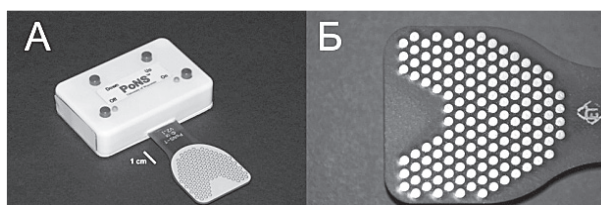


Фото 1. Аппарат BrainPort:
а — внешний вид;
б — крупный план матрицы.

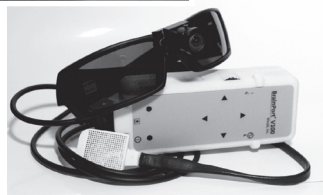


Фото 2. Прибор PoNS
для слепых пациентов

С помощью аппарата PoNS, разработанного для слепых пациентов (фото 2), изображение окружения, полученное через видеокамеру, преобразуется в электрические импульсы. Затем они посылаются через электродную матрицу на язык. Мозг человека способен интерпретировать эти импульсы и воспринимать их как визуальные сигналы.

М.А. Федорова

Органическое поражение головного мозга у детей

Осипова Ю.В.,

врач-психиатр частной практики, г. Тверь

Аннотация. В статье рассматривается органическое поражение головного мозга у детей, приводятся факторы, влияющие на его течение и прогноз, описываются вакцинация и проведение пробы Манту у воспитанников с этой патологией.

Ключевые слова. Органическое поражение мозга, нервно-психические нарушения, резидуально-органические расстройства.

Резидуально-органическими расстройствами принято считать группу разнообразных нервно-психических нарушений, обусловленных относительно стойкими органическими поражениями головного мозга. Основное место среди них занимают ранние резидуальные церебрально-органические нарушения, связанные с внутриутробными, пери- и постнатальными поражениями мозга. Значимые этиологические факторы, способствующие их возникновению, — травмы, инфекции и интоксикации.

Распространенность органического поражения головного мозга у детей в последнее время растет в связи с низким уровнем соматического здоровья родителей (носительство половых инфекций матерью во время бе-

ременности, инфекции, перенесенные в течение жизни обоими родителями, даже при отсутствии выявления их возбудителей). На формирование мозговых структур ребенка влияют алкоголизм и употребление психоактивных веществ родителями, а также родовой травматизм.

К возникновению органического поражения мозга может привести любой из указанных факторов, которые, как правило, сочетаются. Травма шейного отдела позвоночника, внутриутробная гипоксия, интоксикация, вызванная воспалительными заболеваниями органов малого таза, комбинируются, взаимно усиливая друг друга.

К органическим заболеваниям ЦНС могут быть причислены как серьезные дефекты развития

головного мозга в виде недоразвития его отделов и отдельных структур, так и менее грубые изменения, выявляемые методами нейровизуализации. Это могут быть агенезия мозолистого тела, прозрачной перегородки, гидроцефалия, кисты различных отделов головного мозга. Кроме того, к кругу органических заболеваний принадлежат и те, основа которых не может быть выявлена с помощью указанных методик. В этом случае ЦНС нарушается преимущественно на уровне нейрона и внутриклеточных структур, а диагностика основывается на клинических данных.

Симптомы резидуально-органических расстройств у детей многообразны. Они могут обнаруживаться на разных уровнях функционирования головного мозга и проявляться в виде когнитивного дефицита, эмоционально-волевых, вегетативных и эндокринных нарушений (медлительность, трудная переключаемость внимания, нарушение усвоения смысла прочитанного, абстрагирование при решении логических задач, конкретность мышления, эмоциональная лабильность или, напротив, монотонность, реакции по типу «короткого замыкания», гиперактивность, проявление агрессии). Все это в той или иной степени

приводит к дезадаптации детей в ДОО, а затем в школе к снижению успеваемости, дисграфии, дислексии. Как следствие, воспитанники, получившие при рождении высокий интеллектуальный потенциал, имеют затруднения разной степени в его реализации в связи с нарушением функционирования различных мозговых структур.

Особенности детей с органическим поражением головного мозга — высокая чувствительность к эмоциональным факторам, стрессам, биологическим факторам (вирусным и бактериальным инфекциям), повышенные утомляемость, истощаемость. Так, ОРВИ, сопровождающиеся затяжной или фебрильной лихорадкой, и их осложнения в виде воспалений лор-органов и органов бронхолегочной системы приводят к декомпенсации имеющихся до острого заболевания эмоционально-поведенческих нарушений. Часто наблюдается нарастание утомляемости, эмоциональной лабильности, неусидчивости, реакций агрессии, речевых нарушений, например заикания, тиков, энуреза. Это может проявляться и после перенесенных детских инфекций, например, ветряной оспы.

Дело в том, что дети с органическими поражениями головного

мозга, даже легко выраженными, проявляют высокую чувствительность к гипоксии, вирусным и бактериальным токсинам. Их нервная система имеет более низкие резервы адаптации по сравнению с нервной системой здоровых сверстников.

Так, изначально церебральные органические поражения могут носить легкий и переходящий характер, но при воздействии какого-либо повреждающего фактора (эмоциональный стресс, соматическое заболевание, черепно-мозговая травма, несвоевременная вакцинация) процесс репарации нервной системы нарушается, укореняются симптомы ее повреждения.

Учитывая вышесказанное, специалисты должны направлять усилия на профилактику декомпенсации органического церебрального заболевания, а также создавать условия, способствующие максимальному восстановлению структуры и функций нервной системы.

Многие проявления раннего органического поражения головного мозга могут быть компенсированы мягкими лечебными и педагогическими мероприятиями. Это связано с пластичностью детского мозга, за счет которой достигается высокая степень компенсации различных проявлений его поражения.

На фоне терапии, назначенной неврологом и психиатром, нейропсихологической и педагогической коррекции, правильно подобранных умственных и физических нагрузок эти нарушения могут быть значительно компенсированы. Профилактика резидуально-органических нервно-психических расстройств, по мнению В.В. Ковалева, смыкается с общемедицинскими мерами предупреждения мозговых инфекций, интоксикаций и травм.

В связи с этим хотелось бы коснуться вопросов вакцинации детей с органическим поражением головного мозга. В тяжелых и прогрессирующих случаях она противопоказана из-за высокой вероятности декомпенсации заболевания. При вакцинации должны неукоснительно соблюдаться требования к допуску к ней и постановке пробы Манту после перенесенных острых заболеваний.

Известно, что при острых заболеваниях запускается целый комплекс нейроиммунных реакций, направленных на выздоровление. Важно мягко сопровождать их, отвести должный период времени для их завершения, полного восстановления иммунной системы.

Необходимо строго соблюдать рекомендованные сроки вакцинации и постановки пробы Манту

после перенесенных острых заболеваний. Их проведение сразу после прихода ребенка в детский сад после перенесенной вирусной инфекции, отита, ангины, пневмонии, может повлечь за собой декомпенсацию органических церебральных расстройств (эмоциональная лабильность, нарушения сна и речи, гиперактивность, энурез, тики, заикание). Вероятно также возникновение судорожного синдрома с переходом в эпилепсию.

В тех случаях, когда по прошествии месяца после перенесенного острого заболевания, имеются какие-то нарушения нервно-психического состояния ребенка, он должен быть направлен на консультацию к профильным специалистам — неврологу и психиатру — для уточнения состояния, назначения терапии и решения вопроса о вакцинации. Во многих случаях нужно составлять индивидуальный график проведения вакцинопрофилактики и постановки пробы Манту.

Важно учитывать особенности формирования и динамики органического поражения головного мозга у детей, низкий порог чувствительности их нервной системы к повреждающим факторам разнообразного характера и при этом высокие адаптационные резервы

детского мозга. Врачи разных специальностей должны способствовать созреванию нервной системы ребенка. Только индивидуальный и целостный подход к пациенту в рамках современной врачебной практики, четкое соблюдение сроков иммунизации могут улучшить прогноз при органическом поражении ЦНС у детей.

Роль медицинской реабилитации именно в детском возрасте велика. В этот период можно компенсировать состояние ребенка, свести к минимуму риск социальной дезадаптации. Хотелось бы подчеркнуть, что значение корректного медицинского сопровождения дошкольников трудно переоценить: и теория и ежедневная практика работы с детьми убеждают нас в том, что психически здоровые и социально благополучные граждане «родом из детства».

Литература

- Детская и подростковая психиатрия / Под ред. проф. Ю.С. Шевченко. М., 2017.
- Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М., 1995.
- Мнухин С.С. Хрестоматия по психиатрии детского возраста. СПб., 2008.
- Таточенко В.К., Озерецковский Н.А., Федоров А.М. Иммунопрофилактика. М., 2014.

Взаимодействие врача-онколога и коррекционного педагога в реабилитации детей с опухолью головного мозга

Медведева О.В.,

коррекционный педагог, логопед «Лечебно-реабилитационный научный центр “Русское поле”» ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии, иммунологии им. Д. Рогачева», дер. Гришенки Чеховского р-на Московской обл.

Аннотация. В статье раскрывается новое направление в медицине и коррекционной педагогике детей с опухолью головного мозга. Рассказывается о взаимодействии врача-онколога и коррекционного педагога в реабилитации этих детей.

Ключевые слова. Атактическая (мозжечковая) дизартрия, астроцитомы головного мозга, дисграфия, дислексия, медуллобластома головного мозга, просодическая сторона речи, синдром мозжечкового мутизма.

Любой онкологический процесс представляет собой смертельную опасность для человека. Опухоли ЦНС у детей занимают лидирующую позицию среди всех онкологических образований. Статистические исследования за последнее время показывают, что в 2016 г. выявлено 3803 случая регистрации онкологического процесса среди детей от 0 до 17 лет. Под наблюдением в онкологических учреждениях в

2016 г. находились 24 207 пациентов 0—17 лет. Показатель распространенности злокачественных новообразований в детской популяции до 17 лет в 2016 г. составил 84,4 на 100 000 детского населения. Частота новообразований ЦНС у детей от 0—19 лет составляет 3,5—4,0 на 100 000 детского населения [1].

Опухоли ЦНС — специфическая группа добро- и злокачественных новообразований,

объединяющая различные по гистологическому варианту и по месту возникновения патологические процессы. Основной процент при этом приходится на опухоли головного мозга (95%), остальные 5% составляют опухоли спинного мозга. В зависимости от возраста меняется частота встречаемости тех или иных гистологических вариантов новообразований и частота их локализации в той или иной части ЦНС. Отличительная особенность таких опухолей, возникающих в детском возрасте, — их длительное бессимптомное существование, что приводит к возникновению достаточно больших размеров данного патологического процесса.

У детей младшего возраста наиболее часто встречаются эмбриональные опухоли и астроцитомы различной степени злокачественности, у подростков старше 15 лет частота эмбриональных опухолей уменьшается и возрастает число новообразований, встречающихся у взрослых, например, герминативно-клеточные опухоли. У детей в 70% случаев опухоли ЦНС локализуются в заднечерепной ямке (ЗЧЯ) [3].

Среди злокачественных новообразований ЦНС у детей первое место занимает медуллобласто-

ма, далее следуют злокачественные глиомы (мультиформная глиобластома и анапластическая астроцитома) и анапластическая эпендимома; среди опухолей низкой степени злокачественности преобладают пилоидная астроцитома и краниофарингиома. Примерно у 45% больных со злокачественными опухолями головного мозга при первичной диагностике выявляют метастазирование в другие отделы ЦНС [4].

Причина возникновения любого патологического заболевания до настоящего времени до конца не выяснена. В основе развития онкологических образований головного и спинного мозга в детском возрасте лежит мутационная теория, согласно которой опухолевые клетки растут и развиваются при возникновении хромосомных мутаций соматических клеток. Различные мутагенные факторы способны влиять на жизнедеятельность клеток, в частности, на процесс их деления, который становится неуправляемым. Результатом непрерывного деления соматических клеток служит возникновение онкологического процесса. Мутагенные факторы могут быть как физической (например, различные виды излучений), так и химической (например, гормональные препараты или другие

лекарственные вещества) природы.

Имеющаяся в онкологии наследственная теория предполагает передачу заболевания по аутосомнодоминантному типу.

Особенности опухолей головного и спинного мозга у детей

- В детском возрасте опухоли располагаются преимущественно по средней линии. Это опухоли III и IV желудочков, ствола мозга, червя мозжечка.

- Онкологический процесс у детей протекает достаточно широко. В связи с этим довольно часто может наблюдаться увеличение объема черепа с последующим расхождением швов.

- Детские опухоли имеют длительный скрытый характер.

Клинические проявления опухоли головного мозга у детей весьма неоднозначны. Специалисты подразделяют все признаки опухоли мозга на три основные группы: общемозговые, локальные и дислокационные.

Среди проявлений общемозговых симптомов на первое место следует поставить головную боль. Согласно клиническим проявлениям, головная боль в большинстве случаев беспокоит ребенка после сна, что спровоцировано ростом внутричерепного давления.

Характерным клиническим проявлением при опухоли голов-

ного мозга служит периодически возникающая рвота рефлекторного характера, не связанная с приемом пищи. Причина возникновения рвоты заключается в повышенном внутричерепном давлении [8].

Со стороны органа зрения офтальмологи диагностируют застойные диски зрительных нервов. Поскольку существует прямое взаимодействие между головным мозгом и зрительным нервом, последний существенно реагирует на рост внутричерепного давления. Это проявляется в виде расширенных и патологически извитых вен глазного дна. В дальнейшем возникает отек зрительного нерва, он меняет окраску, становится гиперемизированным. Симптоматически у детей это проявляется возникновением мутного и нечеткого изображения. В конечном итоге возникает полная атрофия зрительного нерва. Субъективно застойные диски проявляются «мушками» в полях зрения, туманом, пеленою, ребенок трет глаза, пытается улучшить зрение.

Головокружение как один из клинических симптомов также присутствует при опухоли головного мозга у детей.

Существенным клиническим проявлением онкологического процесса служит нарушение психики ребенка. Дошкольни-

ки перестают интересоваться игрушками, становятся капризными, плаксивыми. У школьников отмечается снижение памяти и внимания, что сказывается на успеваемости. В некоторых случаях одним из первых клинических проявлений опухоли головного мозга у детей могут стать общие эпилептические припадки. Довольно часто медики ошибочно ставят диагноз «эпилепсия».

Еще одним общемозговым признаком служит вынужденное положение головы ребенка, связанное с нарушением циркуляции ликвора в головном мозге [5]. При возвращении головы в обычное положение возникает резкая головная боль.

Среди клинических проявлений опухоли головного мозга у ребенка можно отметить нарушение координации движений, нистагм, скандированную речь. В настоящее время опухоль головного мозга может быть удалена полностью при помощи костнопластической трепанации черепа. Дополнительным методом лечения опухоли, особенно злокачественной, является применение лучевой терапии, химиотерапии.

Особую роль в реабилитации детей с опухолью головного мозга играет коррекционная работа,

проводимая клиническими психологами, дефектологами, логопедами.

Успешная коррекционная работа складывается из грамотных и плодотворных взаимоотношений между лечащим врачом-онкологом и коррекционным педагогом. Специалисты должны выработать общую тактику обследования, а также согласовать между собой коррекционную деятельность при тех или иных речевых отклонениях. Обязательным условием служит совместный учет интересов маленького пациента с опухолью головного мозга. Особенность взаимоотношений специалистов — понимание друг друга и совместные медицинские и коррекционные действия [9].

В процессе обследования больного врач устанавливает диагноз, выясняет характер патологического процесса, намечает пути коррекции дефекта. Затем он проводит соответствующее лечение. Врач разъясняет педагогу-дефектологу характер патологического процесса, возможности исправления того или иного дефекта, затем они вместе разрабатывают тактику педагогической коррекции этого дефекта.

Работа педагога-дефектолога должна строиться на основе ре-

комендаций онколога, невролога или с учетом неврологических и психологических особенностей ребенка. В процессе обмена мнениями врач и педагог-дефектолог вырабатывают общую программу коррекционных занятий. Во время совместно проводимого обследования ребенка выявляют его потенциальные возможности. Онколог и педагог-дефектолог прогнозируют конечный результат педагогического и лечебного воздействия, совместно определяют тактику лечения и дозировку занятий. Врач разъясняет педагогу-дефектологу, за счет развития каких сохраненных функций можно компенсировать отсутствующие или недостаточные функции. Последний должен сообщать онкологу о тех патологических особенностях ребенка, которые он смог обнаружить во время его обучения и воспитания. В результате врач сможет вовремя принять соответствующие лечебные меры.

При опухолях головного мозга нарушения речи у детей обнаруживаются в 42% случаев [3], расстройства плавности речи — в 95% [4]. У воспитанников с астроцитомой мозжечка после операции дизартрию отмечали у 22%, затруднения адекватного выбора слов и нарушение плавности речи — у

30% [4]. Отрывистая речь выявлена у 1,2% детей с астроцитомой, у 2,9% — с медуллобластомой мозжечка [3].

При анализе вербальных расстройств у детей с опухолями головного мозга речевой дефицит отмечен у 37% обследованных, сочетание речевого дефицита и пространственно-зрительных расстройств — у 16, дефицит речевой памяти — у 33% [4]. По данным нейропсихологического анализа речи, у детей с опухолями мозжечка нарушение письменной речи выявлено в 47,2% случаев, плавности речи — у 50, распознавание фонем затруднено — в 55,6%.

После удаления опухоли мозжечка возможно появление синдрома мозжечкового мутизма (СММ). Это специфическое детское нейрокогнитивное осложнение хирургического лечения опухолей заднечерепной ямки проявляется резкой потерей речи и аффективной дизрегуляцией в сопровождении атаксии и мышечной гипотонии. Немота наступает обычно в течение первой послеоперационной недели, но может наступать в более отдаленные сроки (до 20 суток). Описаны наблюдения мозжечковой немоты от 3 до 10 мес. Мутизм всегда регрессирует, однако у пациентов надолго остаются нарушения импрессивной

и экспрессивной речи, зрительно-пространственной функции, самоконтроля. Профилактика осложнения затруднительна, поскольку большинство детей имеют до операции сохраненные речевые функции. Принятых схем лечения нет, хотя есть отдельные случаи успешного лечения афферентного компонента СММ.

Одним из распространенных проявлений очаговой симптоматики при локализации опухоли в заднечерепной ямке служит атактическая (мозжечковая) дизартрия. Речь при этой патологии замедленная, толчкообразная, скандированная, с нарушенной модуляцией ударений, затуханием голоса к концу фразы. В основном страдает процесс реализации речевых движений на нейромышечном уровне, что приводит к просодическим и темпоритмическим расстройствам, нарушению произношения. Последнее выражается в нечеткости артикуляции, прежде всего согласных звуков, искажении звучания гласных, выражена назализация большинства звуков. Отмечается пониженный тонус в мышцах языка и губ, язык тонкий, распластаный в полости рта, темп движений замедлен, отмечается трудность удержания артикуляционных укладов и слабость их

ощущений, мягкое нёбо провисает, жевание ослабленно, мимика вялая. При тонких целенаправленных движениях отмечается мелкое дрожание языка.

В настоящее время существует необходимость эффективной коррекции речи у детей с дизартрией, поскольку данная проблема в современной логопедии недостаточно изучена. Отсутствие разработанных и апробированных методик коррекционной работы у детей с опухолью головного мозга и высокая потребность логопедии в теоретических и методических разработках — главное противоречие современной науки.

Важные задачи коррекционной работы с детьми с опухолью головного мозга — восстановление коммуникативных функций речи, адаптация ребенка в обществе. При несвоевременном решении проблемы речевые нарушения могут стать одной из причин дисграфии (частичное нарушение процесса письма, проявляющееся в стойких ошибках) и дислексии (частичное специфическое нарушение процесса чтения).

Основные подходы в логопедической работе с данной категорией детей:

— уменьшение степени проявления двигательных дефектов

- речевого аппарата — спастического пареза, гиперкинезов, атаксии;
- формирование артикуляционного праксиса на этапе производства, автоматизации и дифференциации звуков речи;
- развитие фонематического восприятия и звукового анализа;
- нормализация просодической стороны речи (мелодико-интонационной и темпоритмической);
- работа над выразительностью речи и развитие речевой коммуникации.

При проведении коррекционной работы целесообразно использовать следующие методы воздействия:

- логопедический массаж и артикуляционная гимнастика;
- дыхательные и голосовые упражнения;
- метод биологически-обратной связи (БОС).

Коррекционная работа ориентирована на программу реабилитации детей с онкологическими заболеваниями.

В контроль после проведения комплексного лечения опухоли головного мозга у маленьких пациентов входит проведение реабилитации в специализированном центре. Взаимодействие врача-онколога и коррекционного педагога очень важно и

необходимо на данном этапе реабилитации. Сочетание коррекционно-логопедической работы с медикаментозной терапией, физиотерапией, ЛФК, психологической помощью служит важным компонентом реабилитации детей с опухолью головного мозга.

Литература

1. *Глаголев Н.В.* и др. Особенности диагностики и лечения опухолей головного мозга у детей // Актуальные вопросы онкологии: Сб. науч. тр. Воронеж, 2012.
2. *Желудкова О.Г.* Лечение опухолей головного мозга у детей // Врач. 2011. № 12.
3. *Назаров В.М.* Неврология и нейрохирургия. М., 2014.
4. *Никифоров А.С.* Нервные болезни. М., 2010.
5. *Никифоров Б.М., Мацко Д.Е.* Особенности опухолей головного мозга у детей // Нейрохирургия и неврология. 2012. № 1.
6. *Петрухин А.С.* Неврология детского возраста. М., 2014.
7. *Тюльпин Ю.Г.* Медицинская психология. М., 2014.
8. *Kaatsch P., Spix C., Michaelis J.* 20 Years German Childhood Cancer registry. Annual report 1999. Mainz, 2000.
9. *Kühl J., Doz F., Taylor R.* Embryonic tumors // Walker D.A., Perilongo G., Punt J.A.G., Taylor R.E., eds Brain and spinal Tumors of childhood. Arnold, 2004.

