



# МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№1/2016



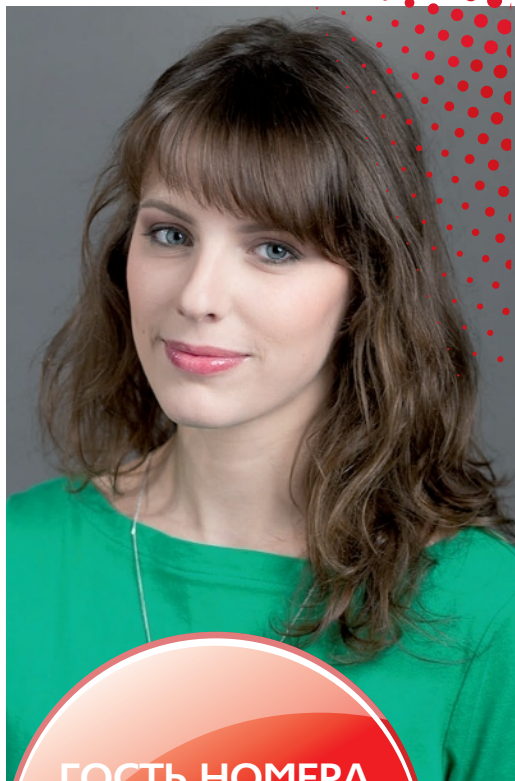
**Использование  
нетрадиционных  
средств физического  
воспитания**

**Играющий ребенок —  
здоровый ребенок**

**Ясли — это здорово!**

**Вопросы социальной  
защиты лиц с ОВЗ**

**О дошкольном  
образовании  
во Вьетнаме**



**ГОСТЬ НОМЕРА  
Анна  
Владимировна  
СЕРЕБРЯНАЯ**



# МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№ 1/2016

**Подписные индексы в каталогах:**

«Роспечать» — 80553, 36804 (в комплекте)

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

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

## Содержание

**КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА**

Макарова Л.В. Здоровье как условие профессиональной  
успешности ..... 5

**ГОСТЬ НОМЕРА**

Серебряная А.В. Как избежать профессионального выгорания ..... 6

## Гигиена

**ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА**

Баус А.А., Григорян Л.Г. Укрепление здоровья дошкольников  
в контексте ценностного подхода и в соответствии  
с требованиями ФГОС ДО ..... 12

Колесникова С.В. Здоровьесберегающая и здоровье-  
созидающая деятельность в детском саду присмотра  
и оздоровления ..... 22

Фадеева Е.А. Играющий ребенок — здоровый ребенок ..... 26

## Педиатрия

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ**

Зеновко Е.И. Оценка здоровья и развития ребенка ..... 32

**НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Костяшкина А.Ю. Индивидуально-типологические  
особенности людей с хроническим пиелонефритом ..... 39

**РЕАБИЛИТАЦИЯ**

Кузина Е.Н., Спивак Е.М., Любимовская Г.В. Динамика  
морфофункциональных показателей организма  
дошкольников с atopической бронхиальной астмой  
в ходе реабилитационных программ ..... 44

## Педагогика

### ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ

*Коломийцева Н.С. и др. Использование нетрадиционных средств физического воспитания дошкольников.....* 50

### РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

*Дубенко Е.В., Котовская О.Н. Ясли — это здорово! .....* 60

*Малярчук Н.Н., Юркова А.С. Роль народных игр в развитии дошкольников .....* 65

### КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА

*Бородина-Глебская Е.А., Яковенко Т.Д. Психолого-педагогические условия эффективного взаимодействия педагога с детьми «группы риска» .....* 70

### ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОПИЛКА

*Рындина М.Н. В гости к витаминкам. Занятие в старшей группе с использованием ИКТ .....* 79

## Актуально!

### НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.09.2015 № 60 «Об усилении мероприятий, направленных на профилактику эпидемического сыпного тифа и педикулеза в Российской Федерации»..... 82

Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 августа 2014 г. № 50 «Об утверждении СанПиН 3.2.3215-14 “Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации”» (извлечение) ..... 89

### САМООБРАЗОВАНИЕ

*Юсупов Р.Г. Вопросы социальной защиты лиц с ОВЗ .....* 111

### ЭТО ИНТЕРЕСНО

*Столбова В.П. О дошкольном образовании во Вьетнаме .....* 114

### ЛИТЕРАТУРНЫЕ СТРАНИЧКИ

*Братишкина В.О. Лимон, или Встреча в театре. История одного мечтательного домоседа .....* 120