Технология нейрореабилитации BrainPort

Федорова М.А.,

учитель-логопед ГБОУ «Школа № 224», Москва

Аннотация. Статья посвящена проблеме нейрореабилитации пациентов при помощи аппарата транслингвальной электростимуляции головного мозга BrainPort, который используется в нейрореабилитации людей с травмами головного мозга, инсультами, рассеянным склерозом, болезнью Паркинсона, нарушениями зрения или слуха, детским церебральным параличом и др.

Ключевые слова. BrainPort, транслингвальная электростимуляция, нейростимуляция головного мозга, нейропластичность, нейрореабилитация.

BrainPort — современная, новейшая технология нейрореабилитации, базирующаяся на эффективной периферической нейростимуляции головного мозга. В настоящее время она активно разрабатывается, позиционируется как инновационный, нестандартный подход к лечению больных; позволяет полностью восстановить или значительно компенсировать утерянные или нарушенные функции.

Технология BrainPort предполагает использование транслингвальной электростимуляции головного мозга. С помощью электрода, закрепляемого на языке, передается сенсорная информация в мозг. Данный метод за-

служенно считается прорывом в нейрореабилитации.

Фундаментом для создания технологии BrainPort послужили базовые принципы нейропластичности. Ее применение реализует комплексный подход для воздействия на структуры и клетки, отвечающие за нормальное функционирование нервной системы.

Нейропластичность — свойство человеческого мозга, заключающееся в возможности изменяться под влиянием опыта и восстанавливать связи, утраченные вследствие повреждения или ответа на внешнее воздействие.

Мозг состоит из взаимосвязанных нервных клеток (нейронов) и клеток глии. Научение мо-

жет происходить посредством изменения прочности связей между нейронами, их возникновения или разрушения, а также с помощью нейрогенеза — многоступенчатого процесса образования новых нервных клеток в зрелой ЦНС, адаптивной функции. Следовательно, нейропластичность относится непосредственно к процессам возникновения и разрушения связей и нейрогенезу.

Нейропластичность проявляется на разных уровнях: от клеточных до крупномасштабных изменений мозга с переназначением ролей в его коре в качестве ответной реакции на повреждение конкретных отделов. Роль нейропластичности трудно переоценить. Она широко признается современной медициной, используется в развитии памяти, обучении и восстановлении поврежденного мозга.

Аппарат BrainPort — портативный нейростимулятор (сокращенно ПоНС), активизирующий собственные потенциальные возможности и ресурсы головного мозга, запускающий процессы самореабилитации и самооптимизации нервной системы. При этом хирургическое вмешательство не требуется, что обеспечивает абсолютную безопасность для пациентов.

Кроме того, использование специальных умственных и физи-

ческих упражнений в комплексе со стимуляцией процессов саморегенерации позволяет развивать определенные отделы головного мозга, регулирующие специфические неврологические процессы и функции:

- когнитивные, например память, внимание или способность решать несколько заданий одновременно;
- физические возможности, такие как умение держать баланс и равновесие, поддержка правильной походки, контроль тремора и т.д.

С помощью технологии BrainPort путем нехирургической тактильной электростимуляции двух из 12 черепно-мозговых нервов (тройничного и лицевого) активизируются процессы нейропластичности.

Электростимуляция головного мозга — один из видов электротерапии, предполагающей применение электрического тока для стимуляции нейронов. Она используется в нейрохирургии, экспериментальных исследованиях и лечении психологических расстройств.

Сегодня существует несколько видов электростимуляции головного мозга:

- инвазивная — внедрение электродов непосредственно в те участки головного мозга, которые нуждаются в стимуляции;

- транскраниальная — воздействие на мозг путем внешнего приложения электродов к определенным участкам головы;
- транслингвальная, реализующаяся с помощью аппарата BrainPort;
- внешние воздействия электрическими импульсами на участки коры головного мозга, отвечающие за формирование конкретных навыков, в процессе обучения при помощи специальной шапки с электродами и компьютерной программы.

Система BrainPort была изобретена в 1992 г. в США в лаборатории нейрореабилитации и тактильной коммуникации Университета Висконсина—Мэдисона. Основоположник метода американский ученый Пол Бах-й-Рита. Важно отметить, что именно он в 1969 г. впервые высказал гипотезу о пластичности мозга. До этого момента общепринятым было мнение о том, что структура ствола мозга и неокортекса формируется в детстве и остается неизменной по завершении формирования. История возникновения гипотезы о пластичности мозга достойна отдельного внимания.

В 1959 г. отец Пола Бах-й-Рита стал жертвой инсульта, в результате чего полностью лишился речи и остался наполови-

ну парализованным. Врачи той эпохи не допускали даже мысли о том, что человека из этого состояния можно вывести и как-то реабилитировать и только могли предложить отправить его в хоспис. Пол и его брат Джордж поклялись восстановить отца, разработав жесткую систему тренировок. В итоге им удалось восстановить отца после инсульта: он снова смог говорить, ходить и даже возобновил педагогическую деятельность.

Именно этот случай позволил будущему исследователю в области нейрореабилитации П. Бах-й-Рита, задуматься о том, каким образом можно восстановить функции мозга. В дальнейшем он выдвинул три гипотезы, призванные доказать идею о том, что мозг является пластичной структурой:

- поврежденную сенсорную систему (в частности зрение) можно заменить чем-то другим;
- в мозгу, кроме нейронов, есть дополнительная система коммуникаций;
- мозг пластичен в течение всей жизни и способен к изменению в любом возрасте.

Эти три гипотезы стали фундаментом для дальнейшей работы исследователя. Однако активно разрабатываться это направление стало только в 90-е гг. XX в. совместно с российским ученым

Ю.П. Даниловым. После смерти П. Бах-й-Рита в 2006 г. ученый вместе с группой других исследователей продолжает его дело по сей день, не останавливаясь на достигнутых результатах.

Но вернемся к первым, важнейшим исследованиям в области восстановления функций мозга, поскольку они легли в основу работы над созданием технологии BrainPort.

В 70-е гг. XX в. приобрели широкую известность эксперименты, которые П. Бах-й-Рита и Ю.П. Данилов проводили со слепыми: изображение с помощью видеокамеры фиксировалось на спине слепого человека, и он мог ею различать изображения в реальном времени и даже узнавать лица людей. Однако аппарат был слишком громоздким и сложным в использовании, поэтому его применение становилось возможным только в условиях исследовательской лаборатории.

В 80-е гг. XX в. ученые решили, что необходимо переходить от механической к электрической стимуляции кожи. Поскольку они работали со слепыми людьми, речь шла о сенсорной системе высокого разрешения. Многочисленные лабораторные исследования разных участков кожи показали, что лучше всего для этой цели использовать язык, в частности, потому что его можно стимули-

ровать достаточно маленькой матрицей. Исходная матрица имела размер примерно 3×3 см, и на ней находилось 144 электрода.

С ее помощью слепые были способны определять выражение лица человека, контролировать различные приборы и манипулировать с ними, например, что-либо делать на кухне (поставить чайник, найти чашку, налить в нее чай). Аппарат BrainPort позволял им «видеть языком». Но, конечно, как отмечает в своем интервью Ю.П. Данилов, эти пациенты видят не в прямом смысле слова. Они могут оперировать информацией, получаемой с помощью данного аппарата, для выполнения тех задач, в которых обычно участвует зрение. Больные кожей «чувствуют» некую пространственную информацию, а в мозгу она встраивается в те поведенческие сети, в которые обычно включено зрение. Иначе говоря, изображение окружения, полученное через видеокамеру, преобразуется в электрические импульсы, и те через электродную матрицу посылаются на язык человека. Человеческий же мозг способен интерпретировать эти импульсы и воспринимать их как визуальные сигналы.

После получения успешных результатов исследователи поставили перед собой вопрос о том, к какой еще категории пациентов применима данная технология.

Тогда они разработали другую систему, предназначенную для людей с дисфункцией вестибулярного аппарата, которая может быть следствием аутоксической реакции на антибиотики, идиопатических вестибулярных нарушений, нарушений равновесия как вторичных проявлений заболеваний и др.

Ю.П. Данилов говорит о том, что эти люди перестают чувствовать вектор тяжести. Ощущение вектора тяжести служит точкой отсчета, относительно которой мы ориентируем тело, когда сидим, встаем, ходим, бегаем и т.д. Чтобы больные получили возможность чувствовать отклонение точки отсчета, необходимой также для поддержания позы, им на голову надевается специальный датчик изменения положения тела, присоединяемый к аппарату BrainPort. Данная система оказалась чрезвычайно эффективной: больные в течение нескольких минут учились пользоваться прибором и моментально включали его в контроль за телом.

Таким образом, исследователи разработали методику реабилитации вестибулярных больных, которую они довольно успешно использовали. В дальнейшем ученые обнаружили новую серию феноменов: например, пациенту с помощью аппарата

восстанавливали равновесие, а у него вместе с тем, как утверждает Ю.П. Данилов, улучшался сон или контроль за движениями глаз. В процессе анализа этих явлений был сделан вывод: стимуляция языка, в свою очередь, стимулирует мозг к самовосстановлению.

Многочисленные эксперименты показали, что если нейрон работает активно, т.е. генерирует импульсы, проведение по волокну идет быстрее, и сигналы передаются более эффективно. В том случае, если данная стимуляция продолжается в течение определенного времени, аксон начинает выращивать новые контакты между клетками, улучшается работа нервных сетей. Таким образом, нужно заставить нейроны генерировать импульсы чаще.

Ю.П. Данилов обращает внимание на то, что электрическая стимуляция, находящаяся непосредственно на языке, на нем же и заканчивается, следовательно, распространенное утверждение о том, что с помощью аппарата BrainPort происходит электрическая стимуляция мозга, — ложно. Однако дело в том, что в эпителии языка находится множество рецепторов и свободных нервных окончаний. Прибор в этих окончаниях вызывает естественные нейронные импульсы, которые и являются фактором, влияющим на работу мозга.

Сигналы, поступающие с поля ниже шеи (в том числе от кончиков пальцев), идут через спинной мозг. Кончик языка же напрямую связан со стволом мозга и мозжечком.

Два основных нерва от кончика языка обеспечивают информационные потоки непосредственно в ствол мозга, активизируя комплекс ядер тройничного нерва, которые идут от спинного мозга к среднему. Рядом располагается солитарное ядро, здесь же имеются ретикулярная формация ствола мозга и три пары ножек мозжечка. Как известно, эта зона ствола мозга имеет большое скопление (86) ядер, половина из которых ответственна за автономную регуляцию кровообращения и дыхания, а половина — за сенсомоторную регуляцию. Интенсивная ритмическая стимуляция нейронов приводит к соответствующей активизации синаптических контактов и аксонов, в том числе весь комплекс пред- и постсинаптических нейрохимических механизмов. Стимуляция с устройства BrainPort повышает врожденную способность мозга к повышению его функции.

Фактически получается, что при стимуляции языка активизируются структуры, отвечающие практически за все функции, происходящие в организме.

Нейрореабилитационные исследования ученых направле-

ны на четыре группы больных: с травмами мозга, инсультами, рассеянным склерозом и болезнью Паркинсона. Они выбраны учеными по той причине, что на данный момент считаются практически неизлечимыми. Однако в настоящее время уже проводятся исследования в области применения аппарата BrainPort в работе со многими другими нарушениями.

Поскольку транслингвальную электростимуляцию можно использовать в целях восстановления моторной функции или обучения новым моторным навыкам, достаточно большое количество научных трудов посвящено проблеме реабилитации пациентов с детским церебральным параличом. Технология BrainPort позволяет активировать нервные пути, связанные непосредственно с локomotorной функцией.

Также есть работы, посвященные проблеме нейрореабилитации больных с нарушениями слуха с использованием прибора ПоНС.

Создатели методики заявляют, что границ ее применения они еще не нашли. Таким образом, помимо вышеперечисленного, данная технология может применяться к пациентам с врожденными нарушениями развития, такими как аутизм, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, синдромы Дауна, Ретта

и др., в коррекционной работе с детьми и взрослыми, имеющими нарушения устной и письменной речи и во многих других случаях.

Важно иметь в виду, что аппарат не лечит болезни, но он дает возможность восстановить мозг после травм, помочь человеку бороться с симптомами заболевания. Например, если после инсульта прошло больше полугода, считается, что все, чего удалось достичь за эти полгода, — предел. Однако с помощью технологии BrainPort появляется возможность восстановить еще многие функции организма, в зависимости от тяжести нарушений, не останавливаясь на достигнутом.

Рассеянный склероз — нейродегенеративное, хроническое аутоиммунное заболевание. В настоящее время никто не знает, как его лечить. Считается, что это заболевание будет прогрессировать, а состояние человека ухудшаться. Однако если заниматься с пациентом, который ходит с палочкой или ходунками, в течение нескольких недель или лет, можно вернуть его к нормальной ходьбе, т.е. помочь бороться с болезнью.

И еще один важный момент, его часто опускают. По мнению Ю.П. Данилова, технология BrainPort активизирует собственные, внутренние резервы пациента, происходит самовосстановление. В течение длительного времени

данная технология применялась только в исследовательских лабораториях США. После того как был достигнут значительный положительный результат, аппарат электрической нейростимуляции BrainPort апробировали в соответствии с европейскими стандартами оказания медицинской помощи, а мировое научно-медицинское сообщество его признало и одобрило. В 2010 г. метод транслингвальной электростимуляции головного мозга был представлен на Всемирном психофизиологическом конгрессе, проводимом в Санкт-Петербурге.

Система BrainPort — неинвазивная технология. Ее применение не вызывает осложнений, которые были бы связаны с оперативным вмешательством, а также не требуется реабилитации пациентов после лечения. Она очень простая и безопасная, что делает ее доступной к использованию большим количеством специалистов в разных областях, и больные также осваивают ее без особых усилий. В работе по данной методике требуется активное участие пациента в процессе нейрореабилитации, что также благотворно влияет на лечение, повышая шансы на успешный исход.

Данная технология широко используется в качестве одного из направлений нейрореабилитации.

тации больного в сочетании с медикаментозной терапией и современными технологиями физиотерапии, поскольку в медицинских учреждениях занятия на аппарате BrainPort не отменяют и не заменяют медикаментозного лечения, являясь дополнительным средством реабилитации утраченных функций.

Фармацевтические компании делают значительные успехи в развитии медикаментозного лечения тяжелых заболеваний нервной системы, но несмотря на это в настоящее время лекарственные препараты позволяют лишь затормозить развитие патологических изменений, а качество жизни пациентов при выраженном неврологическом дефиците остается на низком уровне.

Работа же с современной технологией BrainPort позволяет уменьшить дозы принимаемых препаратов и / или увеличить промежуток времени между приемом таблеток, что является чрезвычайно важным для пациента, которому приходится в течение длительного времени принимать лекарства.

Эффективность данной технологии не вызывает сомнений. Сначала аппарат BrainPort представлял собой прибор, посылающий электрический импульс на язык и опосредованно через него в мозг, благодаря чему у

пациентов с потерей зрения появлялись визуальные поля. Больные (слепые инвалиды), смогли самостоятельно ориентироваться в пространстве, в окружающей обстановке, свободно взаимодействовать с предметами и людьми. Сегодня же система BrainPort применяется не только пациентами с проблемами зрения. Стимулируя тактильную чувствительность языка, она обеспечивает передачу утерянного сигнала от вестибулярного аппарата и структур внутреннего уха в головной мозг.

Кроме того, этот эффект сохраняется даже после прекращения стимуляции. Пациенты, прошедшие курс лечения на аппарате BrainPort, могут постоянно поддерживать равновесие, сохраняют нормальную походку и благодаря этому получают возможность снова выполнять самостоятельно все повседневные дела и жить обычной жизнью.

Большинство пациентов после прохождения терапии демонстрируют существенное улучшение жизненных функций, согласно стандартам оценки качества жизни больного.

Нейрореабилитация проводится в условиях поликлиники или стационара. Курс лечения составляет 10—14 дней и включает в себя медикаментозное лечение, ЛФК с равновесием и

ходьбой и нейрорелаксацию с аппаратом BrainPort.

Как отмечают специалисты, чтобы получить устойчивый стабильный результат, пациенту достаточно двух недель тренировок. В понятие «устойчивый результат» в данном случае входят:

- значительная стабилизация походки;
- постоянное сохранение равновесия тела в различных позах;
- возобновление свободной двигательной активности, речевых и голосовых функций;
- отсутствие тремора, осознанный контроль функционирования пальцев рук;
- значительное уменьшение количества либо полное отсутствие непроизвольных движений;
- значительное улучшение координации движений;
- релаксация разных групп мышц, которые в силу заболевания находились в состоянии гипертонуса или даже ригидности.

Подводя итоги, следует отметить, что на данный момент методика BrainPort не имеет отрицательных отзывов. Специалисты и пациенты отзываются положительно о данной технологии, отмечают эффективность реабилитации с ее использованием.

Литература

Видеть языком. Разговор с нейрофизиологом // <http://nature-wonder.livejournal.com/189322.html>

Данилов Ю.П. CN-NINM Технология: новый подход к нейрореабилитации: Доклад на конференции «Вейновские чтения». 2012 // <http://www.paininfo.ru/events/vein11/>

Дейнеко В.В. Моделирование прогноза физической реабилитации у детей с детским церебральным параличом: Дисс. ... канд. биол. наук. СПб., 2017.

Дойдж Н. Пластичность мозга. М., 2010.

Кин С. Дуэль нейрохирургов. Как открывали тайны мозга, и почему смерть одного короля смогла перевернуть науку. М., 2015.

Кондратова Н.В., Чудинская Г.Н. Лечение болезни Паркинсона, методика брейн-порта // http://www.medicinform.net/nevro/nevro_pop27.htm

Нейрореабилитация. Методика стимуляции головного мозга аппаратом брейн-порт // www.medicina.ru Система Brain Port — прорыв в нейрореабилитации пациентов // <http://gidmed.com/novosti/sistema-brain-port.html>

Тулинов Д. Ворота в мозг // Русский репортер. 2015. № 7 (383).

Kaczmarek, K.A. The tongue display unit for electrotactile spatiotemporal pattern presentation // *Scientia Iranica D*. 2011. Vol. 18.

Rugnetta M. Neuroplasticity // www.britannica.com

Система защиты детского организма

Коваленко А.А.,

*педагог школы скорочтения и развития интеллекта IQ 007,
г. Краногорск, Московской обл.;*

Лоторевич П.О.,

руководитель отдела закупок ООО «КрепПак Сервис»;

Орлова Н.И.,

ведущий консультант Минэнерго России;

Синецкая Т.И.,

редактор КТ ООО «"Бауэр СНГ" и Компании», Москва

Аннотация. В статье с позиции онтогенеза раскрываются этапы формирования структур и функций иммунной системы, а также влияние эндо- и экзогенных факторов на состояние защитных сил организма. Описываются различные подходы к вакцинации.

Ключевые слова. Иммунитет, развитие ребенка, иммунизация, вакцинация, национальный календарь прививок, токсиканты.

Формирование защитной системы организма — процесс многосторонний, неразрывно связанный со становлением ведущих видов деятельности ребенка.

Полноценное развитие последнего возможно при соблюдении необходимых условий для формирования анатомо-физиологических систем и их функций. Наиболее незрелой и чувствительной к воздействию выступает иммунная система,

формирующаяся на ранних сроках органогенеза.

Иммунитет и его критические периоды

Иммунитет — защитная реакция организма на различные инфекционные раздражители, которые могут вызвать заболевание. Он бывает врожденным (неспецифическим) и приобретенным (специфическим).

Иммунитет у плода формируется на 4—5-й нед. беременности, поскольку примерно в это же время формируется печень, отвечающая за выработку В-лимфоцитов, на 6—7-й нед. — вилочковая железа, отвечающая за выработку Т-лимфоцитов. Постепенно начинают формироваться иммуноглобулины.

На 3-м мес. беременности лимфоциты группы В вырабатывают полный комплекс иммуноглобулинов, участвующих в защите новорожденного в первые недели его жизни. Немаловажный этап — формирование селезенки (в ней вырабатываются лимфоциты). Однако лимфоузлы начинают работать в полную силу только в 6—7 лет.

Первый критический период в становлении иммунитета — момент рождения. Во время родов иммунитет младенца работает всего на 40—45%. Объясняется это тем, что при прохождении родовых путей он контактирует с миллионами неизвестных для него бактерий, а при рождении — с миллиардами. При полноценной работе иммунной системы организм бы не справился.

Лишь благодаря материнским иммуноглобулинам организм ребенка продолжает полноценно функционировать. После рождения желудочно-кишечный тракт заполняется кишечными бакте-

риями, и иммунная система малыша начинает постепенно восстанавливаться.

Второй критический период — 6—7 мес. Полученные материнские клетки и антитела покидают детский организм. У младенца начинает самостоятельно вырабатываться иммуноглобулин А.

Третий критический период — 2—3 года. Происходит становление приобретенного иммунитета. Ребенок довольно часто болеет, иммунная система развивается. В данный период нельзя давать иммунные препараты, поскольку это может помешать формированию приобретенного иммунитета или ухудшить его состояние.

В 6—7 лет наступает *четвертый критический период*. *Пятый*, и последний, приходится на подростковый возраст: у девочек — это 12—13 лет, у мальчиков — 14—16.

Какие же болезни ослабляют иммунитет и влияют на речь ребенка?

Острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) дети болеют 6—8 раз в год, а часто болеющие — до 12 раз в год. Однако страшны не сами вирусные инфекции, а их многочисленные осложнения, к которым относятся фарингит, трахеит, ларингит, бронхит,

отит, гайморит, пневмония, менингит. Перенесенные ребенком заболевания могут сопровождаться поражением нейropsychических функций, голоса, снижением слуха, остановкой развития речи.

Иммунизация

Иммунная система человека не всегда в состоянии противостоять атакам вредоносных микроорганизмов. Иммунизация создает искусственные условия для сопротивления организма инфекциям. После введения вакцины иммунитет сохраняется от нескольких месяцев до нескольких лет.

Создание вакцин стало возможно, когда ученые научились культивировать возбудителей различных опасных заболеваний в условиях лаборатории. Введение в организм особого лекарственного препарата (вакцины), который создает защиту против одной или ряда болезней, называется прививкой. Именно прививки помогают радикально бороться с некоторыми инфекциями.

Не всегда прививка может защитить человека от болезни, но она помогает предотвратить ее тяжелое течение и избежать смертельных осложнений. В Национальном календаре прививок

можно выделить несколько основных заболеваний: гепатит В, туберкулез, коклюш, дифтерия, столбняк, полиомиелит, краснуха, корь, эпидемический паротит, гемофильная и пневмококковая инфекции.

Побочные реакции на прививки — одна из главных проблем вакцинации, вызывающие страх у пациентов. К побочным реакциям относят изменения в организме человека, напрямую связанные с вакцинацией, выходящие за границу физиологических колебаний и не способствующие развитию иммунитета.

Общие реакции на прививку: повышение температуры тела и недлительные признаки интоксикации (головная боль, слабость, потеря аппетита и др.).

Некоторые реакции на прививку проявляются симптомами со стороны тех тканей и органов, к которым есть сродство у возбудителя. Например, прививка от кори может вызывать повышение температуры, кашель, насморк, конъюнктивит и др., от паротита — увеличение околоушных слюнных желез. После прививки от краснухи могут появиться сыпь и увеличиться лимфатические узлы в области затылка.

В классическом варианте ребенок до одного года получает 23 вакцины, а то и больше. В ин-

струкциях по их применению отмечают возможные осложнения и побочные действия. К ним относятся не только покраснение кожи и повышение температуры тела. Могут возникать тяжелые поражения ЦНС, внутренних органов, в том числе менинго- и панэнцефалит.

С середины 90-х гг. XX в. резко возросло количество вакцин, используемых для детей. Все они содержат ряд токсических веществ: формалин, алюминий, ртуть, консерванты, антибиотики. В составе вакцин также есть биологические остатки питательных сред, на которых выращивают вирусы, хромосомы, ДНК животных, не говоря уже о самих вирусах. Все это вводится непосредственно в кровь.

Токсиканты находятся в вакцине в небольших количествах, но когда в течение года проводится интенсивная вакцинация, они накапливаются. Вследствие вакцинации без несоблюдения ее правил и графиков могут развиваться даже аутоиммунные поражения: защитные клетки, предназначенные для борьбы с внешними факторами — микробами, вирусами — начинают атаковать клетки своего организма. На эту тему есть целый ряд научных публикаций. Аутоиммунные заболевания могут приводить к развитию диабета,

онкологических заболеваний, заболеваний суставов, кишечника, ДЦП, вызывать задержку развития и аутизм.

Так что же? Не делать прививки вообще? Делать, но перед этим нужно обязательно пройти полное обследование и правильно оценить состояние ребенка. Ведь человек не прожил бы и дня, находясь в агрессивной окружающей среде, наполненной вирусами, бактериями и другими микроорганизмами, вредными для его здоровья, если бы в процессе эволюционирования его организма не была создана специальная система защиты.

Вилочковая железа — железа детства

Иммунная и эндокринная системы — части единого целого, всегда работающие совместно. Особенно хорошо их взаимодействие и связь заметны на примере тимуса (вилочковой железы). Этот орган состоит из особых клеток, по строению похожих на иммунные, но способных выделять гормоны. Тимус влияет на процессы роста и развития детей, а с возрастом постепенно снижает свою активность. Также он выделяет вещества, отвечающие за иммунитет. Получается такая «круговая порука», в которой иммунная и эндокринная

системы контролируют друг друга.

Вилочковая железа состоит из двух конструктивных отделов: шейного и грудного, размещается она в переднем средостении, преобразует стволовые кроветворные клетки в Т-лимфоциты. Из экстрактов ткани вилочковой железы получены биологические препараты, стимулирующие реакции клеточного иммунитета и усиливающие создание антител, что влечет увеличение количества Т-лимфоцитов в крови.

Увеличение вилочковой железы у детей приводит к возникновению тимомегалии. Среди причин ее возникновения — перенесенные болезни, генетический фактор, аномальное протекание беременности, инфекционные заболевания матери, позднее зачатие, нефропатия.

По каким симптомам можно распознать болезнь у детей? Это увеличение лимфатических узлов, миндалин и аденоидов, гипотония, ожирение, крипторхизм, фимоз у мальчиков, гипоплазия половых органов у девочек. Как правило, симптомы тимомегалии проявляются до достижения ребенком 3—6 лет.

Гипофиз

Гипофиз — главный орган эндокринной системы. Про-

дуцируемые им гормоны регулируют выработку гормонов в других железах. Таким образом, гипофиз влияет на работу большинства систем человека, в том числе иммунную. Избыток или недостаток гормонов, производимых этой железой, приводит к серьезным заболеваниям. Гипофиз отвечает за секрецию многих гормонов в организме человека. Он регулирует большинство процессов организма: рост и развитие, репродуктивную и половую функции, психоэмоциональное состояние и др.

Гипофиз имеет небольшой размер — в среднем около 10 мм в длину и 12 мм в ширину. Его масса составляет около 0,5 г. Гипофиз отвечает за правильное функционирование многих процессов человеческого организма и состоит из двух основных долей, одна из которых занимает 80% объема всей железы. Передняя (наибольшая) доля носит название аденогипофиз, а задняя — нейрогипофиз. Существует и третья, промежуточная доля, имеющая наименьшее значение и отвечающая за выработку меланоцитостимулирующего гормона.

Функции гипофиза жизненно необходимы для организма, и поэтому данная железа развивается достаточно рано — она присутствует у плода уже на 4—5-й нед.

беременности. Ее развитие продолжается до полного полового созревания. Средняя доля у новорожденных намного меньше, чем у взрослого, однако со временем ее размер уменьшается.

Функция гипофиза проявляется уже в грудном возрасте, но особенно в периоды первого «вытягивания» и препубертатный. Недостаток или избыток гормонов гипофиза может вызывать у ребенка ряд заболеваний — аденому гипофиза, гипо-

физарный нанизм или карликовость, гигантизм и акромегалию, адипозо-генитальную дистрофию, гипотиреоз.

Развитие защитных систем организма связано с физиологическими функциями и влияют на биологические процессы их формирования. В критические периоды становления иммунной системы особое внимание нужно обращать на нейропсихические, нейроэндокринные и соматические состояния.

ИЗ СИСТЕМЫ ОЗДОРОВЛЕНИЯ СЕРАФИМА ЧИЧАГОВА

Что каждый из нас может сделать для восстановления своего здоровья?

Существует время работы и время восстановления каждого органа. Если мы правильно поступаем во время восстановления или работы того или иного органа, мы никогда не боеем. Желудок работает максимально двенадцать часов, с пяти часов утра до пяти часов вечера. К шести часам вечера в желудке нет ни соляной кислоты, ни клеток, которые ее вырабатывают, следовательно, пища принятая после этого времени, не переваривается. Поэтому появляются неприятный запах изо рта утром, состояние усталости, отсутствие аппетита.

Поскольку соляная кислота очень сильный растворитель, чтобы клетки в желудке не растворились, в течение дня каждые два часа, нужно что-то есть. Организм — самовосстанавливающаяся система, он сам должен подсказать, какие микроэлементы ему необходимы в тот или иной период. Диеты не должно быть никакой. Организм «просит» продукты, содержащие необходимые элементы, поэтому нет запрещенной пищи.

В течение дня пища должна поступать как можно чаще, примерно, через два часа. Необходимо пятиразовое питание (как в санатории).

К.П. Кравченко

Психоневротические особенности развития детей 0—6 лет

Джиганшина Ф.И.,

детский невролог ГБУЗ ДГП № 148 ДЗМ, Москва

Аннотация. В данной статье автор освещает проблему психофизического развития и соматического здоровья детей, описывает причины этого явления, раскрывает уровни развития ребенка и отмечает протекание кризисных периодов, когда повышен риск возникновения патологии.

Ключевые слова. Психофизическое развитие, психоэмоциональная обстановка в семье, стресс, адаптация, эмоциональная депривация, тревожное поведение.

В последние 10—15 лет в России отмечается значительное ухудшение состояние здоровья детей. В настоящее время только 30% детей рождаются здоровыми. У большинства наблюдаются нарушения психофизического развития и соматические расстройства. Основные причины этого:

- загрязнение среды обитания;
- неблагоприятная социально-экономическая ситуация. Многие семьи, имеющие детей с ограниченными возможностями здоровья, живут ниже прожиточного минимума. Растет число детей с особыми нуждами: это больные, дети-инвалиды, социальные сироты и дети, оставшиеся без родительского попечительства;

— стрессовая обстановка в семьях и образовательных учреждениях.

ЦНС закладывается к началу четвертой недели эмбрионального развития. Строение мозговой коры новорожденного отличается от строения коры взрослого дифференцировкой и величиной нервных клеток. Нервная деятельность, как бы сложна она ни была, имеет рефлекторный характер: «чувственное раздражение извне — движение». Поэтому любые отрицательные воздействия на организм беременной во время закладки нервной системы могут привести к врожденной ее патологии.

При постановке опытов по образованию условных рефлексов у человеческого плода до его

рождения ученые основывались на идее появления у него двигательных реакций при сильных звуковых раздражениях. Начиная со второй половины беременности плод на звуки рефлекторно отвечает сильными движениями, толчками в переднюю стенку живота матери. Световая реакция зрачков обнаруживается уже с 5-го мес. внутриутробного развития.

Один из наиболее раносозревающих анализаторов — вестибулярный. Имеются данные, что вестибулярный аппарат начинает функционировать во внутриутробном развитии, и его раздражения, возникающие при перемещении матери или плода, вызывают рефлекторное восстановление нарушенного положения последнего. Отсюда ясно, что все движения тела беременной отражаются на положении тела плода в пространстве и при определенных условиях могут стать причиной различной патологии.

Корковый центр экспрессивной «моторной» речи (центр Брока) расположен в заднем отделе третьей лобной извилины левого полушария. В лобных извилинах находятся двигательные центры, поэтому речевое становление ребенка зависит от развития движений. Детская речь развивается по законам образования условных связей. Речевая, или по

И.П. Павлову, вторая сигнальная система, свойственная только человеку, обобщает всю деятельность головного мозга путем образования речевых условных реакций со всех анализаторов. Вновь образующиеся условные рефлексы, как положительные, так и тормозные, немедленно озвучиваются, связываются с двигательной речевой системой и входят в словарный состав речи.

У нормального ребенка с 3 мес. начинается период лепета, который наблюдается до 9—12 мес. жизни. В 3—4 мес. появляются первые слоги, которые произносятся одним дыхательным толчком. Развитие понимания речи — очень сложный и длительный процесс. Человеческий голос очень рано фиксирует внимание ребенка: он реагирует на речь уже в первую неделю жизни, а в конце второй недели после родов у него появляется плач, как только с ним начинают говорить.

К концу первого месяца жизни наблюдается успокаивающее действие звуков колыбельной песни. В конце второго месяца был зарегистрирован поворот головы ребенка в сторону звука. Начиная с 3—4 мес. ребенок прислушивается к обращенной к нему речи, смотрит на рот говорящего, и сам начинает издавать звуки. В 7—9 мес. начинает развиваться понимание

отдельных слов и выражений. В этот период большое значение для формирования речи ребенка имеют четкость, плавность, правильная артикуляция речи взрослых, окружающих малыша. Если члены семьи говорят громко, надрывно, напряженно, он слышит не речь, а один сильный крик, что вызывает сильное раздражение речевого центра и в дальнейшем может стать причиной задержки речевого развития. Тихая, спокойная, четкая речь воспринимается и принимается ребенком быстрее и правильнее.

У нормально развивающегося ребенка в период с 9 до 12 мес. появляются первые слова, которые большей частью состоят из одинаковых парных слогов (*nana, баба, дед, мама* и т.д.) и звукоподражательных слов (*кис-кис, му, бе* и т.д.).

В 2—5 лет наиболее продуктивно развивается речь. В 4 года происходит самый значительный прирост словарного запаса (2000—3000 слов). К 4—5 годам обычно исчезает симптом физиологического косноязычия.

Период развития речи ребенка требует тщательного наблюдения и руководства, а нарушение периода становления речи — своевременного его устранения, преодоления путем совместной работы невролога и логопеда и продуманного медико-педаго-

гического воздействия. Знание закономерностей нормального пути воздействия и развития речи дает возможность врачу своевременно заметить нарушения в состоянии и развитии высшей нервной деятельности ребенка и провести ряд необходимых профилактических и лечебных мероприятий. Эти знания нужны также педагогам, воспитателям. Родители должны получать соответствующие инструкции, много разговаривать с ребенком, читать сказки, учить с ним стихи. Так может быть обеспечено наблюдение за нормальным протеканием каждого из периодов развития речи и их своевременной сменяемостью.

Из клинической практики хорошо известно, какую роль играет стресс в дебюте и обострениях различных заболеваний. Нередко сами больные говорят: «У меня все случилось на нервной почве», «Все от стресса».

Стресс — неспецифический ответ организма на любое предъявленное к нему требование. С точки зрения стрессовой реакции не имеет значения, приятна или нет ситуация, с которой сталкивается человек. Имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке и адаптации организма.

Выделяют чрезвычайный и повседневный стресс. Повсе-

дневные стрессы бывают острыми и хроническими. Люди, склонные к депрессии, тревожности, мнительности, истерическим реакциям, больше декомпенсируются при любом стрессе, чем обычные люди. На устойчивость к стрессу влияет детский анамнез.

Приведем последствия неблагоприятной психоэмоциональной обстановки в семье на развитие детей.

Драматические ситуации в детстве. Если один или оба родителя страдают алкоголизмом, в семье происходят бурные конфликты: угрозы, драки. В целях безопасности дети вынуждены покидать свой дом.

Эмоциональная депривация. Если в семье интересы родителей связаны с работой или другими обстоятельствами вне семьи, у отца или матери отсутствует эмоциональная привязанность к ребенку, дети постоянно испытывают повышенную потребность в тесных эмоциональных контактах. Во время стрессов они беспомощны.

Сверхтревожное поведение родителей. Если родители чрезмерно заботятся о детях, постоянно ожидают опасности, несчастья, у детей формируется тревожность. Стрессы у таких людей протекают очень тяжело.

Обученная беспомощность. Эмоциональная нестабильность

в семье, постоянные конфликты между родителями, психологическая несовместимость, трудные материально-бытовые условия приводят к тому, что ребенок эмоционально вовлекается в конфликты, и у него формируется чувство беспомощности. Это снижает толерантность к стрессам. Конфликты — столкновение противоречивых отношений личностей между собой. Такие переживания становятся источником болезней.

Следовательно, можно сделать вывод, что человек на протяжении своей жизни постоянно испытывает влияние стресса и внутреннего конфликта. Недостаточность систем адаптации приводит к различным заболеваниям, обуславливает их течение и прогноз. Осведомленность врача о механизмах действия стрессов и конфликтов, а также системах защиты от их паталогического действия может способствовать более эффективному взаимодействию с ребенком. Главное, чтобы родители вовремя увидели нарушения ребенка и немедленно обратились за помощью.

Изучение заболеваемости в разных возрастных группах позволило выделить отдельные периоды жизни, названные возрастными кризисами, во время которых имеется повышенный риск возникновения болезни, а

нервная система становится особенно ранима.

Повышенная чувствительность и ранимость человека в эти периоды объясняется не только биологическими особенностями организма, но и возникновением новых, сложных форм жизни в меняющихся условиях. Новые требования, предъявляемые к человеку, могут создать условия для надлома, повреждения психики и соответственно привести к развитию невроза, психоза, нарушения гармонии последующего развития человека.

Главным кризисом для ребенка служит процесс родов. Женщина должна знать, как себя вести при родах, а медицинский персонал — быть внимательным и не оставлять роженицу ни на минуту.

Первый возрастной криз — парапубертатный — приходится на 3 года. В этом возрасте формируется фразовая речь, быстро накапливаются впечатления. Быстрое развитие психических и физических качеств напрягает деятельность всех систем организма. Возрастают и предъявляемые к ним требования. Это создает условия для возможного их сбоя. В этом возрасте ребенок переходит от обозначения себя во втором или третьем лице к освоению «Я» и обозначению себя в первом лице. У ребенка раскрывается первич-

ное формирование самосознания, он вычленяет себя из окружающего мира, у него появляются первые представления о себе как об индивидуальности.

Второй возрастной криз — пубертатный — приходится на 12—15 лет. Происходит сложная перестройка функций многих желез внутренней секреции, бурный рост. У подростков появляются раздражительность, упрямство, противодействие. К 16 годам постепенно наступает фаза выравнивания отношения к окружающим.

Идеальное развитие психики в постнатальном онтогенезе определяется синхронией созревания и развития функциональных систем. Качества внешних влияний, их соответствие периоду развития психики ребенка, последовательность и поэтапность становятся в постнатальный период решающими факторами, определяющими синхронию развития ребенка и формирование его психики.

Литература

- Батышев А.С., Батышева Т.Т.* Врач + пациент: философия успеха. М., 2011.
- Избранные лекции по неврологии / Под ред. В.А. Голубева. М., 2012.
- Ушаков Г.К.* Детская психиатрия. М., 2012.
- Цукер М.Б.* Основы неврологии детского возраста. М., 1961.

Показатели отклонений в развитии ребенка раннего возраста

Борякова Н.Ю.,

*доцент кафедры логопедии ФГБОУ ВО «Московский
государственный педагогический университет»,
Москва*

Аннотация. В статье рассматриваются некоторые закономерности развития ребенка раннего возраста и показатели, по которым можно судить об отклонениях в его психомоторном и речевом развитии.

Ключевые слова. Ранний возраст, сензитивный период, ведущая деятельность, задержка психомоторного и речевого развития.



Ранний возраст — особый период становления органов и систем организма, созревания ЦНС и формирования ее функций, развивающихся в результате взаимодействия с окружающей средой. В первые три года жизни совершенствуются способности мозга принимать сигналы извне, перерабатывать и хранить информацию, что образует базу для дальнейшего интеллектуального, речевого и эмоционального развития малыша.

Для раннего детства характерен целый ряд особенностей. Прежде всего чрезвычайно быстрый темп развития, имеющего скачкообразный характер. Периоды поступательного развития чередуются с критическими периодами. Кризис первого года жизни связан с овладением самостоятельной ходьбой. Второй год — переломный момент в развитии речи, начало развития рече-

мыслительной деятельности, а также наглядного мышления. К третьему году жизни начинается развиваться самосознание ребенка, появляется знаменательное «Я сам».

В критические периоды могут наблюдаться некоторые особенности в поведении: негативизм, упрямство, снижение работоспособности, функциональные расстройства сна и аппетита. Отсутствие скачков в развитии ребенка может служить признаком его нарушения.

Причина неравномерности развития психики ребенка раннего возраста определяется тем, что психические функции созревают в различные сроки. Для каждой из них существуют свои сензитивные периоды. В целом ранний возраст — сензитивный для развития всех видов восприятия (сенсорно-перцептивной деятельности), произвольной памяти и речи, наглядного мышления, психомоторики. Становление этих процессов происходит в рамках ведущей (предметной) деятельности возраста при активном взаимодействии со взрослым. Именно в раннем возрасте закладывается фундамент для эмоционально-личностного развития, формирования мышле-

ния и речи, произвольных движений.

Еще одна особенность раннего детства — взаимосвязь и взаимозависимость состояния здоровья, физического и нервно-психического развития детей.

Изменения в состоянии здоровья малыша влияют на его нервно-психическую сферу. Под влиянием неблагоприятных факторов (стресс, перенесенное заболевание, отсутствие целенаправленного педагогического воздействия) может произойти потеря навыков, наблюдаться явление ретардации («застывания» на более ранней ступени развития).

В раннем возрасте ярко проявляется высокая степень ориентировочных реакций на окружающее. Сенсорные потребности вызывают высокую двигательную активность, а состояние двигательной сферы во многом определяет возможности ребенка в познании окружающего мира.

Темп развития существенно замедляется при сенсорной и эмоциональной депривации, когда малыш лишен полноценных эмоциональных контактов с близкими (прежде всего с матерью), испытывает дефи-

цит впечатлений, не имеет возможности активно двигаться и действовать с различными предметами, знакомиться с их свойствами.

Ребенка раннего возраста характеризует повышенная эмоциональность. На первый план выступает значимость эмоционально насыщенного, теплого общения с мамой, активного взаимодействия с ней. Раннее формирование положительных эмоций — залог благополучного становления личности, основа познавательной и речевой активности.

Психомоторное развитие ребенка в первые годы его жизни зависит от многих факторов: от наследственных особенностей, общего состояния здоровья, пола, условий жизни и воспитания.

Задержку психомоторного развития могут вызвать различные неблагоприятные факторы, воздействующие на формирующийся мозг в перинатальном, раннем постнатальном периоде и в первый год жизни.

Дифференциальная диагностика в раннем возрасте затруднена, поскольку при различной локализации нарушений может наблюдаться сходная симпто-

матика (например, недоразвитие речи у слабослышащего, умственно отсталого ребенка, ребенка с алалией). Замедленный темп развития может касаться одной или нескольких функций, сочетаться с различными неврологическими нарушениями.

Разные формы и различная степень выраженности органического повреждения (или функциональной незрелости) ЦНС обуславливают меру задержки созревания мозговых структур и связей между ними. Это означает, что сензитивные периоды для развития тех или иных функций имеют временной разброс.