**КНИЖНАЯ ПОЛКА** ..... 11, 49, 78, 88, 119, 123

**МУДРЫЕ ВЫСКАЗЫВАНИЯ** ..... 31

**А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?** .....38, 59

**РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ** .....48, 81

**ВЕСТИ ИЗ СЕТИ** ..... 126

**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», главный редактор журнала «Медработник ДОУ».

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

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

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

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

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

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

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

## Редакционная коллегия

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

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

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

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

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

## Индекс

Институт права Башкирского государственного университета, г. Уфа, Республика Башкортостан .....	111	государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Ярославль .....	44
Кафедра биомеханики и медико-биологических дисциплин Института физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета, г. Майкоп, Республика Адыгея.....	50	Кафедра факультетской педиатрии с пропедевтикой детских болезней ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Ярославль.....	44
Кафедра медико-биологических дисциплин и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет», г. Тюмень .....	65	МАДОУ д/с № 50, г. Тюмень .....	65
Кафедра медицины и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва.....	32	МАДОУ «Синеглазка», г. Ноябрьск, ЯНАО .....	60
Кафедра педиатрии Института последипломного образования ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Ярославль .....	44	МБДОУ д/с № 24, г. Сокол Вологодской обл. ....	26
Кафедра психологии и педагогики ИЕСН НГПУ, г. Новосибирск .....	70	МБДОУ д/с № 55, г. Майкоп, Республика Адыгея.....	50
Кафедра судебной медицины с курсом правоведения ГБОУ ВПО «Ярославский		МБДОУ «Детский сад при-смотра и оздоровления № 24» го г. Салават, Республика Башкортостан .....	22
Баус Анна Анатольевна .....	12	МБДОУ д/с комбинированного вида № 14, г. Крымск Краснодарского края .....	79
Бородина-Глебская Елена		МБДОУ ЦРП — д/с № 55, г. Армавир Краснодарского края .....	12
Адольфова .....	70	НОУ МФПУ «Синергия», Москва .....	39
Братишкина Валерия Олеговна... ..	120	Отдел здоровья и развития детей» ГЦОиЗ «Магистр», г. Новосибирск .....	70
Григорян Лариса Георгиевна ....	12	Центр психосоматической медицины и психотерапии Алвиан, Москва .....	6
Доронина Наталья Васильевна ...	50	Котовская Ольга Николаевна ....	60
Дубенко Елена Владимировна ...	60	Кузина Елена Николаевна .....	44
Зенков Евгений Иосифович ....	32	Любимовская Галина Вячеславовна.....	44
Кагадзева Нурьят		Маярчук Наталья Николаевна ...	65
Хазерталевна .....	50	Рындина Марина Николаевна ....	79
Колесникова Светлана		Серебряная Анна Владимировна... ..	6
Владимировна .....	22	Спивак Евгений Маркович .....	44
Коломийцева Наталья		Столбова	
Сергеевна .....	50	Валентина Петровна .....	114
Костяшкина		Фадеева Елена Александровна ...	26
Анастасия Юрьевна .....	39	Юркова Алла Станиславовна ....	65
		Юсупов Рахимьян Галимьянович .....	111
		Яковенко Татьяна Дмитриевна ...	70
		Ятманова Елена Юрьевна .....	50

## Здоровье как условие профессиональной успешности

Вот и начал отсчет новый 2016 год. Каким он будет, покажет время. А какими будем мы в новом году, во многом зависит от нас. Сколько раз за период новогодних праздников мы произнесли массу добрых и теплых слов в адрес своих коллег, друзей, близких родственников и даже просто прохожих. Думаю, не ошибусь, что самое распространенное — пожелание здоровья. И это понятно каждому из нас. Именно здоровье — самое ценное, что дарует нам природа, и наша задача — не только сохранить его ресурсы на протяжении всей жизни, но и приумножить его.

В нашем журнале публикуются материалы по широкому кругу вопросов, касающихся различных аспектов охраны здоровья. Преимущественно мы освещаем проблемы сохранения здоровья детей и чрезвычайно редко говорим о здоровье педагогов. Нужно восполнить этот пробел. В связи с этим первый номер этого года мы начинаем с обсуждения такой важной темы, как **профессиональное выгорание**.

Работа педагога насыщена общением, причем он взаимодействует и с детьми, и с родителями, и с коллегами. Это требует особых навыков и часто связано с эмоциональным перенапряжением. Именно поэтому педагоги часто подвержены «выгоранию».

В современных условиях, когда дошкольное образование переживает период активных преобразований, к педагогам предъявляются очень высокие требования. Это диктует необходимость систематического повышения профессионального уровня. Высокие интеллектуальные нагрузки, напряженные ситуации на работе могут быть причиной истощения эмоциональных ресурсов педагога. В свою очередь, эмоциональное неблагополучие может сказываться самым негативным образом не только на его здоровье, но и на его деятельности в детском саду, разрушительно влиять на состояние здоровья его воспитанников, их мотивацию. Об основных проявлениях профессионального выгорания и о том, как его избежать, мы поговорим сегодня с клиническим психологом Центра психосоматической медицины и психотерапии «Алвиан» Анной Владимировной Серебряной. Надеемся, что тема интервью окажется для вас интересной, вызовет отклик и вы поделитесь с нами своим опытом решения данной проблемы.