Оценка уровня развития ребенка в раннем возрасте должна проводиться очень осторожно. Следует учитывать особенности формирования общей и мелкой моторики, сенсорно-перцептивной деятельности, речи, эмоционального развития и коммуникативного поведения.

Задержка психического развития (ЗПР) может быть диагностирована у ребенка не ранее трехлетнего возраста. Поэтому обычно до 3 лет речь идет об общей задержке психомоторного и речевого развития с большей выраженностью отставания тех

или иных психических функций.

У детей с последствиями раннего органического поражения ЦНС в силу незрелости ее на втором году жизни наблюдается дисфункция созревания двигательных и общих психических функций, что проявляется:

- в задержке в развитии локомоторных функций (ребенок начинает ходить на 1—3 мес. позже, чем здоровые дети);
- так называемых «тупиковых» движениях, бессмысленных раскачиваниях, тормозящих формирование локомоторных навыков;
- недостаточности познавательной активности, снижении ориентировочно-исследовательской реакции;
- недостатках внимания, когда ребенок не может сосредоточиться на предмете даже не продолжительное время;
- отсутствии или недостаточности подражания взрослым;
- запаздывании появления первых слов, реакции на имя, недопонимании обращенной речи;
- стереотипности, вялости действий с предметами (ребенок

дольше задерживается на уровне примитивных, бесцельных манипуляций);

- выраженных затруднениях в приобретении навыков опрятности и самообслуживания (ребенок не может пользоваться ложкой, сам не подносит ее ко рту, самостоятельно не ест);
- склонности к уединению, уходу от контакта со взрослым;
- снижении привязанности к матери или, наоборот, проявлении зависимости от нее (при этом малыш не стремится к общению и взаимодействию с ней);
- частом раздражении;
- нарушении сна и бодрствования.

Наличие перечисленных признаков указывает на вероятность нарушений познавательного, речевого и эмоционального развития ребенка.

Психолого-педагогическая характеристика и показатели задержки психомоторного и речевого развития детей третьего года жизни

- Недоразвитие речи; запаздывание самостоятельной фразовой речи при относительно сохранном понимании обращенной речи.

- Недоразвитие навыков самообслуживания.
- Снижение познавательной активности.
- Недостатки познавательных процессов (восприятия, памяти, внимания).
- Недоразвитие предметно-практической деятельности.
- Несформированность возрастных норм поведения.

Таким образом, в данный возрастной период ЗПР может проявляться в недоразвитии психомоторных и речевых функций. Это негативно отражается на формировании сенсорно-перцептивной, интеллектуальной и игровой деятельности ребенка.

Недоразвитие речи затрудняет общение со взрослыми и сверстниками, влияет на формирование представлений об окружающем мире.

Уже в три года можно увидеть признаки той или иной формы ЗПР. Например, у детей с последствиями раннего органического поражения ЦНС наблюдаются:

- отставание психомоторных функций, наглядно проявляющееся в недостатках мелкой моторики, пространственной организации движений, моторной памяти, координационных способностей;

- задержка в формировании фразовой речи, затруднения в понимании многоступенчатых инструкций, грамматических форм слов, ограниченность словарного запаса, выраженные недостатки слоговой структуры слова и звуконаполняемости, нарушения фонематической стороны речи;

- недостаточность свойств внимания: слабая встраиваемость, отвлекаемость, объем внимания и способность к переключению снижены.

Последствия воздействия неблагоприятных психо- и соматогенных факторов проявляются в недоразвитии ориентировочной основы познавательной деятельности:

- снижении познавательной активности;
- негативных эмоциональных реакций при выполнении заданий, в процессе общения со взрослыми и сверстниками;
- повышенных утомляемости, истощаемости.

Дети, у которых уже в раннем возрасте обнаруживается задержка психомоторного развития и речи, нуждаются в особых психолого-педагогических условиях.

Оценка эффективности совместной работы психолога и логопеда в комплексном подходе лечения заикания

Гераськин А.А.,
логопед;

Богданов М.А.,
медицинский психолог;

Орлов И.Ю.,
*психиатр, зав. отделением логоневрозов ГБУЗ «Центр
патологии речи и нейрореабилитации Департамента
здравоохранения г. Москва», Москва*

Аннотация. В статье представлен опыт совместного проведения групповых занятий логопедом и психологом со взрослыми и подростками с заиканием в рамках группы интенсивного лечения. Дается сравнительный анализ эффективности работы этой группы в сравнении с классическим подходом к лечению этой патологии.

Ключевые слова. Совместная работа, логопед, психолог, заикание.

Один из дискуссионных вопросов в рамках комплексного подхода к лечению заикания — о целесообразности ведения групповой психолого-логопедической коррекции. Могут ли два специалиста одновременно проводить работу или занятия должны быть изолированы, а совместная деятельность логопеда

и психолога ограничиваться взаимодействием вне групповых занятий?

Кроме того, вопрос о совместном ведении группы не всегда понятен с точки зрения трактовки термина. Так, Л.З. Арутюнян пишет о том, что лечение заикания в психотерапевтической группе параллельно с логопедически-

ми занятиями не всегда целесообразно. При этом он предлагает организовывать совместную работу логопеда и психотерапевта, имея в виду совместное ведение группы с четким разделением обязанностей: психолог отвечает за психотерапевтический процесс, а логопед отслеживает и при необходимости корректирует речь заикающегося.

Несмотря на выше упомянутые разногласия в понимании терминов, в ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения города Москвы» была разработана программа лечения заикания, в которой изначально предусматривалась совместная работа логопеда и психолога, но с четким распределением ролей в зависимости от блока программы. Она рассчитана на 40 ч, 5 недель. Занятия проводятся по выходным дням. По 20 ч отведено на логопедическую и психологическую коррекцию. Это группа выходного дня. Каждое занятие разделено на равные блоки, последовательно сменяющие друг друга.

Ниже приведена примерная структура занятия в Центре. Сложность занятий зависит от тяжести заикания участников группы и ее динамики.

Примерная структура занятия интенсивного курса лечения заикания

- Знакомство: 10—15 мин.
- Экспертная оценка: 30—40 мин.
- Анализ выполненного упражнения (экспертная оценка): 15—20 мин.
- Логопедический блок: 10—15 мин.
- Логопедический блок: 10—15 мин.
- Логопедический блок: 15 мин.
- Психологический блок: 10—20 мин.
- Логопедический блок: 15 мин.
- Логопедический блок: 15 мин.
- Логопедический блок: 15 мин.
- Психологический блок: 20—30 мин.
- Психологический блок: 30 мин.
- Домашнее задание

Каждый логопедический и психологический блок имеет свои задачи.

Экспертная оценка используется как в рамках дневного стационара, так и в группе выходного дня, и позволяет перед началом занятий оценить состояние пациентов (их речевую функцию, фиксацию на речевом дефекте, особенности личности) с последующим формированием групп, состав-

лением плана работы, а также знакомством специалистов с пациентами и пациентов друг с другом. Повторная экспертная оценка субъективная, как и прочие оценки эффективности лечения заикания, проводится на последнем занятии и подробно описана в методическом пособии «Заикание у взрослых и его коррекция», разработанном логопедами отделения логопедов Центра патологии речи и нейрореабилитации [2].

Логопедические блоки разработаны на основе методики В.М. Шкловского и состоят из упражнений, описанных в той или иной модификации в работах С.Ю. Асташевой, В.В. Беляевой, Л.Г. Бондаревой, Т.Г. Визель, В.И. Исагулиева, И.А. Поваровой, Е.Ф. Рау, Е.Ю. Рау, Е.Е. Шевцовой и других специалистов, занимающихся проблемами заикания. Упражнения, включенные в логопедический блок, направлены на коррекцию дыхания, регистра и тембра голоса, плавной и слитной речи, выработку правильного ритма и темпа, овладение ее «эталонами», выявление потенциальных речевых возможностей заикающихся [7].

В *психологический блок* групповой работы с пациентами,

страдающими заиканием, входят следующие *направления*:

- когнитивно-поведенческое (базовое);
- телесно-ориентированное (элементы);
- арт-терапия (элементы);
- бихевиоральное (элементы);
- клиент-центрированное (элементы).

В рамках групповой психокоррекции формируется положительный и конструктивный образ «Я» через осмысление своих личностных особенностей, выявляются и отрабатываются причины, послужившие формированию высокого уровня речевой тревожности. Отслеживается динамика изменений фиксации на речевом дефекте. При групповой психокоррекции проводится работа, направленная на снижение речевой тревожности, стабилизацию и коррекцию эмоционального реагирования при речевом поведении и выработку эмоциональной устойчивости (формирование стрессоустойчивости).

В рамках групповой психокоррекции работа направлена:

- на более полное осознание личностных особенностей (темперамента, характера) и коррекцию собственного поведения;

- снижение фиксации на речевом дефекте и страха речи в ситуациях общения (публичные выступления, общение с незнакомыми людьми, в ситуациях оценки);
- осознание собственного стиля невербального поведения в общении и выработку возможностей его произвольного регулирования; формирование и отработку необходимых коммуникативных навыков, особенно способствующих уверенности в себе, повышение коммуникативной компетентности; снятие скованности, напряженности и выработку возможности вести себя спонтанно и раскованно.

Каждому пациенту, исходя из психического статуса, врач-психиатр индивидуально подбирает психофармакотерапию, при необходимости сопровождающуюся коррекционными занятиями.

Основными задачами, стоявшими перед авторами при разработке программы, были эффективность лечения заикания в условиях интенсивного курса и целесообразность ведения группы двумя специалистами (логопед / психолог) одновременно.

Вопрос целесообразности ведения группы двумя специали-

стами ярко иллюстрируется следующими ниже приведенными примерами.

Пример первый. У пациента Н. (17 лет) во время психологического блока коррекции при выполнении упражнения «Рисунк моего заикания» был затронут ряд личностных глубинных проблем, в результате чего он эмоционально истощился. В результате потребовалось время для нормализации его эмоционального состояния с участием психолога вне группы. Для отвлечения группы от возникшей паузы логопед начал проводить логопедическую разминку (логопедический блок). Через некоторое время пациент Н. вместе со специалистом вернулся в аудиторию и присоединился к остальным участникам группы. По окончании логопедической разминки психологический блок был возобновлен.

Пример второй. Во время выполнения упражнения, входящего в логопедический блок, у одного из пациентов началось активное «сопротивление». Психолог переключил внимание «сопротивляющегося» и остальных членов группы, объяснив им психологические аспекты данного выполняемого упражнения, что позволило пациенту снизить

сопротивляемость и активно работать в группе, выполняя все указания логопеда.

Приведенные примеры свидетельствуют о целесообразности ведения группы двумя специалистами (логопед и психолог) одновременно, поскольку данное взаимодействие позволяет оперативно реагировать на динамику группы и отдельных ее участников с максимальной результативностью.

Для понимания и оценки эффективности лечения заикания в условиях интенсивного курса

результаты итоговой экспертной оценки сравнивались с итогами такой оценки пациентов, прошедших лечение в дневном стационаре. Также проводился сравнительный анализ оценки использования логопедических приемов контроля речи в жизни пациентами, проходящими интенсивный курс, и пациентами, находящимися в дневном стационаре.

При сравнении результатов итоговой экспертной оценки (рис. 1) мы получили следующие результаты: практическое

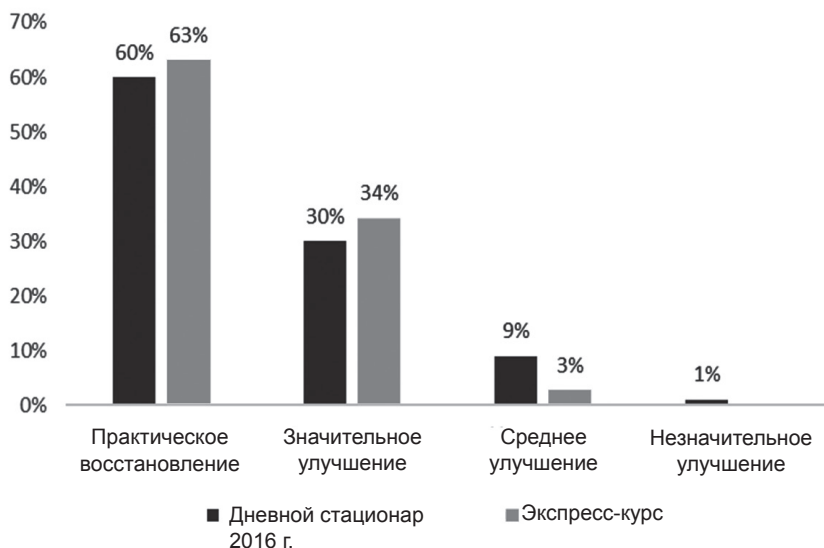


Рис. 1. Сравнение результатов лечения заикания пациентов, находящихся в дневном стационаре, и пациентов, проходящих интенсивный курс в ГБУЗ «ЦПРИН ДЗ г. Москвы»

восстановление и значительное улучшение у прошедших интенсивный курс оказалось на 3—4% выше, чем у тех, кто находился в дневном стационаре.

При этом среди пациентов, прошедших интенсивный курс, не было выявлено ни одного человека с незначительными изменениями или без изменений в речевом статусе.

В целом с учетом того, что выборка в группе интенсивного лечения составила всего 32 пациента против 191-го, прошедших курс лечения в дневном стационаре,

показатели эффективности достаточно высокие и в дальнейшем сравниваются с результатами итоговой экспертной оценки пациентов дневного стационара.

Корреляция данных эффективности лечения, полученных по результатам проведенной итоговой экспертной оценки в ГБУЗ «ЦПРИН ДЗ г. Москвы», показала, что она выше в группе интенсивного курса, чем в дневном стационаре (см. таблицу).

Сравнительный анализ оценки использования логопедических приемов контроля речи в

Таблица

Корреляция данных эффективности лечения

Показатель	Дневной стационар, чел.	Экспресс-курс, чел.	Соотношение числа пролеченных больных, %
Практическое восстановление	115	20	18
Значительное улучшение	57	11	19
Среднее улучшение	17	1	5
Незначительное улучшение	2	0	0
Без изменений	—	—	—
Всего пролеченных больных	191	32	17

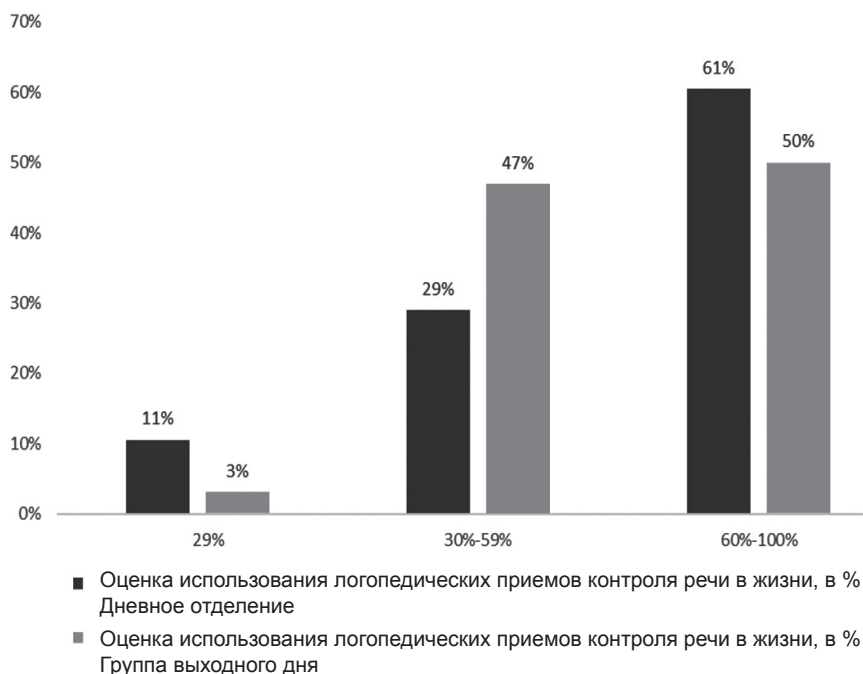


Рис. 2. Оценка использования логопедических приемов контроля речи в жизни

жизни у пациентов, проходивших интенсивный курс, и находящихся в дневном стационаре, проводился у 32 чел. первой группы и у 38 чел. второй группы (рис. 2).

Анализ оценки использования логопедических приемов контроля речи в жизни показал, что полученные навыки (до 29%) используют 3% пациентов, прошедших лечение в интенсивной группе, и 11% пациентов дневного стационара. Возможно, это связано с тем, что среди пациен-

тов дневного отделения больше незамотивированных, «случайных» людей, которые пришли на лечение не самостоятельно и не чувствуют внутренней необходимости в нем. При этом 61% пациентов, находящихся в дневном стационаре, используют полученные навыки на 60—100% против 50% пациентов интенсивной группы. Данную разницу можно объяснить тем, что первые имеют временное преимущество для усвоения полученных навыков перед вторыми.

47% пациентов интенсивного курса используют полученные навыки на 30—59%, в то время как после пребывания в дневном отделении доля таких пациентов составляет 29%.

Полученные данные могут говорить о том, что пациенты интенсивного курса, в отличие от пациентов дневного стационара, вследствие более высокой мотивации и особенности подхода, получили возможность в процессе лечения применять и отрабатывать полученные навыки в реальных условиях жизни.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что программа интенсивного лечения заикания, разработанная в отделении логоневрозов для взрослых ГБУЗ «ЦПРИН ДЗ г. Москвы», целесообразна с точки зрения ведения группы двумя специалистами (логопедом и психологом) одновременно. Эффективность же данного подхода в лечении заикания не уступает результатам классического курса лечения, проводимого в дневном стационаре, но при этом имеет свои нюансы, а именно: мотивация пациентов интенсивной группы выше, чем у пациентов дневного стационара. Также необходимо отметить, что пациенты с тяжелой степенью заикания,

прошедшие интенсивный курс, в отличие от пациентов дневного стационара, показали более высокий результат в процентном соотношении частоты использования приемов.

Литература

1. Арутюнян Л.З. Как лечить заикание: методики устойчивой нормализации речи. М., 1993.
2. Асташева С.Ю. и др. Заикание у взрослых и его коррекция. Из опыта работы логопедов отделения логоневрозов Центра патологии речи и нейрореабилитации. М., 2013.
3. Гераськин А.А., Богданов М.А. Опыт совместного проведения психологических и логопедических групповых занятий при лечении заикания в отделении логоневрозов для взрослых Центра патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения города Москвы // Альманах современной науки и образования. 2017. № 6.
4. Сикорский А.И. Заикание. М., 2005.
5. Шевцова Е.Е. Преодоление рецидивов заикания. М., 2005.
6. Шевцова Е.Е. Психолого-педагогическая диагностика и коррекция заикания. М., 2009.
7. Шкловский В.М. Заикание: Моногр. М., 1994.

Формирование рабочих доминант в процессе развития ребенка

Федотова М.В.,

*учитель-дефектолог ГБОУ «Школа № 1420»,
Москва*

Аннотация. В статье дается представление о доминанте, механизмах ее формирования. Описана методика формирования рабочей доминанты в процессе коррекционно-развивающих занятий с детьми.

Ключевые слова. Рабочая доминанта, коррекционно-развивающее обучение, формирование доминанты.

Доминанта — временно господствующий набор рефлексов, который направляет в данный момент времени все поведение организма для решения одной, наиболее важной для него задачи [4].

Доминанта связана с тем, какую задачу решает в данный момент организм. Внешним ее выражением служит стационарно поддерживаемая работа или рабочая поза организма [5]. Принцип доминанты — один из основных в регуляции деятельности нервной системы и сформулировал его физиолог А.А. Ухтомский.

Для деятельности нервной системы характерно наличие в каждый данный момент преобладающих, господствующих очагов

возбуждения. Благодаря этому принципу при непрерывном воздействии на организм самых разнообразных внешних раздражителей достигается определенная приспособительная, избирательная деятельность ЦНС.

Доминантный очаг возбуждения имеет свойство привлекать к себе поступающие в другие центры волны возбуждения и за их счет усиливаться. В это время другие, не входящие в его состав, нервные центры и соответствующие рефлексy затормаживаются, поэтому при наличии в ЦНС доминантного очага координационные отношения меняются. Доминантный очаг изменяет и подчиняет себе работу других центров.

В процессе нервной деятельности одна доминанта сменя-

ет другую. Возникновение в ЦНС более сильной доминанты затормаживает ранее вызванную доминанту по типу отрицательной индукции. Чем меньше ребенок, тем менее устойчива доминанта и тем легче она тормозится.

А.А. Ухтомский распространил принцип доминанты на все уровни управления организмом. Для выявления этого на нижних (досознательных) уровнях автор и его ученики проводят эксперименты на животных, а на высшем уровне сознания ссылаются на данные психологической и даже художественной литературы. Ухтомский писал: «Нет никакой необходимости думать, что принцип доминанты приурочен исключительно к высшим уровням головного мозга и коры». «По всем данным, доминанта в полном разгаре есть комплекс определенных симптомов во всем организме — и в мышцах, и в секреторной работе, и в сосудистой деятельности. Поэтому она представляется как определенная констелляция центров с повышенной возбудимостью в разнообразных этажах головного и спинного мозга, а также в автономной системе» [5].

Итак, если какая-то деятельность стала для организма доминирующей, посторонние воздействия в течение некоторого

времени не в состоянии помешать ей и даже, наоборот, могут дать дополнительный стимул, свою энергию. Например, человек, опаздывающий на важную встречу, спотыкается и ушибается. Однако осознание силы травмы он получит, лишь когда доберется до места встречи. Другой пример: психологи при работе с клиентом часто используют классическую музыку, которая помогает пациенту воспроизвести детали волнующих проблем.