Кроме того, в этом выпуске журнала вас ждет много интересных материалов на самые разнообразные темы: использование нетрадиционных средств физического воспитания дошкольников; психолого-педагогические условия эффективного взаимодействия педагога с детьми «группы риска»; роль игры в развитии ребенка и сохранении его здоровья; опыт работы группы для детей раннего возраста «Аква-ребенка»; дошкольное образование во Вьетнаме и многое другое.

Уважаемые читатели! Ждем от вас новых актуальных материалов для публикации и надеемся на дальнейшее сотрудничество и поддержку. Наш адрес: [dou@tc-sfera.ru](mailto:dou@tc-sfera.ru); с пометкой «Для журнала “Медработник ДОУ”».

Главный редактор журнала Л.В. Макарова

## Как избежать профессионального выгорания

**Серебряная Анна Владимировна,**  
*клинический психолог, когнитивно-бихевиоральный терапевт  
Центра психосоматической медицины и психотерапии  
Алвиан, Москва*

**Анна Владимировна, спасибо, что согласились дать интервью на такую важную тему, как профессиональное выгорание. Расскажите, пожалуйста, что это такое?**

Понятие «синдром эмоционального выгорания» введено в психологическую науку в 1970-е гг. американским психиатром Гербертом Фрейденбергером. Он определял эмоциональное выгорание как состояние физического и психического истощения, возникающее в результате работы. В 1980 г. Фрейденбергер опубликовал книгу о профессиональном выгорании, ставшую основополагающим трудом по этой теме. Большой вклад в изучение данного вопроса внесла К. Маслач, разработавшая основной диагностический опросник для определения эмоционального выгорания. Сейчас исследуется связь профессионального выгорания и депрессии, многие авторы придерживаются мнения, что по симптомам

и происхождению это очень похожие состояния.

Хотя синдром эмоционального выгорания имеет свой код в международной классификации болезней (МКБ-10), т.е. рассматривается медицинским сообществом как расстройство, в научном сообществе не разработан единый жесткий набор критериев, характеризующих его. В целом под этим названием подразумевается состояние переутомления и разочарования, вызванное длительной работой в стрессовых условиях.

**Насколько широко изучен этот синдром?**

Синдром эмоционального выгорания исследован достаточно хорошо как за рубежом, так и в отечественной науке. В России его более 10 лет изучали психологи В.В. Бойко, Н.Е. Водопьянова, Н.В. Гришина, В.Е. Орел, Т.И. Ронгинская, А.А. Рукавишников, М.М. Скугаревская, Т.В. Форманюк. В.Е. Орел разделяет подходы к определению



выгорания и его симптоматики на процессуальные (когда выгорание рассматривается как процесс смены стадий) и результативные (когда его понимают как состояние, включающее в себя ряд элементов, формирующих комплекс). В.В. Бойко — приверженец процессуального подхода к пониманию выгорания. Он разработал опросник профессионального выгорания и рассматривает это состояние как защитный механизм «отключения» эмоционального реагирования на психотравмирующие ситуации. Таким образом, выгорание в какой-то степени можно оценивать как адаптивное поведение, и даже необходимое для профессиональной успешности, хотя на определенном этапе оно приводит к негативным последствиям. Важнейшую работу по адаптации опросника К. Маслач провела Н.Е. Водопьянова. Е.П. Ильин также составил опросник оценки эмоционального выгорания.

***В чем проявляется синдром эмоционального выгорания? Каковы его основные симптомы?***

Симптомы эмоционального выгорания разделяют на несколько основных групп.

1. Физические: усталость, переутомление, ощущение полной потери сил; снижение иммунитета, частые болезни; частые головные или мышечные боли; изменение

аппетита (как его повышение, так и снижение) или нарушение сна.

2. Эмоциональные: ощущение провала, неудачи; сомнение в собственных способностях; чувство беспомощности, побежденности, загнанности, полного одиночества, отрыва от остальных; отсутствие мотивации; циничный и / или пессимистичный взгляд на мир; снижение степени удовольствия или отсутствие удовольствия от того, что раньше его приносило, заинтересованности; безразличие; неспособность оценить собственные достижения.

3. Поведенческие: стремление избежать ответственности; изоляция от других людей; прокрастинация; снижение темпа работы; злоупотребление алкоголем, наркотическими веществами, медицинскими препаратами, чтобы справиться с работой; агрессия по отношению к окружающим; прогулы на работе; стремление прийти на работу позже, а уйти раньше; формализм в выполнении профессиональной деятельности.

***У представителей каких профессий этот синдром встречается чаще?***

Сначала предполагали, что эмоциональному выгоранию подвержены люди помогающих профессий, которые зачастую жертвуют собой ради работы. В настоящее время существует



мнение, что этот синдром может возникнуть у представителей всех профессий. Дело здесь не столько в работе, сколько в отношении к ней. Тем не менее, в группу риска в первую очередь попадают врачи, учителя, психологи, социальные работники, работники правоохранительных органов, сотрудники МЧС и другие лица, чья деятельность напрямую связана с оказанием помощи другим. Считается, что наиболее опасна в этом плане работа медицинской сестры.