Исходя из этого, А.А. Ухтомский выделил *три стадии формирования доминанты*:

- на первой — под совместным взаимодействием факторов внутренней секреции и внешних раздражителей происходит ее появление. Только что сформировавшаяся доминанта нуждается в закреплении и развитии, для чего необходимо привлечение внешних раздражителей;
- на второй, согласно учению И.П. Павлова, — образуется условный рефлекс, т.е. из всего множества действующих внешних раздражителей доминанта «выбирает» только те из них, которые ее возбуждают;
- на третьей — устанавливается прочная связь между доминантой и внешними раздражителями. Вся внешняя

среда как бы подразделяется на отдельные предметы, но только на некоторые из них реагирует сформировавшаяся доминанта [2].

Законы формирования доминанты и ее динамика (развитие во времени)

- Генерализация доминанты — распространение повышенной возбудимости на большие территории головного мозга. Доминантный очаг в этот период очень большой. Какое бы раздражение ни давалось, ответ будет только один — доминантный рефлекс.

- Концентрация (локализация) — «стягивание» большой зоны возбудимости в один локальный и концентрированный доминантный очаг.

- Дифференциация — выбор предпочитаемого, приоритетного варианта раздражения для осуществления доминантного рефлекса. Формируется механизм различения сходных раздражителей, и лишь один из них начинает играть роль пускового раздражителя, запускающего деятельность доминанты.

- Консолидация — укрепление очага возбуждения, приобретение им повышенной устойчивости, подчинение ему других очагов возбуждения.

- Конstellация — создание целого «созвездия» из отдельных

доминантных очагов на разных уровнях мозга, связанных друг с другом и работающих совместно. В структуру доминанты вовлекаются не соседние участки, как в случае генерализации, а дополнительные очаги, расположенные в разных отделах и областях мозга. Это понятие доминанты в виде конstellации возбужденных очагов, взаимодействующих друг с другом, соответствует расширенному понятию нервного центра как управляющей системы для регуляции определенной функции (например, «дыхательный центр», «пищевой центр» и т.п.). Однако при этом считается, что конstellация имеет все же временный, функциональный характер, что сближает ее с понятием «функциональная система», которое значительно позже было введено в физиологию П.К. Анохиным.

- Изоляция — частичное отделение и обособление доминантного очага от других возбужденных участков мозга, приобретение им автономности и пониженной реактивности. На данном этапе происходит ограничение количества входов в данный доминантный очаг. Образно говоря, деятельность доминанты обособляется от остального мозга. Это позволяет ему начать формировать другие доминанты параллельно с возникшей ранее.

• Разрушение (затухание) — прекращение деятельности данного доминантного очага возбуждения, которое может закончиться прекращением его существования [3].

Любая доминанта (доминантный очаг) характеризуется определенными свойствами.

Основные свойства доминанты:

- доминантный очаг характеризуется достаточной стойкостью во времени;
- может располагаться одновременно и в коре головного мозга, управляющей высшими психическими функциями человека, и в его подкорке, которая ведаёт инстинктами;
- концентрируется на конкретных внешних раздражителях и способен реагировать на них, побуждая человека к определенным действиям, а также к производству новых идей, которые, казалось бы, возникают неожиданно и сами по себе;
- в определенные интервалы времени может господствовать только одна доминанта [1].

Таким образом, мы видим, что в основе любого действия лежит единый психофизиологический механизм — доминанта. Опираясь на стадии его формирования, законы и свойства, мы

разработали методику создания рабочей доминанты в процессе коррекционно-развивающих занятий с детьми, состоящую из трех стадий, описанных выше.

На *первой стадии* педагог инициирует появление доминанты в мозгу ребенка, воздействуя на него эмоциональным, физиологическим и информационным компонентами, создавая активную коммуникацию «учитель — ученик».

Большое внимание на данном этапе преподаватель должен уделять эмоциональному компоненту. Главная задача — расположить ребенка к взаимодействию с учителем, привлечь его к совместной деятельности.

Далее должен включаться физиологический компонент, активизирующий работу мозга ребенка. Здесь нужно использовать такие виды воздействия, как дыхательная гимнастика, ароматерапия, физические упражнения.

После этого учитель продолжает работу с ребенком, сообщая ему новую информацию (информационный компонент). На этом этапе данному виду деятельности отводится меньшее количество времени, так как у ребенка должны сформироваться яркое впечатление от занятия, выработаться стойкий интерес к заданию. Здесь инфор-

мационный компонент является сложным для восприятия и при чрезмерном количестве нового материала интерес может угаснуть.

На *второй стадии* формирования рабочей доминанты количество внешних раздражителей должно уменьшаться. Преподаватель при взаимодействии с ребенком должен оставить только те раздражители, которые наиболее эффективно влияют на становление доминанты.

Таким образом во время коррекционно-развивающей работы педагог оставляет только те эмоциональные и физиологические раздражители, которые наиболее эффективно воздействовали на работу ребенка.

Информационный компонент на этой стадии должен быть увеличен, учитель предлагает ученику задания по пройденному материалу. На данном этапе ребенку оказывается помощь в подборе наиболее удобного и эффективного способа действия.

На *третьей стадии* устанавливается прочная связь между доминантой и внешними раздражителями, поэтому для продуктивной деятельности педагог отбирает самые эффективные эмоциональные и физиологические раздражители, которые у ученика будут вызывать ассоциацию с данным материалом.

На этой стадии происходит автоматизация пройденного. Учитель предлагает различные задания по изученному материалу.

Используя данную методику на коррекционно-развивающих занятиях, педагог способствует созданию рабочих доминант во время процесса обучения, что имеет большое значение для усвоения знаний.

Однако, как известно, доминанты могут быть не только положительными, но и отрицательными. Поэтому мы предлагаем *три основных психофизиологических механизма коррекции старых доминант*:

- резкое ослабление доминанты в связи с ее естественным разрешением. Доминанта активна до тех пор, пока ее задача не будет совершена. Например, при озвучивании учителем результатов контрольной работы ученик будет находиться в состоянии напряжения до тех пор, пока не услышит свою оценку. Результаты работы других детей, озвученные после него, будут восприниматься менее напряженно;
- запрет. Данный метод торможения доминанты наименее эффективен. Выражается он запретом совершения действия. Как правило, длительное управление ребенком

данным способом ведет к конфликту между «нельзя» и «хочу», что впоследствии вызывает нервное напряжение ученика;

— торможение отрицательной доминанты новой, положительной.

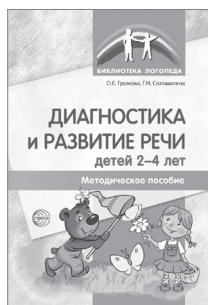
Таким образом, мы видим, что принцип формирования рабочей доминанты можно использовать в процессе коррекционно-развивающей работы с детьми. Все желания, действия и бездействия, отторжения чего-либо, интуиция и озарение осуществляются с помощью единого механизма — доминанты.

Основываясь на ее принципе, зная механизмы ее становления,

можно сформировать доминанты необходимые для работы, или, напротив, скорректировать нежелательные.

Литература

1. Беляев В.И. Маркетинг: основы теории и практики. М., 2005.
2. Викентьев И.Л. Принцип доминанты А.А. Ухтомского // <http://www.triz-chance.ru/dominanta1.html>
3. Сазонов В.Ф. Доминанта // <http://kineziolog.bodhy.ru/content/dominanta>
4. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Психология человека. М., 1995.
5. Ухтомский А.А. Доминанта. Статьи разных лет. 1887—1939. СПб., 2002.



УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКТ «ДИАГНОСТИКА И РАЗВИТИЕ РЕЧИ ДЕТЕЙ 2—4 ЛЕТ»



Авторы — Громова О.Е., Соломатина Г.Н.

Комплект адресован логопедам, воспитателям, методистам ДОО, а также родителям детей раннего и младшего дошкольного возраста. Яркие, наполненные интересным запоминающимся сюжетом картинки подготовлены с учетом специфики формирования начального детского лексикона и физиологических особенностей становления звуковой стороны речи маленького ребенка, начинающего овладевать родным языком. Содержание иллюстративного материала ориентировано на основные программные требования к воспитанию и развитию речи детей в ДОО. Материалы комплекта помогут обследовать произношение звуков раннего и позднего онтогенеза, оценить состояние звуковой стороны речи детей начиная с раннего возраста.

Закажите в интернет-магазине **www.sfera-book.ru**

Речевое развитие младших дошкольников средствами художественной литературы

Суздальцева Л.В.,

старший преподаватель кафедры дошкольной дефектологии и логопедии НОУ ВО «Московский социально-педагогический институт», Москва

Аннотация. В статье раскрывается значение художественной литературы в общеречевом и личностном развитии младших дошкольников, приводятся игры, направленные на ознакомление с литературными произведениями разных жанров, и фрагменты занятий.

Ключевые слова. Художественная литература, развитие речи, младшие дошкольники.

Художественная литература — действенное средство умственного, нравственного и эстетического воспитания детей, оказывающее огромное влияние на развитие и обогащение речи. В поэтических образах она знакомит ребенка с жизнью общества и природы, миром человеческих чувств и взаимоотношений. Художественная литература обогащает эмоции, развивает воображение, дает образцы русского литературного языка. Дети познают лаконичность и точность слова, в стихах улавливают музыкальную напевность, ритмичность русской речи. В народных сказках

перед ними предстают легкость и выразительность языка, богатство речи, живые и образные выражения, сравнения.

Художественная литература вызывает интерес к личности и внутреннему миру героя. Научившись сопереживать персонажам произведений, дети начинают замечать настроение окружающих людей. У дошкольников пробуждаются гуманные чувства — способность проявлять участие, доброту, протест против несправедливости. Эта основа, на которой воспитываются принципиальность, честность, гражданственность.

Художественное слово помогает ребенку понять красоту звучащей родной речи, учит эстетическому восприятию окружающего и одновременно формирует этические представления. По словам В.А. Сухомлинского, чтение книг — тропинка, по которой умелый, умный, думающий воспитатель находит путь к сердцу ребенка. По мнению О.С. Ушаковой, художественное слово создает подлинную красоту языка, эмоционально окрашивает произведение, обостряет мысли и чувства, воздействует, убеждает, воспитывает. Все последующее ознакомление с богатым литературным наследием будет опираться на фундамент, закладывающийся в дошкольном детстве.

В детском саду младших дошкольников знакомят с литературными произведениями разных жанров: рассказами, сказками, стихотворениями, пословицами, поговорками, потешками и т.д. Воспитатель должен помочь детям овладеть конструктивными способами и средствами взаимодействия с окружающими людьми через развитие свободного общения со взрослыми и сверстниками, всех компонентов устной речи: лексической и произносительной сторон, грамматического строя,

связной речи в различных формах детской деятельности.

Приобщаясь к художественной литературе, младшие дошкольники накапливают определенный запас слов, содержащий все части речи. Преобладающее место в детском словаре занимают глаголы и существительные, обозначающие предметы и объекты ближайшего окружения, их действия и состояния, также начинают активно употребляться прилагательные и местоимения.

Через слово ребенок овладевает основными грамматическими формами: учится использовать множественное число, винительный и родительный падежи имен существительных, уменьшительно-ласкательные суффиксы, настоящее и прошедшее время глаголов, повелительное наклонение. В речи начинают появляться сложные предложения, отражаться причинные, целевые и другие связи, выраженные через союзы. Средствами художественного слова ребенок осваивает грамматические нормы языка в единстве с лексикой. С помощью книг ребенок узнает много новых слов, образных выражений, его речь обогащается эмоциональной и поэтической лексикой. Литература помогает выражать свое отношение к окружающему, ис-

пользуя сравнения, метафоры, эпитеты, другие средства образной выразительности, владение которыми, в свою очередь, развивает восприятие художественных произведений.

Особенность младших дошкольников, которую отмечают исследователи детства, — необычайная тяга к ритмически организованному складу речи, звучным ритмам и рифмам, выразительной интонации. Человек, по утверждению К.И. Чуковского, начинает говорить не прозой, а стихами. Первые слова, произнесенные ребенком, по симметричному расположению гласных звуков служат совпадающей рифмой: ма-ма, па-па, бо-бо и т.д. Сама природа ребенка раннего и младшего дошкольного возраста требует стихотворного материала.

Дети любят слушать и читать стихи, явно предпочитая их прозе. При этом они тяготеют прежде всего к динамичным ритмам, радостной, плясовой мелодике. Поэтому младшим дошкольникам нравятся произведения детского фольклора, поэтическая природа которого, гармонично сочетающая в себе слово, ритмику, интонацию, музыку и действие, соответствует эмоциональным потребностям. Каждая из песенок, подобных

«Ладушкам», «Козе», «Сороке-белобоке», — блестящий миниспектакль, где ребенок и зритель, и певец, и танцор, и актер, и чтец. Усваивая звуковой склад малых форм фольклора, повторяя слова, интонации, дети усваивают национальный колорит русской поэзии, ее дух; литература становится для него поистине родной.

Большое значение имеет определение задач литературного образования в детском саду. Цель ознакомления дошкольников с художественной литературой, по определению С.Я. Маршака, — формирование будущего большого читателя, культурно образованного человека.

Решая задачу подготовки детей к литературному образованию, предлагается давать им знания о писателях и поэтах, народном творчестве, книге и иллюстрациях. При отборе книг для детского чтения важно учитывать доступность литературного произведения, его сюжетную занимательность, литературную ценность, соответствие задачам воспитания нравственности, любви к Родине, людям, природе. Очень важно неоднократно возвращаться к ранее прочитанному, повторять стихи, инсцениро-

вать литературные произведения, рассматривать и создавать иллюстрации к ним.

Особое внимание необходимо уделять развитию образной речи детей в процессе ознакомления с разными жанрами литературы (сказка, рассказ, быль, стихотворение, басня) и малыми фольклорными формами. Начальному литературному образованию детей способствуют также утренники, вечера досуга, сказок, стихов, загадок. Эта работа должна быть пронизана творчеством, любовью к литературе и стремлением передать ее детям.

Младших дошкольников учат слушать сказки, рассказы, стихи, а также следить за развитием действия в произведении, сочувствовать положительным героям. Очень важно обращать внимание детей на образный язык сказок, рассказов, стихотворений, привлекая дошкольников к повторению запомнившихся отдельных слов, выражений, песенок персонажей. Даже если они повторяют интонацию воспитателя, это закладывает основы дальнейшего самостоятельного развития интонационной выразительности в более старшем возрасте.

Необходимо объяснять значения незнакомых слов, а также

тех, без понимания которых основной смысл текста, поступки персонажей, характер образов будут не ясны. Это обеспечит полноценное восприятие произведения. Варианты объяснения различны: использование другого слова во время чтения прозы, подбор синонимов (избушка лубяная — избушка деревянная; горница — комната и др.); употребление незнакомых слов или словосочетаний до чтения произведения, во время рассматривания картинки; вопрос детям о значении слова и др.

Важно, чтобы младшие дошкольники правильно поняли смысл произведения, его содержание и форму. С этой целью можно активизировать личный опыт детей, обогащать их представления путем организации наблюдений, экскурсий, рассматривания картин.

Выразительность чтения, заинтересованность воспитателя, его эмоциональный контакт с детьми повышает степень воздействия художественного слова. Во время чтения не следует отвлекать младших дошкольников от восприятия текста вопросами, дисциплинирующими замечаниями, достаточно повысить или понизить голос, сделать паузу.

Для более точного восприятия произведения детям задают вопросы:

- позволяющие узнать их эмоциональное отношение к событиям и героям («Кто вам больше нравится и почему?»);
- направленные на выявление основного смысла произведения, его проблему;
- на воспроизведение содержания;
- обращающие внимание на языковые средства выразительности;
- стимулирующие к выводам.

Рассматривание иллюстраций помогает понять текст, уточняет его, раскрывает художественные образы.

Чтобы вызвать у детей интерес к книгам, можно предложить разные *игры*. Приведем некоторые из них, эффективно используемые нами в своей работе.

«Прятки с книжкой»

Воспитатель показывает детям новую книгу и просит закрыть глаза. Прячет ее в групповой комнате. Дети ищут книгу, затем воспитатель ее читает.

«Герои к нам приходят»

В активное общение включаются персонажи знакомых сказок. Например, в гости к детям приходит Колобок и просит вы-

полнить аппликацию воздушно-го шарика или нарисовать его.

«Угадай, о чем книга»

Дети рассматривают иллюстрации в книге, которую еще не читали. Воспитатель просит угадать, о чем она. Затем он читает произведение и предлагает детям стать художниками и нарисовать наиболее запомнившийся и понравившийся эпизод.

«Закончи сказку»

Воспитатель рассказывает детям начало и середину знакомой им сказки, например, «Колобок». Детям нужно придумать другое окончание сказки (например, Лиса отругала Колобка за то, что он убежал от бабушки и дедушки, и отвела домой).

«Из какой я сказки»

Перед детьми появляется игрушка, например лиса, и говорит: «Я выпала из какой-то книжки. Вы не помните из какой я сказки?» Дети называют сказки, в которых есть лиса.

«Настольный театр»

Воспитатель напоминает детям сюжет русской народной сказки «Теремок». Затем выставляет на стол несколько персонажей и предлагает назвать недостающих героев. В заключение дети показывают инсце-

нировку сказки, используя кукольный театр.

Викторина «В мире книг»

Детям задают вопросы по знакомым литературным произведениям: «Кто так говорил?», «Из какой сказки этот эпизод?» и т.д.

Воспитатель также знакомит детей с произведениями художественной литературы. Приведем примеры.

Повторение стихотворений А. Барто из цикла «Игрушки»

Воспитатель привлекает внимание детей к яркой книге, предлагает вместе рассмотреть ее. Показывает картинку, просит назвать игрушку, рассказать, какая она. Затем ритмично, выразительно рассказывает стихотворение, поощряя детей к его повторению.

Далее воспитатель просит детей подойти к столу, где под салфеткой лежат заранее приготовленные игрушки, помогает каждому выбрать одну из них и встать в круг. Он говорит, что игрушки хотят, чтобы дети рассказали про них стихи. Воспитанники рассказывают стихотворения про зайку, мишку и другие игрушки. Активные действия с игровыми персонажами помо-

гают младшим дошкольникам запомнить ритмичные четверостишия.

Беседа по сказке «Маша и Медведь»

Воспитатель предлагает детям послушать, что случилось с одной маленькой девочкой, которая заблудилась в лесу. Говорит, что сказка называется «Маша и Медведь». Рассказывает ее, показывая красочные иллюстрации. После прочтения задает детям вопросы.

Как Машенька попала в лес?
(Позвали подружки, отпросилась у бабушки пойти в лес.)

Что сказал Маше Медведь, когда вернулся домой?
(«Будешь жить со мной, еду мне готовить, не уходи, а то съем».)

Расскажите, что придумала Машенька, чтобы перехитрить Медведя?
(Испекла пирожки, попросила Мишку отнести бабушке и дедушке, залезла в короб.)

Как бабушка и дедушка нашли свою внучку?
(Мишка бросил короб, убежал от собак, бабушка и дедушка вышли, смотрят, а там Машенька.)

Воспитатель предлагает детям поиграть в эту сказку. Выбирает сначала одного ребенка для роли Маши и одного — для роли Медведя, помогает им войти в

образы. Остальные дети — зрители. Воспитанники разыгрывают эпизод «Мишка несет короб бабушке и дедушке».

Воспитатель обращает внимание детей на то, как следует изменять голос, помогает придать движениям детей образную выразительность («Мишка устал, тяжело нести короб», «Машенька говорит хитро, лукаво, весело»).

Можно повторно разыграть эпизод с другими детьми. Игра продолжается, пока сохраняется интерес детей.

Чтение сказки К.И. Чуковского «Мойдодыр»

Воспитатель проговаривает потешку, выполняя движения в соответствии с текстом. Дети повторяют их.

Воспитатель

Ручки мыли? Мыли.

А ушки мыли? Мыли.

А щечки? Тоже мыли.

Все помыли,

Ничего не забыли.

А теперь мы чистые,

Зайчики пушистые.

Раз вы умылись, тогда подружитесь с Мойдодыром. Знаете, кто это такой? Нет? Тогда сяди-

тесь поудобнее и слушайте сказку К.И. Чуковского «Мойдодыр».

Воспитатель сопровождает чтение показом иллюстраций, затем задает вопросы.

Как называется эта сказка?

О ком в ней рассказывается?

Что случилось с мальчиком?

Кто заставил грязнулю умыться?

Какие слова говорил Мойдодыр?

А вам какой мальчик больше нравится: каким он был сначала или каким стал потом?

Воспитатель подводит детей к выводу, что они должны быть всегда чистыми и опрятными, следить за своим внешним видом.

Рассказывание русской народной сказки «Волк и козлята»

Воспитатель показывает иллюстрацию с изображением избушки. Предлагает детям назвать, что на ней нарисовано (избушка, домик, теремок).

Воспитатель. Хотите, я расскажу, кто живет в этой избушке? Дети. Да.

Воспитатель. Тогда слушайте сказку.

Воспитатель читает сказку, показывая иллюстрации к ней.

Почему коза уходила в лес?

Воспитатель стимулирует использование детьми новых слово-сочетаний: «есть траву шелковую», «пить воду студеную».

Что наказывала коза козлятам?

Воспитатель приглашает детей всем вместе произнести слова наказа и повторить песенку.

Расскажите, как волк хотел забрать козлят.

Воспитатель помогает детям дать развернутый ответ.

Каким голосом пел волк песенку козы? Попробуем так спеть.

Дети выполняют задание.

Как мама-коза спасла козлят?

Воспитатель помогает детям ответить на вопрос.

Как можно сказать про маму-козу? Она какая? Какой волк? Какие козлята?

Дети отвечают.

А еще козлята очень веселые. Как вы думаете, что они делали, когда коза ушла в лес?

Дети отвечают.

Воспитатель предлагает детям повеселиться, как козлята, включает фрагмент музыкальной сказки.

Большое значение для ознакомления детей с художественной литературой, их общеречевого развития имеет семейное чтение.

Слушая взрослого, рассматривая вместе с ним книжные иллюстрации, ребенок думает, переживает за героев, предвосхищает события, устанавливает связь своего опыта с опытом других, узнает смысл новых слов, пополняет словарный запас, у него закладываются основы связной речи. Совместное чтение сближает взрослых и детей. Поэтому к чтению произведений художественной литературы необходимо привлекать родителей. Это очень важная составляющая системы семейного воспитания. Родители помогают привить детям любовь к книгам. В детском саду можно проводить с родителями индивидуальные беседы на тему «Ах, как книжка хороша — воспитает малыша!», анкетирование «Детская книга в семейном чтении», групповые консультации на тему «Писатели и поэты — детям», родительские встречи, собрания, мастер-классы («Художники-иллюстраторы детской книги», «Сказка в воспитании и развитии детей», «Малые формы фольклора как

средство развитие речи детей»). Интересен совместный конкурс «Нарисуй потешку».

Таким образом, совместная работа детского сада и семьи по приобщению детей к лучшим образцам детской художественной литературы дает положительные результаты — развивает словарный запас детей, речь становится эмоционально-окрашенной, грамматически и фонетически правильной, что способствует умственному и личностному развитию дошкольников.

Литература

- Карпинская Н.С.* Художественное слово в воспитании детей. М., 1999.
- Маршак С.Я.* Собр. соч.: В 4 т. М., 1990.
- Сухомлинский В.А.* О воспитании. М., 1979.
- Ушакова О.С.* Знакомим с литературой детей 3—5 лет. М., 2012.
- Ушакова О.С.* Ознакомление дошкольников с художественной литературой и развитие речи. М., 2012.
- Ушинский К.Д.* Педагогические сочинения: В 6 т. Т. 2. М., 1988.
- Чуковский К.И.* Собр. соч.: В 5 т. М., 2008.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги



ХУДОЖЕСТВЕННАЯ ЛИТЕРАТУРА

В 2 кн.: для детей 3–5, 5–7 лет

Авторы — *Алиева Т.И., Васюкова Н.Е.*

В пособиях представлена система работы с детьми 3–7 лет по чтению художественной литературы, которая органично интегрируется в общее комплексное планирование образовательного процесса, на каждую неделю учебного года.

Наш адрес: 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3
Тел.: (495) 656-72-05, 656-73-00
E-mail: sfera@tc-sfera.ru
Сайты: www.tc-sfera.ru, www.sfera-podpiska.ru
Интернет-магазин: www.sfera-book.ru

Междисциплинарная миофункциональная терапия*

Дружиловская О.В.,

*канд. мед. наук, доцент кафедры анатомии,
физиологии и клинических основ дефектологии;*

Яцевич А.Д.,

*студент ФГБОУ ВО «Московский педагогический
государственный университет», Москва*

Аннотация. Статья написана по материалам Международного конгресса «Перспективы развития миофункциональной терапии в медицине». Она посвящена современному междисциплинарному методу реабилитации — миофункциональной терапии, приводятся ее методы и приемы.

Ключевые слова. Миофункциональная терапия, аномалия прикуса, носовое дыхание, ротовое дыхание, трейнеры, инфантильное глотание, миофункциональная гимнастика, брекеты, логопедия, ортодонтия, скученность зубов.

Актуально!



В современной науке появилось новое междисциплинарное направление — миофункциональная терапия, которая сформировалась на стыке медицинских и педагогических наук: педиатрии, стоматологии, гнатологии, отоларингологии, неврологии, остеопатии, кинезиологии, логопедии и дефектологии.

Миофункциональная терапия — терапия, направленная на перетренировку мышц артикуляционного аппарата или создания нового правильного положения и работы лицевых мышц.

* По мат-лам Международного конгресса «Перспективы развития миофункциональной терапии в медицине».

История развития миофункциональной терапии началась еще в XIV в. в Италии. В 1907 г. Э. Энгл (E. Angle) заявил о влиянии давления языка на положение зубов. В 1918 г. А.Р. Роджерс (A.R. Rogers) разработал упражнения для снижения тонуса мышц языка и нормализации его функции. В 1925 г. Х. Стэллард (H. Stallard) исследовал 7000 детей и влияние позы сна на положение зачатков зубов. В 1930 г. В. Прайс (W. Price) изучил воздействие питания на развитие кариеса и аномалии прикуса.

В 1937 г. было выявлено влияние разных типов глотания на формирование прикуса. В 1946 г. Рикс (Rix) начал читать лекции для ортодонтонтов о неестественном прокладывании языка между зубами, а также для гигиенистов и логопедов. В 1958 г. В.Дж. Страуб (W.J. Straub) выявил влияние искусственного вскармливания на формирование окклюзии. Р. Баррет (R. Barret), М. Хэнсон (M. Hanson), Б. Зикфуз (B. Zickefoose), Д. Гарлинер (D. Garliner) и Р. Мэсон (R. Mason) создали Интернациональную ассоциацию ротолицевой миологии (*International Association of Operative Millers* — IAOM).

К миофункциональным нарушениям относятся: недоразвитие

лицевого скелета, недостаточный рост челюсти, аномалии прикуса (прогения, прогнатия, передний и боковой открытые прикусы), узкая челюсть и кривые зубы, длительное сосание пустышки, сосание пальца, губы, щеки, языка, инфантильное глотание, прокладывание языка между зубами, ротовое дыхание, нарушение произношения звуков, вялое жевание, бруксизм, апноэ во время сна.

Миофункциональная реабилитация в сочетании с развитием речи обеспечивает комплексный подход к решению проблем медицины и дефектологии.

Нервная система особенно чувствительна к повреждающим условиям с 28-й нед. беременности до рождения ребенка, что может привести к ее поражению и патологии мышечного тонуса всего тела ребенка. Это необходимо учитывать в период восстановления нервно-мышечной проводимости.

К факторам высокого риска развития интранатальной асфиксии плода относятся: кесарево сечение (плановое или экстренное); тазовое, ягодичное или другие аномальные предлежания плода; преждевременные или запоздалые роды; безводный промежуток более 6 ч, стремительные роды менее 4 ч у перворо-

дыхающих и 2 ч у повторнородящих; предлежание или преждевременная отслойка плаценты, разрыв матки; использование акушерских щипцов, вакуум-экстрактора или акушерских пособий в родах; несоответствие головы плода и размеров малого таза матери; острая гипоксия в родах у матери; расстройства плацентарно-плодного кровообращения при тугом обвитии, истинных узлах, натяжении малой по длине пуповины, выпадении ее петель, прижатии их головкой к стенке родовых путей; болезни сердца, легких и мозга у плода; аномальная частота сердцебиений у плода; меконий в околоплодных водах, многоводие или малое количество околоплодных вод; введение матери наркотических и других анальгетиков за 4 ч и менее до рождения ребенка, общий наркоз.

Состояние нервной системы диагностируется педиатром, неонатологом и детским неврологом. Специалисты определяют этиологию и патогенез ее поражения. В результате врач ставит синдромальный диагноз: мышечная дистония, внутричерепная гипертензия, гидровисцеральные нарушения. Данные проблемы, как правило, приводят к миофункциональным нарушениям. Например, если ребенок находится

в реанимации на искусственной вентиляции легких и кормится через зонд, у него не развивается сосательный рефлекс, мышцы не функционируют, что и способствует возникновению миофункциональных нарушений (проявление патологии мышечного тонуса у ребенка). Последнему назначается массаж тела, рук, ног. Однако массаж лица никто не проводит, что вызывает миофункциональные нарушения.

Врачи-педиатры говорят о необходимости сочетания медикаментозного лечения и немедикаментозных методов коррекции и реабилитации. Эффективна комплексная терапия: применение препаратов, улучшающих мозговую кровоток и клеточный метаболизм, в сочетании с работой логопеда-дефектолога.

Принципы реабилитации детей с последствиями перинатальных гипоксических поражений ЦНС

Грудное вскармливание как важный фактор реабилитации детей

В 1995 г. в России началась реализация провозглашенных Декларацией «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскарм-

ливания» принципов успешного грудного вскармливания.

Комитет здравоохранения Москвы совместно с НИИ питания РАМН начали внедрять в практику лечебно-профилактических учреждений родовспоможения и детства современные методы поддержки и поощрения грудного вскармливания, главные из которых:

- раннее прикладывание ребенка к груди;
- совместное пребывание матери и ребенка в палате родильного дома;
- кормление ребенка «по требованию» (свободное вскарм-

ливание) с первого дня жизни;

- исключительно грудное вскармливание до 4—6 мес. и только при наличии серьезных показаний введение питья, соков, других видов прикорма в более ранние сроки;
- профилактика трещин, нагрубания молочных желез, гипогалактии.

Использование специальных средств для реабилитации детей с расстройствами сосания вследствие поражения ЦНС.

Поильник «Мягкая ложечка» (рис. 1). Применяется: для докорма детей как альтернатива бутыл-



Рис. 1. Поильник «Мягкая ложечка»



Рис. 2. Поильник Хабермана

лочке с соской. При этом ребенок не отвыкает от груди; кормления недоношенных; при необходимости дать малышу лекарство или докормить его, наличии расстройств сосания; для кормления детей с расщелиной верхней губы или мягкого нёба.

Особенность этого поильника — ложечка из мягкого силикона, содержащая специальный клапан, позволяющий легко дозировать поступление пищи. Между бутылочкой и наконечником расположена мембрана клапана, малышу не нужно втягивать воздух при кормлении. Этот поильник отличается простотой

регулирования потока молока: ложечка заполняется автоматически при сжатии резервуара.

Поильник Хабермана (рис. 2). Предназначен для докармливания ребенка сцеженным молоком или смесями. Исключает отвыкание ребенка от груди, часто развивающееся при кормлении из бутылочки с соской. Поильник имеет приспособление для регулирования скорости подачи молока. Рекомендуется для вскармливания недоношенных детей, а также малышей с расщелиной нёба или губы.

Использование дополнительной системы вскармливания. Предназначена для поддержания тесного контакта между мамой и малышом при недостатке молока или в период становления лактации, а также в случае, если ребенок приемный или со слабым сосательным рефлексом. Поддерживает выработку молока у матери, предохраняет риск повреждения сосков.

Последствия длительного сосания пустышки — симметрично открытый прикус и компримированная верхняя челюсть. Для предотвращения данных последствий была разработана ортодонтическая пустышка «Dentimaxx», снижающая давление на зубы, сохраняющая пространство в ротовой полости для правильной

позиции языка. Ступенька на ее основании придает правильное положение резцам.

Необходимо отметить, что формирование вредных привычек у детей с перинатальными поражениями ЦНС, например, сосание пальца, может привести к зубочелюстным аномалиям.

Избавиться от привычки сосать палец труднее, чем избавиться от соски. Естественным путем это происходит к трем годам: от сосания большого пальца избавляются 17,5% детей, от соски — 68%.

Последствия сосания большого пальца — асимметричные

деформации (прогения, прогнатия, передний и боковой открытые прикусы). Заменой пустышке или пальцу во рту может служить вестибулярная пластинка «Stoppy». Мягкие перемишки помогают пластинке занять правильное положение во рту и не мешают расти зубам. Открытый прикус закрывается естественным образом и тренирует носовое дыхание.

Для профилактики зубочелюстных аномалий ребенку с перинатальным поражением ЦНС педиатр может порекомендовать вестибулярные пластинки и трейнеры (рис. 3) —



Рис. 3. Трейнер

стандартные приспособления, использование которых не требует снятия слепков и индивидуального изготовления. С их помощью еще в раннем возрасте можно корректировать миофункциональные нарушения, вредные привычки, аномалии прикуса (сосание пальца, ротовое дыхание, межзубное положение языка), стимулировать тонус круговой мышцы рта и жевательных мышц.

Конечно, нельзя забывать про информационное просвещение будущих родителей.

Чтобы предотвратить вопросы о том, что с их ребенком, что делать с его нарушениями, как их реабилитировать и как на раннем этапе предотвратить проблемы, важно рассказывать и объяснять о стимуляции сосательного рефлекса, грудном вскармливании, массаже лица, ладоней и стоп для предотвращения миофункциональных нарушений, развитии мышечного тонуса и речи ребенка.

Кроме миофункциональных нарушений, зубочелюстных аномалий вследствие перинатальных поражений ЦНС у детей могут возникнуть и проблемы поведенческого характера, например, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ).

Мы хотим обратить ваше внимание на предлагаемые реабилитационные методики.

С первых дней жизни ребенка сочетать прием препаратов с тактильным массажем кистей рук и пальцев, а также органов мускулатуры, участвующей в актах сосания и глотания.

Методика тонкого пальцевого тренинга включает:

- поглаживание наружной и внутренней поверхности руки ребенка от периферии к центру — по 6 раз каждую руку;
- спиралевидные поглаживания с легким нажимом по раскрытой ладони ребенка с выводом большого пальца — по 10 раз;
- разгибание и сгибание большого пальца — по 10 раз;
- точечные нажатия большим и указательным пальцами на середину каждой фаланги каждого пальца руки по направлению от кончика к основанию;
- отведение и приведение большого пальца руки ребенка вперед-назад по кругу.

Лечебную физкультуру при легкой степени поражения ЦНС проводят не ранее 140-го дня жизни, при средней тяжести — не ранее 20-го, при тяжелой — не ранее 23—25-го дня жизни.

Лечебно-профилактический массаж и гимнастика:

- способствуют возрастанию активности всех ферментов, что нормализует обмен веществ, стимулирует окислительно-восстановительные процессы. Вследствие этого организм получает значительные запасы энергии в виде АТФ, уменьшается склонность к ацидозу;
- оказывает большое влияние на процессы торможения и возбуждения в коре головного мозга с изменением подвижности нервных процессов в сторону то ослабления, то усиления;
- могут ослабить или даже устранить сформировавшиеся в ходе болезни патологические условно-рефлекторные связи и восстановить нормальную регуляторную функцию ЦНС;
- нормализовать обмен веществ, дыхание, функции нервной системы;
- способствуют лучшей адаптации сердечно-сосудистой системы.

Методы восстановления нервной системы и мышечного тонуса

Метод «Кенгуру»

Ранний продолжительный контакт «кожа к коже» малыша и его

матери, а точнее тела ребенка (лицом к маме) и материнской груди. Чем большая площадь кожи соприкасается, тем лучше. Чтобы температура тела сохранялась более равномерно, сверху малыша накрывают теплой мягкой пеленкой, иногда надевают шапочку.

Программа «Плывать раньше, чем ходить»

Вода прекрасно лечит любые нарушения мышечного тонуса. Поэтому программа «Плывать раньше, чем ходить» направлена не только на обучение ребенка плаванию, но и на улучшение тонуса мышц тела и лица.

Теплолечение

Тепловые процедуры вызывают согревание тканей, расширение сосудов, усиливают крово- и лимфообращение, улучшают регенераторные процессы, снижают мышечный тонус. Рефлекторно меняется состояние сердечно-сосудистой и нервной систем, дыхания, обмена веществ.

Метод сухой иммерсии (рис. 4)

Используется в восстановительном лечении детей до 3 мес. жизни. Особенно эффективен для недоношенных детей. Метод основан на частичной имитации внутриутробного состояния ребенка и заключается в его помещении на полиэти-



Рис. 4. Метод сухой иммерсии

леновую пленку, свободно лежащую на поверхности воды. Во время проведения сеансов дети с синдромом возбуждения успокаиваются, часто засыпают, у них отмечают снижение мышечного тонуса; угнетенные дети слегка активизируются, улучшается окраска кожных покровов.

Специалисты в области стоматологии обращают внимание на миофункциональные нару-

шения со стороны аномалий прикуса и дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Главная ортодонтическая проблема — неровные зубы, что приводит к неправильному развитию челюстей. Данные нарушения, связанные с ростом зубов, можно выявить уже в раннем возрасте. В 4—5 лет становится заметно, что молочные зубы растут скученно. Постоянным зубам не хватает места, как следствие, — неровность зубных рядов. Как правило, челюсти при этом будут расти вниз и назад, что приведет к неправильному формированию лицевого скелета.

Традиционная ортодонтия не принимает во внимание данные причины, а просто выравнивает зубы. Поскольку им не хватает места, удаляются здоровые постоянные зубы. В результате профиль может стать вогнутым и со временем ребенок может выглядеть старше своих лет. При таком нездоровом подходе скученность зубов может повторно возникнуть. Тогда на зубы помещают проволоку, которую нужно носить всю жизнь, поскольку причины неправильного прикуса не были устранены.

Исследования аномалий челюстно-лицевого развития

у школьников выявили, что у 90% детей имеется развитие аномалий прикуса (рис. 5). Среди аномалий прикуса у детей в 5—15 лет в России были обнаружены следующие нарушения: ротовое дыхание, инфантильное глотание, нарушение речи и сна.

Если ребенок дышит ртом, нарушается его челюстно-лицевое развитие. При ротовом дыхании и неправильном глотании челюсть не может естественным образом расти вперед, поэтому постоянным передним и задним зубам (зубам мудрости) не хватает места, чтобы занять правильное положение. В результате верхняя

челюсть становится узкой, и зубам не хватает места. Недоразвитие челюстей влияет на развитие функций лица.

Причины ротового дыхания: слабость жевательных мышц, аденоиды, аллергические риниты, гаймориты, нарушенный прикус, вредные привычки, длительное кормление протертой пищей, дизартрический компонент, закрепившийся сосательный рефлекс, не формируется жевательная функция, загрязнение среды.

Здоровый человек должен дышать только носом. Если носовое дыхание затруднено, появляется ротовое дыхание. Первое

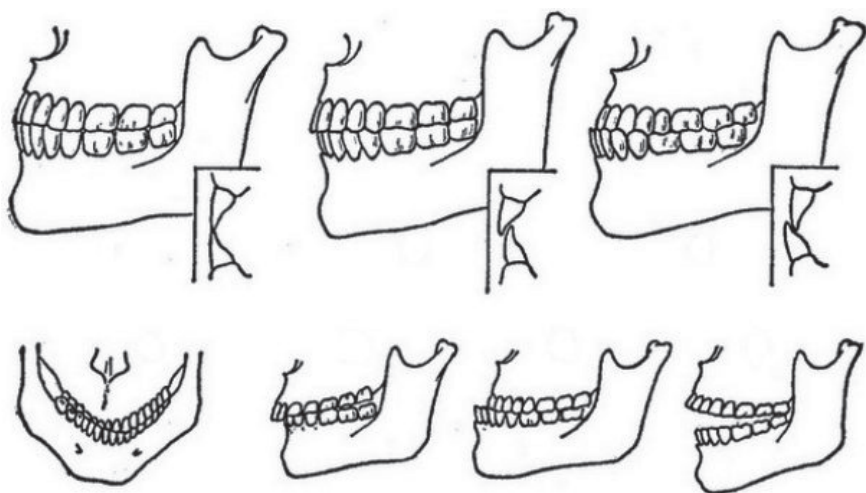


Рис. 5. Аномалии прикуса

инстинктивное, естественное и глубокое, второе — поверхностное и неадекватное, приводящее к включению вспомогательных дыхательных мышц. Постоянная работа этих мышц вызывает нарушение осанки. В сутки человек вдыхает и выдыхает 28 тыс. раз, что соизмеримо с 10—20 тыс. л воздуха, в котором содержатся бактерии, пыль и аллергены.

О важности носового дыхания необходимо сообщать будущим родителям еще до рождения ребенка. Во время кормления нужно обращать внимание на процесс правильного глотания и дыхание носом. При включении прикорма ребенок уже самостоятельно должен пережевывать пищу с закрытым ртом.

Однако достаточно часто отмечается негативная динамика развития нарушений: в 7—18 лет — дыхание ртом, инфантильное дыхание, прокладывание языка, недоразвитие лицевых структур; в 30 — бруксизм с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава; в 40 — избыточная масса тела и храп; в 50 лет — апноэ.

Специалисты должны видеть развернутую картину состояния челюстно-лицевой системы для определения лечения и

коррекции. По завершении терапии происходит: улучшение носового дыхания, тренировка мускулатуры для обеспечения правильного положения губ и языка в покое, коррекция неправильного типа глотания, устранение вредных привычек (сосать палец, грызть ногти и др.), обеспечение правильного челюстно-лицевого развития (правильный прикус и ровные зубы).

В качестве миофункциональной гимнастики используют следующие упражнения: дыхательную гимнастику, упражнения для носа, языка, губ, щек, шеи, промывание носа (при необходимости), логопедический массаж языка, мягкого нёба, щек, губ, шеи, классическая логопедическая артикуляционная гимнастика, артикуляционно-мимические упражнения.

Комплексная реабилитация — совместная работа стоматологов, ортодонтотв, педиатров и логопеда-миотерапевта, проводящих медикаментозную и немедикаментозную реабилитацию. Ниже приведен протокол взаимодействия логопеда-миотерапевта с ортодонтотм при сочетанной патологии в качестве примера.

Ортодонт осуществляет первичный прием, диагностику,

сбор анамнеза, определяет план и способы лечения. Если аномалии прикуса обусловлены миофункциональными проблемами (при нарушении дыхания, жевания, глотания, речеобразования), необходимо подобрать трейнер или вестибулярную пластинку, провести беседу о гигиене, правилах и режиме ношения аппарата, зафиксировать с помощью фотографии состояние челюстно-лицевой области до изменения, направить на консультацию к другим специалистам.

Логопед-миотерапевт проводит первичную консультацию, диагностику, сбор анамнеза, определяет план коррекционного воздействия: подбирает упражнения для формирования миодинамического баланса, в том числе с использованием трейнеров и вестибулярных пластинок, для дыхательной гимнастики (с переключением на носовой тип дыхания), осуществляет коррекцию звукопроизношения.

Варианты взаимодействия с пациентами:

- режим контроля за выполнением рекомендованного комплекса упражнений дома;
- режим индивидуальных занятий с логопедом, на которых также проводится логопеди-

ческий массаж, дыхательная и миофункциональная, артикуляционная гимнастика.