***Все ли люди подвержены развитию выгорания или имеют значение определенные черты характера? Какие индивидуальные особенности способствуют появлению синдрома?***

При оценке риска развития синдрома эмоционального выгорания целесообразно рассматривать три основные группы факторов, связанных:

1) с параметрами работы: низкий уровень ее контролируемости и предсказуемости; монотонность, хаотические условия работы; высокий уровень стресса; отсутствие похвалы, вознаграждения или признания; неясные или чрезмерные требования, нездоровое соперничество;

2) со стилем жизни работников: посвящение всей жизни работе, отказ от отдыха, расслабления, общения; чрезмерные

ожидания и требования со стороны других людей; принятие большой ответственности без достаточной поддержки других; недостаточное количество сна, нерегулярное или неправильное питание; отсутствие близких отношений, в которых работник ощущал бы поддержку;

3) с личностными особенностями работников: перфекционизм или перфекционистические тенденции (убежденность в том, что ничто никогда не бывает сделано достаточно хорошо); пессимистическое восприятие себя и мира; стремление всегда все контролировать, неспособность делегировать часть обязанностей другим; чрезмерная нацеленность на достижения; эмоциональная нестабильность, частые перепады настроения.

***Есть ли отличия в проявлениях синдрома эмоционального выгорания у педагогов и медиков?***

Отличия в проявлении синдрома зависят от набора признаков, которые, в свою очередь, во многом обусловлены личностными факторами и условиями конкретного места работы. Иными словами, у медиков, различающихся по характеру и работающих в разных местах, проявления эмоционального выгорания могут различаться сильнее, чем у представителей разных профессий.

***Нуждается ли человек с синдромом профессионального выгорания в лечении и в каком?***

Необходимость лечения зависит от тяжести синдрома и наличия других заболеваний. Например, многие авторы указывают на связь эмоционального выгорания, депрессии и тревожных расстройств. В этом случае в первую очередь необходимо медикаментозное и психотерапевтическое вмешательство, чтобы справиться с заболеваниями, а уж потом работа с эмоциональным выгоранием.

В целом же это состояние требует консультации у психолога. Он поможет понять, что происходит, выработать стратегию борьбы с этим, окажет поддержку на пути изменений личностных особенностей, в поиске ресурсов и в изменении рабочей среды.

Конечно, иногда человек может и сам справиться с проявлениями эмоционального выгорания, изучив соответствующую литературу и придерживаясь определенных правил в организации жизнедеятельности. Однако как и любое самолечение, это довольно сложный путь, не гарантирующий успеха. Все-таки оказывать помощь должны профессионалы, имеющие опыт работы с данной проблемой.

***Есть ли методы экспресс-диагностики?***

На данный момент наиболее известным методом диагностики эмоционального выгорания служит методика К. Маслач: шкала эмоционального выгорания (Maslach Burnout Inventory, MBI). Кроме нее в отечественной практике используются опросники В.В. Бойко и Е.П. Ильина.

Хотя данные опросники находятся в открытом доступе в Интернете, самодиагностика — бессмысленное занятие. Допустим, вы ответите на все вопросы и по сумме баллов установите наличие выгорания. Но корректно интерпретировать полученные результаты, понять причины, изменить стратегию поведения, улучшить эмоциональное и физическое состояние самостоятельно, без помощи специалиста, — очень сложная задача.

***Могут ли проявления профессионального выгорания исчезнуть сами собой? К какому врачу необходимо обратиться в случае возникновения проблем?***

Данных о том, что эмоциональное выгорание никогда не проходит само по себе, нет. Но это редкость. К тому же нужно оценивать собственные возможности: допустим, само оно пройдет через год, после смены нескольких мест работы, после отдыха, тяжелых срывов. Готов ли человек ждать все это время, рисковать карьерой, семейными

отношениями, в конце концов, здоровьем? Не проще ли взять ситуацию под контроль, обратившись к психологу?

Ко мне довольно часто обращаются с подобными проблемами, эта одна из типичных проблем людей, живущих в большом городе. Особенно ярко синдром эмоционального выгорания проявляется сейчас из-за сложной экономической ситуации: люди стараются работать больше и лучше, чтобы поддерживать стабильность, но делают это на пределе собственных возможностей, не обращая внимания на здоровье. В какой-то момент случается срыв. Обычно достаточно 8—10 сеансов, чтобы заметно улучшить состояние, снизить симптоматику.

В некоторых случаях, когда эмоциональное выгорание сопровождается психическими или соматическими заболеваниями, возникает необходимость консультации у врачей-специалистов (врач-психиатр, невролог и др.), которые могут оказать оперативную помощь.

***Каковы меры профилактики синдрома эмоционального выгорания?***

Профилактику выгорания нужно проводить в двух направлениях.