Через месяц лечения необходима повторная консультация ортодонта, на которой осуществляются динамическая диагностика и уточнение плана лечения. На данном этапе, при необходимости, можно подключить других специалистов: ЛОР-врача, ортопеда, остеопата и пр.

Далее логопед-миотерапевт проводит индивидуальные занятия, которые могут сочетаться с групповыми занятиями, где проводятся дыхательные упражнения, миофункциональная и артикуляционная гимнастика в игровой форме, динамический контроль, занятия по постановке и автоматизации звуков в речи.

Далее ребенка направляют к ортодонту. Фотографируют результаты после 3—6 мес. Подбирают аппарат миофункциональной коррекции 2-й степени с жесткой основой, уточняется режим ношения, проверяется качество выполнения упражнений и добавляются новые. Если динамика незначительная, выявить проблему и направить ребенка на консультацию к кинезиологу, остеопату, психологу и дефектологу.

О телесном и духовном здоровье в Древней Руси

Романова И.В.,

преподаватель ГБПОУ ПК № 10, Москва

Аннотация. В статье рассматриваются представления о взаимосвязи духовного и физического здоровья, бытовавшие в Древней Руси.

Ключевые слова. Духовная жизнь, оздоровительная система, духовное здоровье.

В Древней Руси жизнь физическая была неразрывно связана с жизнью духовной. Считалось, что чем сильнее человек духом, тем он крепче телом. Примером тому служили русские богатыри. Поэтому с самого раннего возраста ребенку показывали связь духовного и физического, воспитывая его в русле православной традиции.

Русскому человеку не нужно было объяснять, что причина болезни — грех, своя собственная воля. Люди понимали: телесная болезнь служит исцелению души, это очищение от греха: «От нечистого что может быть чистого, и от ложного что может быть истинного?» [Сир. 34: 4] В сознании человека Древней Руси надежно закреплялось, что Бог «попускает тебе быть больным; конечно, или к наказанию, или к испытанию, а может быть

и предупреждению от каких-либо грехопадений и удержанию в границе смирения» [5]. Болезнь есть одновременно и благо, и наказание, и очищение от греха, она удерживает от несправедливых действий. Люди часто не могли понять, в чем промысел Божий, почему они болеют, и старались найти причину этого в своей жизни и поступках. В Древней Руси люди понимали, что, воспитывая в детях нравственные качества, они укрепляют их физическое здоровье.

Воспитательная и оздоровительная системы строились на поучениях святых отцов и содержали в себе определенную систему побуждений и запретов. Чтобы ребенок вырос крепким и здоровым, его воспитывали в благочестии, которое «на все полезно» [1Тим. 4: 8], давали понять неотвратимость наказания

за отступление от нравственных норм.

Какие же добродетели развивали, и в чем наши предки видели связь духовного и физического здоровья? Прежде всего, детей воспитывали в вере, поскольку именно она является «движущей силой духовной жизни человека» [3], любви к Богу и ближнему. Только любовь, по мысли святых отцов, может привести человека к нравственному совершенству, способна преобразовать и изменить к лучшему все стороны жизни. Воспитывали милосердие («милость сердца»), сострадание, сопереживание и сочувствие людям, нуждающимся в помощи, готовность бескорыстно оказать ее. Воспитывали также в смирении — способности видеть истину, сознательно и стойко переносить жизненные испытания, и в покаянии. Слово «покаяние» в переводе с греческого означает «перемена ума», «перемена мыслей». Согласно христианскому вероучению, это не только сокрушение и сожаление о допущенных падениях и слабостях, и не только раскаяние, но оно есть еще и воля к исправлению, желание и твердое намерение, решимость бороться с дурными склонностями, грехом и страстями и сопровождается радикальным пересмотром своих взглядов и системы ценностей.

Существовавшая система запретов предполагала недопущение проявления лениности, неосмотрительности и небрежности, желания внешних благ, богатства, власти, нравственной нечистоты, безмерного употребления пищи и питья, неудовольствия от благополучия и достижений других людей (зависти), желания отмщения (гнева), холодности и равнодушия к своему душевному состоянию (уныния).

Показателен пример воспитания боярских детей. На Руси, если ученик был нерадив или нарушал дисциплину, его пороли розгами. Однако детей бояр бить запрещалось. Поэтому каждый боярский сын приводил с собой холопа — «мальчика для битья», которого и пороли вместо него. Вид страданий этого ребенка вызывал сопереживание. Таким образом, у боярских детей воспитывали ответственность, усердие, сострадание, стремление не допускать ошибок, от которых могли пострадать они сами или другие люди.

Сщмч. Онуфрий (Гагалюк) писал: «... культура физическая дает силу и красоту тела. Но если у человека нет христианских добродетелей, то эта культура легко может погибнуть... Разве не слышим теперь сплошь и рядом, как цветущие физически юноша или девушка, потеряв веру в нрав-

ственность, легко впадают в разврат, получают болезни, от коих гниет их тело и которые делают уже бессмысленными все физические упражнения!»

Существовавшая на Руси система воспитания формировала в детях нравственные качества и этим сохраняла их физическое здоровье.

Литература

Иоанн Златоуст, святитель. Беседы на Евангелие от Иоанна.

Беседа 38. 1. // https://azbyka.ru/otechnik/Ioann_Zlatoust/besedy-na-evangelie-ot-ioanna/38

Маслов Н.В. Православное воспитание как основа русской педагогики. М., 2007.

Феофан Затворник, святитель. Собрание писем. Письма. III. Вып. 3 477. // <http://www.xpa-spb.ru/libr/Feofan-Zatvornik/sobranie-pisem-3-477.html>

<http://bible.optina.ru/new:1tim:04:08>
www.opvsppb.ru > Библиотека > Мысли святых отцов о болезнях и здоровье.

Использование средств искусства в работе педагога

Колягина В.Г.,

*канд.психол. наук, доцент кафедры олигофренопедагогики и специальной психологии Института детства
ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва*

Аннотация. В статье рассматриваются влияние арт-терапии на формирование гармоничной личности, некоторые принципы работы с использованием средств искусства. Описываются арт-терапевтические методики, их воздействие на психику дошкольников и применение в педагогически-психологическом сопровождении ребенка. Приводятся конспекты занятий с использованием средств искусства для развития эмоционально-личностной сферы. *Ключевые слова.* Средства искусства, арт-терапия, эмоционально-личностная сфера, психическое развитие.

Современная психология и педагогика в поиске эффективных средств развития и коррек-

ции все больше ориентируются на использование искусства в процессе обучения и воспитания

детей. Тем самым подтверждает-ся идея воспитания посредством искусства, получившая распространение в начале XX в.

Дошкольное детство — период первоначального формирования личности, характеризующийся иерархией мотивационной сферы и произвольностью поведения. Неблагоприятное эмоциональное самочувствие негативно влияет на психическое здоровье детей, а также ограничивает их социальные возможности в процессе адаптации и интеграции. Столкновение интересов, обиды и ссоры неизбежны в детском коллективе. Хорошо, когда взрослый может помочь детям найти правильное решение и выход из сложившейся ситуации.

Негативные социальные эмоции, которые зачастую испытывает ребенок в различных жизненных ситуациях, могут быть обусловлены принятием и отчужденностью со стороны ближайшего окружения. Комплексы подобных негативных эмоций и эмоциональных состояний, например тревожность и страхи, образуют основу эмоционального неблагополучия личности.

Эмоциональное неблагополучие — проявление эмоций,

мешающее человеку в повседневной жизни. Среди его основных причин можно выделить неправильное воспитание детей с самого раннего возраста [3].

Ю.М. Миланич разделяет детей с эмоциональными нарушениями на группы:

- с выраженными внутрличностными конфликтами. У них отмечаются тревожность, необоснованные страхи и частые колебания настроения;
- межличностными конфликтами. Они эмоционально возбудимы, раздражительны, агрессивны;
- внутри- и межличностными конфликтами. Для них характерны эмоциональная неустойчивость, раздражительность, агрессивность в сочетании с обидчивостью, тревожностью, мнительностью и страхами [7].

В настоящее время наблюдается рост числа эмоциональных нарушений у дошкольников, представляющих собой начальные явления болезненных состояний и раскрывающих премоурбидные особенности личности.

Говоря об *источниках эмоционального развития дошкольника*, следует отдельно упомянуть искусство. По при-

знанию отечественных психологов, использование средств искусства в процессе воспитания и обучения помогает формироваться гармоничной личности ребенка.

С конца 90-х гг. XX в. в России активно используются средства искусства в психологической работе с детьми. Появляются работы, посвященные теории и практике арт-терапии (А.Г. Гришина, А.И. Копытин, Л.Д. Лебедева, Е.А. Медведева, И.Ю. Левченко, Л.Н. Комиссарова, Т.А. Добровольская, А.А. Осипова и др.).

В настоящее время арт-терапия в широком понимании включает в себя:

- изотерапию — лечебное воздействие средствами изобразительного искусства: рисованием, лепкой, декоративно-прикладным искусством и т.д.;
- библио-, сказкотерапию — лечебное воздействие художественной литературой, сказками;
- имаготерапию — лечение через образ, театрализацию;
- музыкотерапию — лечебное воздействие через восприятие музыки;
- вокалотерапию — лечение пением;

— кинезитерапию (танцевдвигательную, хореотерапию, коррекционную ритмику);

— лечебное воздействие движением и т.д.

В лечебной и психокоррекционной практике арт-терапия понимается как совокупность методик, построенных на применении разных видов искусства в своеобразной символической форме и позволяющих с помощью стимулирования художественно-творческих проявлений осуществить коррекцию психосоматических, психоэмоциональных и личностных нарушений детского развития [1].

Применение арт-терапевтических методик в психокоррекционной работе позволяет снять нервно-психическое напряжение, помогает справиться со стрессом, преодолеть ребенку чувство неуверенности, тревоги, страха; улучшает процесс коммуникации; оказывает влияние на осознание ребенком своих чувств, переживаний, эмоциональных состояний; повышает самооценку, создает радостное настроение и дает положительные эмоции и др.

Для коррекционно-педагогической работы с использованием арт-терапевтических методов наиболее эффективна модель

комбинированного занятия, впервые предложенная в работе А.А. Венгер, Г.Л. Выгодской, Э.И. Леонгард «Отбор детей в специальные дошкольные учреждения». Специфика комбинированного занятия заключается в том, что оно не объединено общей целью и не предполагает закрепления полученных ранее знаний. Это значит, что любой педагог может включать арт-терапевтические задания в свою работу. Эффективность педагогически образовательного и коррекционного процесса может существенно увеличиться, если использовать на занятиях арт-терапию [4].

Коррекционно-развивающая работа с применением средств искусства проводится поэтапно. Задания и игры на начальных этапах работы направлены на *сплочение и объединение группы*, устранение застенчивости, робости, активизацию коммуникативных способностей (игры «Клубочек», «Дотронься до...»). Они могут быть использованы в группе детей, которые недавно стали посещать ДОО или начальную школу. И чтобы справиться со стрессом при попадании в новый коллектив, хорошо применять игровые и арт-терапевтические методы

для сплочения и объединения [8].

Коллективное рисование способствует объединению группы и созданию благоприятной, дружеской обстановки в ней. Все занятия имеют коммуникативную направленность. И на этом этапе могут быть использованы упражнения на темы: «Как мы будем жить на необитаемом острове?», «Я и моя группа в детском саду», «Разноцветные ладошки», «Дорисуй мой рисунок» [5].

Следующий блок заданий, которые можно вводить и использовать в работе педагога, — *изо- и сказкотерапия*, помогающие решать одновременно разные задачи. Коррекционно-развивающая работа с применением этих методик начинается с диагностического этапа. Рисуночные тесты («Нарисуй человека», «Моя семья», «Несуществующее животное») позволяют педагогу понять имеющиеся трудности ребенка. Анализ работ детей помогает определить уровень соответствия возрастных характеристик ребенка его психологическому возрасту на данный момент развития, предположить наличие эмоционального и семейного неблагополучия, выявить способность каждого ре-

бенка с помощью линии передавать образ, проверить умение правильно держать карандаш, оценить степень развития воображения, фантазии, а также способность комментировать свою деятельность.

Формирование адекватной самооценки необходимо закладывать в дошкольном возрасте. Занятия, направленные на развитие рефлексии, самопрятия, самосовершенствования, умения ставить жизненно важные цели, способствует этому. Детям предлагают нарисовать себя («Каким я был и каким я стану в будущем», «Я — хороший, я — плохой»). После рисования педагог выясняет, как ребенок относится к нарисованному, какие эмоции у него вызывает рисунок. Взрослый эмоционально поддерживает дошкольника, помогает увидеть в себе лучшее, настраивает на позитивное будущее. Проводится выставка рисунков детей; они сами выбирают понравившиеся рисунки. Такие занятия помогают дошкольнику почувствовать себя принятым в коллективе, увидеть положительное в себе, создают радостное настроение и др.

В психокоррекционную работу по развитию эмоционально-личностной сферы дошколь-

ников могут быть включены занятия, задачи которых — помочь ребенку побороть возрастные страхи (перед сказочными персонажами, темнотой, агрессией и др.), отрегулировать имеющиеся отрицательные эмоции, мешающие полноценному развитию личности. Прослушивание сказок, в которых присутствует пугающий ребенка персонаж, где его побеждает главный герой, помогает ребенку преодолеть его собственные страхи. В сюжете сказки может проследиваться ситуация, похожая на ту, с которой дошкольник столкнулся в жизни. Прослушанную историю можно рисовать и делать театрализованные сценки. Проигрывая и анализируя жизнь сказочного героя, ребенок с проблемами отождествляет себя с ним, это дает ему положительные эмоции, надежду на победу, радость и модель поведения в сложной жизненной ситуации.

Важно учитывать, что ценность — не в результате, не в продукте творчества, а в самом процессе. Имеет значение не то, что создадут дети, а то, что они создают, творят. Учитывая этот принцип, на каждом занятии создаются условия для эмоционального и творческого самовы-

ражения посредством создания художественного образа.

Кинезитерапия помогает снять психоэмоциональное напряжение, стимулирует моторное и эмоциональное самовыражение, формирует чувство темпа и ритма, активизирует творческое воображение и мышление (упражнения «Сочини свой танец», «В магазине игрушек», «Танец цветов» и т.д.). Образно-ритмические и танцевально-двигательные упражнения формируют целостность движений детей. Положительный эмоциональный фон урока создает «ситуацию успеха», благоприятную для формирования личностных качеств, уверенности в себе, активности, инициативы, мотивации к художественной исполнительской деятельности. Использование в развитии детей не только методов воздействия на их сознание и мышление, но и телесных и танцевальных, отвлекает контроль сознания над телом.

На занятиях учитывается как физическое, так и эмоциональное состояние детей с целью его регуляции. Можно применять упражнения на мини-релаксацию («Волшебный сон», «Кулачок»). Детей учат контролировать мышечное состояние,

расслабляться, снимать нервно-мышечное напряжение. Упражнения проводятся под успокаивающую музыку.

Использование *музыкотерапии* в педагогически развивающем процессе помогает снизить уровень нервнопсихического возбуждения, настроиться на урок и принятие информации («слушаем музыку», «какое настроение дает мне эта музыка?», «рисуем музыку» и др.).

Известный деятель музыкального воспитания В.И. Шацкая указывает на то, что способность эстетически воспринимать музыку, слышать основное в ее содержании, сопереживать отражающимся в ней чувствам, понимать значение выразительных средств дана от природы, ее можно развить в процессе соответствующей деятельности. Отдых под классическую музыку положительно влияет на здоровье детей. Для большего эффекта можно совмещать прослушивание произведения с просмотром видео с картинками русской природы. В процессе музыкальных упражнений формируются музыкально-образное мышление, слух, желание слушать музыку, способность эмоционально на нее откликаться, рассказывать о ней [2].

Работа по развитию эмоционально-эстетических, нравственных, коммуникативно-рефлексивных качеств личности осуществляется с помощью *кукло- и имаготерапии*. Детям показывают кукольные представления, просмотр и обсуждение которых способствует формированию волевых качеств, эмпатийных отношений, умению анализировать и оценивать поступки свои и других, осознанию необходимости выполнять правила этикета («Беседа о вежливых словах», «Доброта и жадность», «Бережное отношение к природе», «Беседа о дружбе»). Образ куклы близок ребенку, поэтому кукольный театр сильно воздействует на психику. Кукла становится проводником в мир эмоций и чувств, учит ребенка выбирать правильную модель поведения.

Игра с пальчиковыми куклами активизирует воображение и увлекает ребенка. В то же время она служит для него психологически безопасным видом деятельности. Дети отождествляют себя с персонажами игры, что позволяет им проецировать на них свои чувства и межличностные конфликты. Таким образом, они могут выражать переживаемое ими состояние дистресса и

другие сложные чувства, мечты и фантазии. Кроме того, педагог получает реальную возможность взаимодействия с ребенком посредством кукол, особенно с замкнутыми, стеснительными детьми, испытывающими трудности в общении.

С помощью куклотерапии осуществляется коррекционная работа по преодолению страхов, агрессивности, негативных черт характера.

Занятия на данном этапе включают игры и различные сценки-этюды (агрессивное поведение: «Два драчуна», «Брыканье» и т.д., страхи: «Ночные звуки», «Бабка Ежка» и т.д.), а также инсценировки кукольного театра и игры с пальчиковыми куклами («Коррекция невротических проявлений», «Негативные черты характера», «Агрессивное поведение»).

В занятия можно включать сценки-этюды, помогающие детям освоить эффективные способы поведения и использовать их в реальной жизни («Разыгрывание ситуаций», «Связующая нить», «Хорошее настроение», «Добрый медвежонок и злой медвежонок» и т.д.). Дети могут применять различные образы с различным эмоциональным состоянием. Это помогает осо-

знавать имеющиеся трудности в собственном поведении, активизировать рефлексии и коррекцию поведения [8].

В процессе коррекционно-развивающей работы, включающей различные виды искусства (театрализованно-игровое, музыкальное, танцевальное, художественно-речевое, изобразительное и т.д.), создаются возможности не только для художественного развития и формирования основ художественной культуры, но и благоприятные условия для коррекции и развития познавательной и личностной сфер ребенка, а также становления предпосылок развития его творческой активности и художественных способностей для дальнейшей успешной социализации и адаптации его в социуме.

Ниже представлены примеры занятий на развитие эмоциональной сферы дошкольников с использованием арт-терапии.

Знакомство друг с другом

Занятие с использованием игро- и танцедвигательной терапии

Цели: знакомство детей друг с другом, создание позитивного настроения.

Задачи:

- снимать внутреннее напряжение и неуверенность в себе;
- помогать раскрыться и повысить коммуникацию;
- учить чувствовать себя уверенно в коллективе;
- развивать зрительную и слуховую память.

Игра «Волшебный клубочек»

Оборудование: клубок ниток.

Дети сидят в кругу на стульях. Психолог предлагает сыграть в игру. У него в руках — волшебный клубочек ниток. Тот, к кому он попадает, должен представиться, назвать свое имя и рассказать немного о себе. Психолог начинает первым, потом передает клубочек другому ребенку, но конец ниточки остается в руках психолога.

Дети поочередно рассказывают о себе и передают клубочек, но продолжают держать ниточку в руках. Таким образом, получается сеть из ниточек, которыми все связаны. Психолог показывает, что эти ниточки — наше общение, и они сделали всех одним целым.

Игра «Запомни, кто как стоит»

Дети встают в линию, выбирается ведущий. Ему дается за-

дание посмотреть и запомнить, кто как и с кем стоит. Ведущий отворачивается, дети меняются местами. Задача — вспомнить очередность и расставить всех по своим местам.

Игра помогает запомнить друг друга, создать позитивное и радостное настроение в коллективе.

Игра «Танцуй, как я»

Дети встают в круг, психолог — в центре. Включается веселая музыка. Психолог производит простые движения, дети повторяют за ним. Затем движения показывает выбранный ребенок. И т.д.

Такие танцевальные минутки помогают раскрепостить детей, создать радостное настроение, повысить самооценку и убрать неуверенность в себе.

Игра «Я и мое зеркало»

Дети разбиваются на пары («зеркало» и «человек»). «Человек» делает движения, а «зеркало» за ним повторяет. Работая в паре, дети учатся понимать друг друга.

Игра «Комплименты»

Оборудование: клубок ниток.

Дети садятся в круг.

Психолог. Ребята, сегодня мы познакомились, поиграли в интересные игры, Много узнали друг о друге, подружились.

В руках психолога — клубочек. Он напоминает о невидимых ниточках, которые связывают всех.

Давайте поиграем в игру: я буду говорить хорошие слова о человеке (комплименты) и передавать клубочек другому. Например: «Таня! Ты очень красивая!»

Психолог передает клубочек Тане. Она берет его и обращается к другому ребенку.

Таня. Петя! Ты добрый!

Клубочек переходит по кругу с добрыми словами в адрес каждого.

Позитивное и доброжелательное отношение друг к другу создает атмосферу доверия и комфорта в детском коллективе. Дети уходят с занятия с приятными впечатлениями о других и о себе.

Развитие коммуникации и общения

Занятие с использованием игро- и изотерапии

Цель: формирование умения регулировать и нормализовать

имеющиеся трудности в общении и конфликты.

Задачи:

- развивать коммуникативную функцию;
- формировать доброжелательные взаимоотношения в группе;
- учить регулировать конфликтные ситуации;
- развивать вербально-логическое мышление и память.

Игра «Ладонь в ладонь»

Дети встают парами лицом к лицу, прижимая ладони друг к другу. Нужно двигаться по комнате, в которой расставлены различные препятствия (стулья, игрушки). Пара должна преодолеть препятствия, не задевая за предметы и не падая. Такая игра способствует развитию эмпатии, нормализации детских отношений, учит работе в паре, заботиться о партнере, создает радостное и веселое настроение.