Во-первых, работодатели должны определенным образом ре-

гулировать рабочую среду, чтобы предотвращать выгорание у своих сотрудников. Среди мер, которые могут принять работодатели, должны быть такие, как повышение предсказуемости и безопасности рабочей среды, повышение креативности и увлекательности работы, создание корпоративных мероприятий и программ (тренинговая работа, бонусы для сотрудников, премирование), признание и поощрение достижений сотрудников, снижение изолированности и т.д.

Во-вторых, сотрудники должны сами заботиться о своем состоянии. Делать это необходимо в опоре на конкретные личностные характеристики, которые лежат в основе синдрома. У каждого они будут свои, и выявить их бывает не так легко, поэтому зачастую требуется помощь психолога. В первую очередь необходимо установить границы между работой и личной жизнью, прояснить функционал и требования, урегулировать сон, вернуться к мероприятиям, ранее доставлявшим удовольствие.

***Можно ли защитить себя от «выгорания»? Что Вы посоветуете педагогам и медицинским работникам ДОО в связи с этим?***

Если вы чувствуете, что у вас синдром эмоционального выгорания, нужно придерживаться трех основных стратегий:

- уменьшение нагрузки;
- обращение за помощью;
- переоценка целей и ориентиров.

Если вы еще не чувствуете себя «заболевшим», но подозреваете, что все ведет к этому, постарайтесь придерживаться следующих рекомендаций.

1. Начиная свой день с чего-то расслабляющего или приятного. Это не обязательно займет много времени: на небольшую зарядку хватит и пяти минут, можно и просто побаловать себя ароматным чаем или почитать что-то вдохновляющее, интересное, обратить внимание на улыбку своего ребенка или хорошую погоду за окном.

2. Для того чтобы жить, нужно нормально есть, спать, получать достаточные физические нагрузки. Без этого никак.

3. Границы, границы и еще раз границы! Учитесь говорить «нет», это позволит вам сказать «да» тем вещам, которые вам по-настоящему важны.

4. Выделите время в течение дня, когда вы отключаетесь от мира технологий. Например, на обеденный перерыв не берите с собой ни телефон, ни компьютер, ни плеер. Лучше почитайте книгу. Или побеседуйте с коллегой. Или проведите несколько минут на свежем воздухе.

5. Каждый из нас по-своему креативен, у каждого есть хобби. Обязательно уделяйте ему время и внимание. Попробуйте что-нибудь новое.

6. Учитесь управлять стрессом. Существует множество книг на эту тему, вы можете посетить тренинг или обратиться к психологу.

*Беседовала Л.В. Макарова*

## Издательство «ТЦ Сфера» представляет книгу



### ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДЕФОРМАЦИИ ПЕДАГОГА ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ: ОТ ПРОФИЛАКТИКИ К САМОРАЗВИТИЮ

Автор — Майер А.А.

В пособии раскрываются причины появления и содержание негативных изменений в профессионально-личностном развитии педагога в процессе труда. Представлены основные направления минимизации профессиональных деструкций педагога дошкольного образования.

Пособие адресовано практическим работникам дошкольного образования, студентам, магистрантам и аспирантам.

# Укрепление здоровья дошкольников в контексте ценностного подхода и в соответствии с требованиями ФГОС ДО



**Баус А.А.,**  
заведующий;

**Григорян Л.Г.,**  
старший воспитатель МБДОУ ЦРР — д/с № 55,  
г. Армавир Краснодарского края

Сегодня происходит массированное разрушение нравственных ценностей, навязывание через современные средства коммуникации чуждых социально-культурных стереотипов. Именно поэтому понятие «здоровье ребенка» мы рассматриваем целостно как физическое, духовное и психологическое здоровье.

Прежде чем начать воспитывать и развивать ребенка, надо очень четко представлять конечный результат. Именно для этого в нашем учреждении был проведен социальный опрос родителей с целью создания модели воспитанника.

Проанализировав результат, мы поняли, что родители хотят видеть своих детей не просто здоровыми и умными, но и наделенными определенными нравственными характеристиками.

А чтобы достичь цели, поставленной родителями, нам пришлось взглянуть на здоровье ребенка через призму общечеловеческих ценностей (рис. 1).

В системе общекультурных ценностей здоровье — ведущая ценность, без которой успешное развитие личности трудно себе представить. Крепкое здоровье дает пережива-



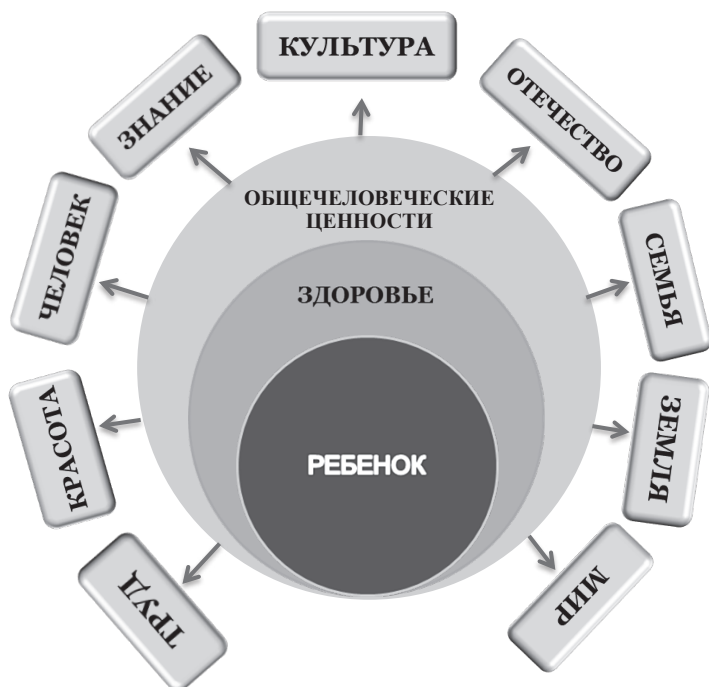


Рис. 1. Ценностный подход к здоровью ребенка

ние радости, счастья. В то же время оно и богатство, которое с трудом накапливается, но его можно быстро и легко растратить. Основные образовательные цели на основе общечеловеческих ценностей и отечественных традиций представлены в таблице.

Мы создали инновационный проект «Укрепление здоровья детей дошкольного возраста в контексте ценностного подхода и в соответствии с требованиями ФГОС ДО», основной целью

которого стал системный подход для укрепления физического, психического и духовного здоровья дошкольников.

Научный руководитель проекта — С.Н. Семенака, канд. пед. наук, доцент кафедры теории, истории педагогики и образовательной практики Армавирской государственной педагогической академии, заслуженный учитель РФ. Это позволило нам стать городской инновационной площадкой.

Таблица

### Планирование достижения образовательных целей на основе общечеловеческих ценностей и отечественных традиций

Месяц	Общечеловеческие ценности	Мировоззрение воспитанника	Черты характера	
			Для становления как идеал	Для замещения как антиидеал
1	2	3	4	5
Сентябрь	Труд — основа человеческого бытия, наиболее полно характеризующая сущность человека	Я — труженик и своим созидательным трудом обеспечиваю благополучие своей семьи и своей Родины	Трудолюбие, прилежность, дисциплинированность, ответственность, надежность, организованность, целеустремленность, настойчивость, инициативность, исполнительность, работоспособность, профессиональная гордость, уважение к мастерству	Леность, безответственность, необязательность, беспечность, пассивность, нерешительность
Октябрь	Красота — фактор благополучия в мире, результат природосообразности и разумной	Я — ценитель и создатель красоты, которую понимаю как высшую духовную ценность	Эстетическое восприятие природы и человека, эстетика поведения, способность	Принятие дисгармонии мира, безразличие, равнодушие к безобразному



Продолжение табл.

1	2	3	4	5
	духовной деятельности человека, средство его творческого развития	и фактор благополучия в мире	понимать гармонию и красоту, воспринимчивость к прекрасному в жизни, отвержение безобразного, восхищение красотой	
Ноябрь	Человек — абсолютная ценность, «мера всех вещей», цель, средство и результат воспитания	Я — достойный человек, занимающийся своим духовным развитием	Оптимизм, организованность, самодисциплина, настойчивость, уверенность в себе, самообразование, самосовершенствование, самокритичность, забота о психическом и физическом здоровье, опрятность	Пессимизм, беспечность, слабохарактерность, тупоумие, безразличие, неактивность, неряшливость, равнодушие к своему здоровью
Декабрь	Знание — результат разнообразного и прежде всего творческого труда. Знания учителя — критерий труда учителя	Я — образованный человек, стремящийся к разнообразному, созидательному и прежде всего творческому умственному и физическому труду	Сообразительность, любознательность, старательность, настойчивость, инициативность, саморазвитие, оригинальность мышления, увлеченность, общая осведомленность	Нерешительность, пассивность, банальность мышления, рассеянность, легкомыслие, безразличие к происходящему вокруг, ленность, познавательный интерес

Продолжение табл.

1	2	3	4	5
Январь	Культура — великое богатство, накопленное человечеством как в материальной, так особенно и в духовной жизни людей	Я — культурный человек, хорошо знающий историю своего Отечества, культуру народа	Деликатность, чуткость, вежливость, воспитанность, щедрость, тактичность, опрятность, отзывчивость, образованность, интеллигентность, доброжелательность, гостеприимность, искренность, терпеливость	Грубость, скупость, жадность, бестактность, неряшливость, равнодушные, лицемерие, злобность, лживость, несдержанность
Февраль	Отечество — единственная, уникальная для каждого человека Родина, данная ему судьбой, завещанная его предками	Я — россиянин, патриот своей страны, ее защитник, стараюсь своим трудом принести пользу Отечеству	Патриотизм, чувство долга, активность, порядочность, благородство, смелость, отвага, скромность, свободолобие, практичность, деловитость, ответственность, демократичность, гордость, достоинство, мужество	Подлость, предательство, трусость, хвастливость, зазнайство, тщеславие, раболепство, робость, женственность (у мальчиков), тиранство, беспечность, услужливость

Продолжение табл.