Игра «Скульптор»

Дети разбиваются на пары. Один из участников игры — «скульптор», другой — «фигура». «Скульптор» пытается создать фигуру, меняя положение тела партнера (поднимает руки,

просит сесть, поднять ногу, наклониться и т.д.). После этого рассказывает о том, что он слепил, и о характере того, кто изображен. Остальные участники могут задавать вопросы. После этого дети меняются ролями.

Игра способствует улучшению взаимоотношения между участниками игры. Дети учатся входить в личную зону партнера и создавать хорошее настроение.

Игра «Дорисуй чужой рисунок»

Оборудование: листы бумаги, карандаши, фломастеры.

Дети свободно, по собственному желанию рисуют, но рисунок оставляют незавершенным. Другие дети его дорисовывают. Психолог пытается направить мотивацию детей на союз и диалоговое общение. Участники меняются рисунками и завершают работу. В последующем на выставке дети высказывают свое видение и мнение о рисунках, понравившихся элементах и удачных дополнениях, сделанных партнером.

Игра «Рисуем совместный рисунок, пускаем его по кругу»

Оборудование: лист бумаги, карандаши, фломастеры.

Тянемся легко-легко
И спокойно, высоко.

Наши ножки мы встряхнули,
Хорошо мы отдохнули!

Дети выполняют движения в соответствии с текстом.

Стихотворение читается медленно, тихим голосом, с паузами. Желательно под спокойную, релаксационную музыку.

Музыкальное занятие «Рисуем под музыку»

Оборудование: листы бумаги, карандаши, фломастеры.

Для закрепления эмоционально-успокоительного эффекта детям предлагается перейти в «рабочую зону» кабинета и сесть за столы. Они рисуют свое настроение.

Дети могут сами выбрать способы рисования (краски, карандаши) и сюжет. Психолог поддерживает их решение, способствует закреплению положительного воздействия терапии искусством.

Музыкальные композиции выбираются в зависимости от психологических проблем ребенка или группы.

Предпочтение отдается спокойной, релаксационной музыке или ритмам, способствующим активизации воображения и мышления.

Литература

1. *Вальдес Одриосола М.С., Колягина В.Г.* Арт-терапия в системе психолого-педагогического сопровождения детей с нормальным и нарушенным развитием: Метод. пособие. М., 2017.
2. *Ворожцова О.А.* Музыка и игра в детской психотерапии. Музыкальная арт-терапия для детей. М., 2004.
3. *Вохмянина Т.В.* Психическое здоровье детей дошкольного возраста // Руководство практического психолога: Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И.В. Дубровиной. М., 1997.
4. *Выготский Л.С.* Воображение и творчество: Психологический очерк. 3-е изд. М., 1967.
5. *Дилео Д.* Детский рисунок: Диагностика и интерпретация. М., 2001.
6. *Колягина В.Г.* Арт-терапия и арт-педагогика для дошкольников. М., 2016.
7. *Миланич Ю.М.* Психологическая коррекция эмоциональных нарушений у детей дошкольного возраста: Дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 1998.
8. *Овчар О.Н., Колягина В.Г.* Формируем личность и речь дошкольников средствами арт-терапии. М., 2005.

ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ ИЗДАТЕЛЬСТВА «ТЦ СФЕРА» НА АПРЕЛЬ 2018 г.

Тема месяца «Социально-коммуникативное развитие»

Приглашаем Вас принять участие в мероприятиях издательства в апреле 2018 г.

Мы надеемся, что каждый найдет для себя что-нибудь полезное и интересное. Все наши мероприятия нацелены на повышение уровня квалификации педагогов. Семинары и вебинары проводят эксперты дошкольного образования, которые поделятся с Вами своими знаниями, умениями, навыками, раскроют секреты воспитания и развития детей от рождения до школы.

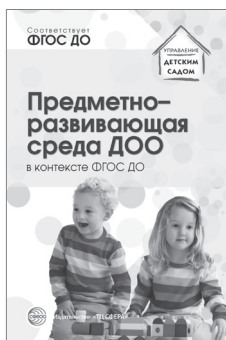
Подробную информацию можно узнать на сайте **www.tc-sfera.ru** в разделе «План мероприятий на апрель» или позвонив по телефону (495) 656-75-05 нашему методисту Козьмодемьянской Елене Ивановне.

Дата / время	Мероприятие
1	2
29.03— 01.04	Международная специализированная выставка «Планета детства» (Санкт-Петербург, КВЦ Экспофорум) В рамках проведения выставки наш партнер — компания «Арос» — организует выставку-продажу, на которой будет представлен широкий ассортимент: открытки, дипломы, плакаты, гирлянды, наглядные пособия, праздничная и оформительская продукция, печатные игры и многое другое
31.03— 01.04	Неделя детской и юношеской книги (Москва, РГДБ) В рамках проведения мероприятия издательство «ТЦ Сфера» организует выставку-продажу, на которой будет представлен широкий ассортимент книг для детских садов, для детей, дипломы, плакаты, гирлянды, наглядные пособия, праздничная и оформительская продукция, печатные игры и многое другое
04.04 с 13.00 до 15.00	Вебинар «Игровые технологии в формировании социально-коммуникативной компетентности у старших дошкольников» Выступающий: <i>Алябьева Елена Алексеевна</i> — преподаватель дошкольной педагогики и психологии частных методик МГЗПИ, практический психолог РГПУ им С.А. Есенина. Автор методических пособий по развитию речи, социально-коммуникативному развитию, физическому развитию

Окончание

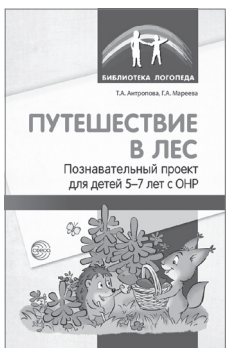
1	2
07.04	<p>Семинар «Авторская образовательная программа “Математические ступеньки” и ее организационно-методическое сопровождение» Выступающий: Колесникова Елена Владимировна — педагог высшей квалификации, отличник народного просвещения, лектор Московского института открытого образования, автор более 100 пособий по развивающему обучению дошкольников</p>
11.04	<p>Вебинар «Формирование социальной картины мира ребенка в детско-родительских отношениях» Выступающий: Потапова Ольга Евгеньевна — автор методических пособий и научных публикаций</p>
11.04	<p>Профессиональный конкурс педагогического мастерства и общественного признания «Педагог года Москвы — 2018» В рамках проведения конкурса «ТЦ Сфера» организует выставку-продажу, на которой будет представлен широкий ассортимент: книги, журналы, дипломы, плакаты, гирлянды, наглядные пособия, праздничная и оформительская продукция, печатные игры и многое другое. Методист издательства, Козьмодемьянская Елена Ивановна, примет участие в награждении участников III этапа Конкурса в номинациях «Педагог-психолог года» и «Воспитатель года»</p>
18.04	<p>Вебинар «Позитивная социализация как целевой ориентир социально-коммуникативного развития детей дошкольного возраста» Выступающий: Коломийченко Людмила Владимировна — доктор педагогических наук, профессор, зав. кафедрой педагогики и психологии, зав. лабораторией социального развития, руководитель научной школы «Социальное развитие и воспитание в культурологической парадигме образования» Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета, отличник народного образования, Почетный работник высшего профессионального образования</p>
25.04 с 13.00 до 15.00	<p>Вебинар «Методы и приемы социально-коммуникативного развития дошкольников, применяемые в работе по профилактике нарушений письма и чтения» Выступающий: Свободина Наталья Генриховна — логопед, практический психолог, Почетный работник образования РФ. Автор книг и публикаций на тему профилактики и коррекции нарушений письма и чтения у дошкольников и младших школьников</p>

Представляем новинки марта 2018 г.

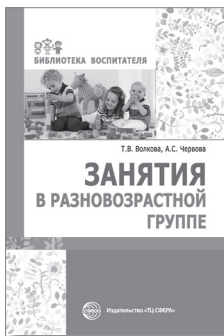
**ПРЕДМЕТНО-РАЗВИВАЮЩАЯ
СРЕДА ДОО В КОНТЕКСТЕ ФГОС ДО***Под ред. Н.В. Микляевой*

В пособии отражена система представлений о современной предметно-развивающей и игровой среде детского сада, описаны требования к ее проектированию и организации с позиции ФГОС ДО, алгоритм создания интерактивной среды и предложены методы и приемы ее активизации, обобщен опыт организации комплексной предметно-развивающей и пространственной среды.

Пособие рекомендовано воспитателям и руководителям ДОО.

**ПУТЕШЕСТВИЕ В ЛЕС
Познавательный проект для детей
5—7 лет с ОНР***Авторы — Антропова Т.А., Мареева Г.А.*

В книге представлен познавательно-творческий проект по теме «Лес», направленный на развитие речи старших дошкольников с речевыми нарушениями, расширение и активизацию словаря по темам: «Лес», «Деревья и кустарники», «Лесные цветы и травы», «Лесные плоды и ягоды», «Грибы», «Животные леса», «Насекомые», «Птицы», ознакомление с окружающей природой, формирование умений выражать свои мысли, правильно согласовывать слова в предложении, отвечать на вопросы и составлять рассказ по схеме или плану, развитие памяти, восприятия, внимания, мышления, воображения и эмоционально-волевых процессов.

**ЗАНИЯТИЯ В РАЗНОВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ***Авторы — Волкова Т.В., Червова А.С.*

Данное пособие будет интересно и полезно родителям, желающим самостоятельно воспитывать и развивать своих детей, воспитателям семейных и домашних детских садов, педагогам ДОО. Большое количество практических материалов поможет разнообразить жизнь детей интересными занятиями. Вы узнаете, чем можно занять ребенка с пользой для его гармоничного развития как дома, так и в детском саду. Представленные занятия помогут родителям и педагогам организовать и провести обучающие игры и досуги с детьми дошкольного возраста и с учетом особенностей детей с ограниченными возможностями здоровья.

Закажите в интернет-магазине **www.sfera-book.ru**



ЗАНЯТИЯ ПО РАЗВИТИЮ РЕЧИ ДЕТЕЙ 5—6 ЛЕТ Методическое пособие

Авторы — Соломатина Г.Н., Рукавишникова Е.Е.

В методическом пособии представлены конспекты занятий по развитию речи детей 5—6 лет для проведения в условиях дошкольных образовательных организаций — детских садов общеразвивающего, комбинированного и компенсирующего видов. В зависимости от уровня психического и речевого развития данные занятия могут быть адресованы также и детям среднего и старшего дошкольного возраста с нормальным речевым развитием.



ПУТЕШЕСТВИЕ В СТРАНУ ЗВУЧАЩЕГО СЛОВА

Альбом для развития связной речи
у детей 5—7 лет

Авторы — Арушанова А.Г., Рычагова Е.С.

Альбом для занятий с детьми 5—7 лет содержит материал, направленный на развитие лексико-грамматического строя речи и творчества дошкольников. Альбом может быть использован как самостоятельное пособие в индивидуальной работе с ребенком в детском саду и дома. Издание предназначено родителям, интересующимся развитием речи детей, а также воспитателям ДОО, педагогам дополнительного образования.



ИГРАЕМ С ПРЕДЛОГАМИ НА, ЗА, У, ЧЕРЕЗ, ПОД, НАД ИГРАЕМ С ПРЕДЛОГАМИ В, ОТ, ИЗ, ОКОЛО, ПЕРЕД, ИЗ-ЗА

Автор-составитель — Танцюра С.Ю.

Комплект «Веселая грамматика» представляет собой 12 обучающих картинок, состоящих из 36 карточек, 6 графических схем и 4 игр. В игровой форме ребенок познакомится с часто употребляемыми предлогами, освоит их смысловое значение, научится правильно использовать на занятиях по развитию речи и в повседневной жизни. Каждая из представленных игр направлена на формирование и развитие определенных умений, необходимых для полноценного развития речи.



К ЗДОРОВОЙ СЕМЬЕ ЧЕРЕЗ ДЕТСКИЙ САД

Система обеспечения эмоционального благополучия и укрепления здоровья детей:

- вооружит конкретным механизмом укрепления физического и психического здоровья детей;
- повысит компетентность родителей через различные формы школ здоровой семьи;
- реализуется в ДОО, в любой образовательной программе, а также в семейном образовании;
- разработана специалистами 42 вузов и практических центров России;
- предназначена педагогам, психологам, методистам, медицинским работникам.



Сохранение здоровой нации — одна из основных задач образовательной системы и семьи.

Семья — главный воспитатель, и замены ей нет. Ведь именно от старшего поколения к младшему передаются нравственные и духовные ценности, культурные традиции, составляющие базис этноса.

Объединив усилия семьи и детского сада, мы сделаем все, чтобы защитить наших детей, укрепить их здоровье, уберечь от бед и разочарований. Ведь именно от нас, взрослых, зависит, как сложится судьба каждого из них.

*Руководитель партийного проекта «Детские сады — детям»,
заместитель председателя комитета по образованию
Государственной Думы Федерального собрания РФ*

А. Аршинова

Издательство «ТЦ СФЕРА»

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

Тел.: (495) 656-75-05 (реализация), 656-73-00, 656-70-33 (редакция)

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

Интернет-магазин: www.sfera-book.ru



КНИГИ ДЛЯ ДЕТЕЙ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ

в серии «Академия солнечных зайчиков»

Входят в систему развития ребенка 3–7 лет



Закажите на www.sfera-book.ru

Издательство «ТЦ СФЕРА»

Тел.: (495) 656-72-05, 656-75-05, 656-73-00, 656-70-33

Сайты: www.tc-sfera.ru, www.sfera-podpiska.ru. Интернет-магазин: www.sfera-book.ru



ДЕРЖИМ ФОКУС!

Приглашаем Вас на наши странички
в социальных сетях

Подпишитесь на наши странички и узнавайте
первыми о новостях издательства



Творческий Центр СФЕРА

 www.instagram.com/tvorchesky_centra_sfera

 www.vk.com/sferabook

 www.facebook.com/groups/tcfera

 www.ok.ru/tcsferaok



Издательство «Карпуз»

 www.instagram.com/karapuzbook

 www.vk.com/karapuzbook

 www.facebook.com/karapuzbook

Подписавшись на наши группы Вы сможете:

- следить за обновлениями ежедневно и всегда быть в курсе новостей
- участвовать в интересных акциях, конкурсах, викторинах и розыгрышах подарков
- легко и удобно рекомендовать друзьям интересные материалы
- оперативно получить ответ на ваш вопрос у администратора сообщества

ЗАХОДИТЕ, ИЗУЧАЙТЕ, ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ!

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

Тел.: (495) 656-72-05, 656-73-00

E-mail: sfera@tc-sfera.ru

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

Интернет-магазин: www.sfera-book.ru

ДОСТУП К ИНФОРМАЦИИ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ

Сайт подписных изданий

www.sfera-podpiska.ru



СОЗДАНИЕ ПОДПИСНЫХ ИЗДАНИЙ
ДЛЯ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ГЛАВНАЯ ПОДПИСКА ЖУРНАЛЫ О НАС АВТОРАМ КОНТАКТЫ

Подписка на первое полугодие 2018 года открыта Для специалистов ДОО

Почтовая

Редакционная

Электронные журналы

sfera-podpiska.ru

У правление Журнал УПРАВЛЕНИЕ ДОО для дошкольных образовательных учреждений На стороне ребенка	В оспитатель Журнал ВОСПИТАТЕЛЬ ДОО для дошкольного образовательного учреждения Сердце отдаю детям	М едработник Журнал МЕДРАБОТНИК ДОО для дошкольного образовательного учреждения Растим детей здоровыми	И нструктор Журнал ИНСТРУКТОР ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ по физкультуре Учимся быть здоровыми
Журнал для самых-самых МАЛЕНЬКИХ Дети - друзья!	Журнал МАСТЕРИЛКА И все получится!	Журнал ЛОГОПЕД Говорим и развиваемся	Журнал МЕТОДИСТ ДОО Сотрудничаем во имя ребенка

WWW.SFERA-PODPISKA.RU это:

- Свежие номера журналов**
- Приложения к журналам**
- Архив журналов**
- Бесплатный доступ ко многим статьям**
- Редакционная и электронная подписка**

ЗАХОДИТЕ, ИЗУЧАЙТЕ, ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ!

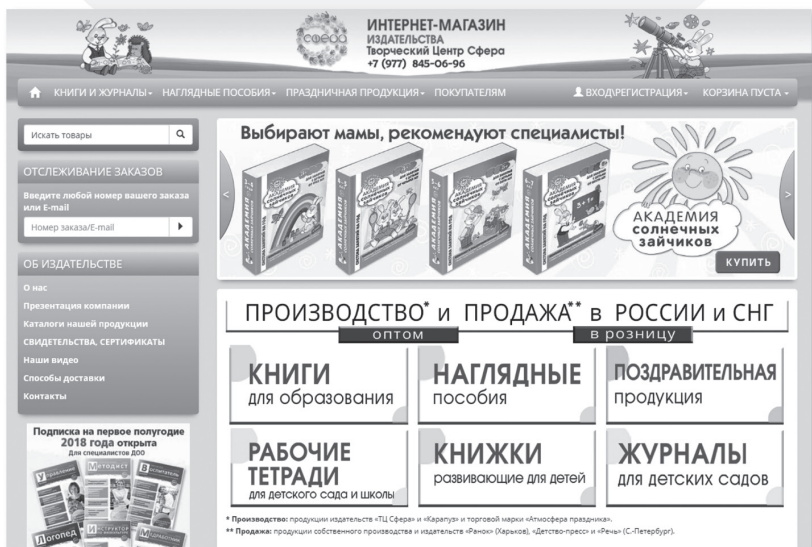


Всем зарегистрированным пользователям предлагаются дополнительные бонусы, подарки и участие в образовательных программах «Творческого Центра Сфера»

Мы ждем вас на **www.sfera-podpiska.ru**

Приглашаем в интернет-магазин издательства «ТЦ Сфера»

www.sfera-book.ru



НА НОВОМ САЙТЕ



Весь ассортимент издательства



Обновленный рубрикатор



Возможность купить оптом и в розницу



Разнообразные фильтры для отбора



Поля для отзывов и предложений



Новый дизайн и многое другое

ЗАХОДИТЕ, ИЗУЧАЙТЕ, ПОКУПАЙТЕ!

Мы вас ждем на **www.sfera-book.ru**



Издательство «ТЦ Сфера»
Периодические издания
для дошкольного образования

Наименование издания (периодичность в полугодии)	Индексы в каталогах		
	Роспечать	Пресса России	Почта России
Комплект для руководителей ДОО (полный): журнал «Управление ДОУ» с приложением (5); журнал «Методист ДОУ» (1), журнал «Инструктор по физкультуре» (4), журнал «Медработник ДОУ» (4); рабочие журналы (1): — воспитателя группы детей раннего возраста; — воспитателя детского сада; — заведующего детским садом; — инструктора по физкультуре; — музыкального руководителя; — педагога-психолога; — старшего воспитателя; — учителя-логопеда.	36804 Подписка только в первом полугодии	39757 Без рабочих журналов	10399 Без рабочих журналов
Комплект для руководителей ДОО (малый): журнал «Управление ДОУ» с приложением (5) и «Методист ДОУ» (1)	82687		
Комплект для воспитателей: журнал «Воспитатель ДОУ» с библиотекой (6)	80899	39755	10395
Комплект для логопедов: журнал «Логопед» с библиотекой и учебно-игровым комплектом (5)	18036	39756	10396
Журнал «Управление ДОУ» (5)	80818		
Журнал «Медработник ДОУ» (4)	80553	42120	
Журнал «Инструктор по физкультуре» (4)	48607	42122	
Журнал «Воспитатель ДОУ» (6)	58035		
Журнал «Логопед» (5)	82686		
Для самых-самых маленьких: для детей 1—4 лет	ДЕТСКИЕ издания	34280	16709
Мастерилка: для детей 4—7 лет		34281	16713

Чтобы подписаться на все издания для специалистов дошкольного воспитания Вашего учреждения, вам потребуется **три индекса:**
36804, 80899, 18036 — по каталогу «Роспечать»

Если вы не успели подписаться на наши издания,
то можно заказать их в интернет-магазине: www.sfera-book.ru.

На сайте журналов: www.sfera-podpiska.ru открыта подписка
РЕДАКЦИОННАЯ и ЭЛЕКТРОННАЯ

В следующем номере!

- Острые респираторные вирусные инфекции и их профилактика
- Карантин в образовательном учреждении
- Медико-психолого-педагогические комиссии. Опыт и перспективы
- Гомеопатия: от Гиппократов до наших дней
- Спелеотерапия: профилактика бронхо-легочных заболеваний

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера журнала «Медработник ДОУ», книги оздоровительной тематики в интернет-магазине www.tc-sfera.ru. В Москве можно заказать курьерскую доставку изданий по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, e-mail: sfera@tc-sfera.ru. (В заявке укажите свой точный адрес, телефон, наименование и требуемое количество.)



**«Медработник ДОУ»
2018, № 3 (79)**

**Научно-практический журнал
ISSN 2220-1475**

Журнал издается с 2008 г.

Выходит 8 раз в год
с февраля по май, с сентября по декабрь

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор О.В. Дружиловская

Научный редактор Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор И.В. Пучкова

Оформление, макет Т.Н. Полозовой

Дизайнеры обложки

В. Чемякин, М.Д. Лукина

Корректор Л.Б. Успенская

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

Редакция не возвращает и не рецензирует
присланные материалы.

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
Свидетельство ПИ № ФС 77-28788
от 13 июля 2007 г.

Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553,
36804 (в комплекте),

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

«Почта России» — 10399 (в комплекте).

Адрес редакции: 129226, Москва,
ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3.

Тел./факс: (495) 656-70-33, 656-73-00.

E-mail: dou@tc-sfera.ru

www.tc-sfera.ru; www.sfera-podpiska.ru

Рекламный отдел:

Тел. (495) 656-75-05, 656-72-05

Номер подписан в печать 28.03.18.

Формат 60×90^{1/16}. Усл. печ. л. 8,0.

Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2018
© Т.В. Цветкова, 2018