1	2	3	4	5
Март	Семья — начальная структурная единица общества, естественная среда	Я — семьянин, про-должатель прогрессив-ных традиций своих предков, хранитель этнокультурных цен-ностей своего рода	Женственность (у девочек), нежность, честность, щедрость, хозяйственность, ис-кренность, коллек-тивизм, гостеприим-ность, доброжелатель-ность, заботливость, трудолюбие	Скупость, жадность, лицемерие, хитрость, эгоизм, суровость (у девочек), агрессив-ность, грубость, не-ряшливость
Апрель	Земля — общий дом человечества, стоя-щего на пороге новой цивилизации	Я — землянин, храни-тель и защитник лю-дей и живой природы	Заботливость, внима-тельность, заинтере-сованность, бережли-вость, порядочность, благородство, нрав-ственность, духовность	Равнодушные, беспеч-ность, недальновид-ность
Май	Мир — покой и согла-сие между людьми, на-родами, государства-ми — главное условие существования Земли и человечества	Я — миролюбивый человек, стремящий-ся к согласию между людьми, народами и государствами	Миролюбивость, до-брожелательность, терпеливость, добра-та, искренность, состра-дательность, способ-ность к сопережива-нию, отзывчивость, деликат-ность, тактичность, воспитанность, чест-ность, справедливость	Придирчивость, мелочность, злоб-ность, лживость, черствость, не внима-тельность, бестак-ность, аморальность

С учетом того, что тема нашего проекта не нова и целостный подход к здоровью детей используется не только нами, может возникнуть вопрос: в чем же его особенность? А заключается она прежде всего в создании холистической модели здоровья, которая предполагает гармоничное раскрытие группы здоровьесберегающих потенциалов (рис. 2). Под холизмом понимается философия целостности. Компетентность ребенка в области здоровья — многоуровневая система, объединяющая его личностные, духовные, психические и физические возможности, каждая из которых обеспечивает соматическое и психологическое здоровье.

Для разработки проекта и начала его реализации были созданы следующие финансовые условия:

- приобретено спортивное оборудование для оснащения спортзала и спортивной площадки;
- создана развивающая предметно-пространственная среда, необходимая для развития всех специфических видов детской деятельности;
- созданы необходимые финансовые условия для выпуска брошюр, методических и дидактических пособий, буклетов, газет, памяток и иного печатного материала.

Но даже лучший оздоровительный проект не сможет дать полноценных результатов, если он не реализуется вместе с семьей, если в ДОО не создано сообщество детей, родителей и педагогов, для которого характерно содействие друг другу, учет возможностей и интересов, прав и обязанностей каждого.

Более того, вопросы создания детско-взрослого сообщества, повышения педагогической культуры родителей необходимо рассматривать в тесной связи с повышением квалификации воспитателей, поскольку уровень их профессионального мастерства определяет отношение семьи к ДОО, педагогам и их требованиям. Чтобы быть настоящим пропагандистом идей, средств и методов воспитания здорового образа жизни, физкультурно-оздоровительной работы с дошкольниками, детский сад в своей деятельности должен служить образцом такого воспитания. Только при этом условии родители с доверием отнесутся к рекомендациям педагогов и охотно пойдут с ними на контакт.

Поэтому, организуя сотрудничество с семьей по воспитанию здорового ребенка и понимая его тесную взаимосвязь с содержанием всей оздоровительной работы детского сада, мы уделяем особое внимание постоянному

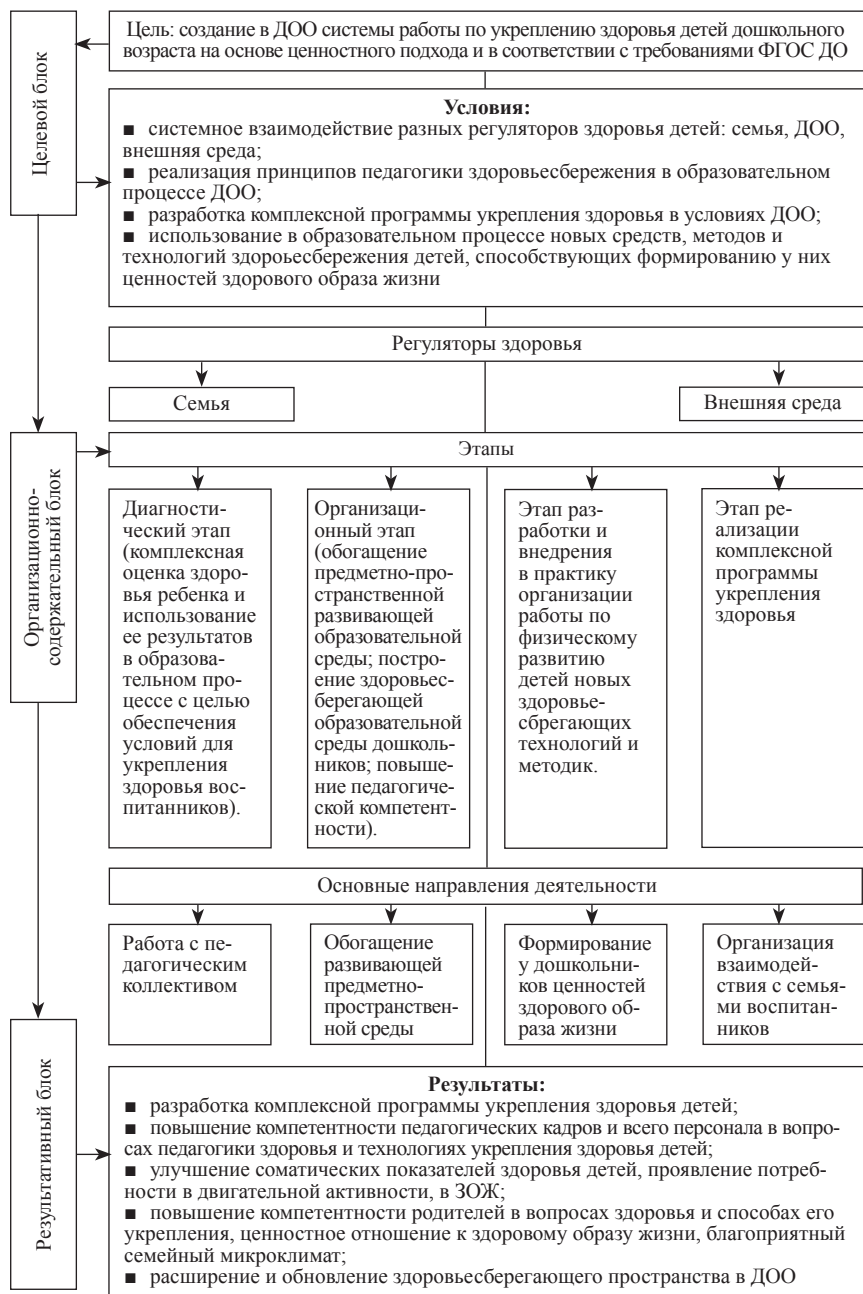


Рис. 2. Холлистическая модель укрепления здоровья детей

совершенствованию мастерства педагогов, поиску новых подходов в оздоровлении детей.

Новые формы взаимодействия с родителями способствуют реализации партнерских, доверительных отношений, развитию диалога. Это совместные занятия, праздники, досуги, экскурсии, походы и т.д. Разнообразие, интерактивность форм взаимодействия с родителями позволяют педагогам значительно улучшить отношения с семьями, повысить педагогическую культуру родителей, степень заинтересованности взрослых вопросами развития и оздоровления детей.

Работа в инновационном режиме дает педагогическому коллективу возможность совершенствоваться и осваивать новые, инновационные способы организации образовательного процесса, использовать в воспитании детей современные образовательные программы, повышать квалификацию и профессиональную компетентность педагогов, основанную на самосовершенствовании, самообразовании, возможности открыть и узнать что-то новое.

Сегодня в рамках реализации проекта нами уже пройден большой путь к достижению поставленной цели. Создана, активно внедряется и апробируется теоретическая база проекта в форме брошюр, методических и дидак-

тических сборников, публикаций. В рамках проекта было издано 37 методических пособий, пять из которых международного уровня.

В 2014 г. наше учреждение стало победителем краевого конкурса среди ДОО, внедряющих инновационные образовательные программы. Педагогический коллектив — активный участник научно-исследовательской и методической деятельности; разработаны и успешно реализуются инновационные проекты «Организация двигательной предметно-развивающей среды как средство физического развития дошкольников», «Гармония души».

Созданная в нашем учреждении система управления инновационной методической работой позволяет обеспечить условия для раскрытия профессионального потенциала каждого педагога, который имеет возможность принимать активное участие в инновационной деятельности и популяризовать ее результаты на всех уровнях.

Инструктор по физической культуре И.Г. Хацкевич победила в ежегодном краевом конкурсе «Лучшие педагогические работники дошкольных образовательных организаций 2014 года». Воспитатель Т.Ю. Чурилова в 2014 г. стала призером регионального этапа Всероссийского конкурса в области педагогики, воспитания и

работы с детьми и молодежью до 20 лет «За нравственный подвиг учителя». Воспитатель И.И. Аюева в 2012 г. победила на муниципальном этапе Всероссийского конкурса профессионального мастерства педагогов «Мой лучший урок». В 2013 г. педагогический коллектив нашего учреждения стал победителем Всероссийского конкурса детского и юношеского творчества «Славься, казачество!».

Шесть опытов работы педагогов МБДОУ внесены в муниципальный банк данных передового педагогического опыта (ППО): И.Г. Хацкевич «Организация совместной работы ДОУ и семьи по сохранению и укреплению здоровья детей» и «Организация двигательной деятельности детей дошкольного возраста с учетом биологических ритмов», И.И. Аюева «Нравственно-патриотическое воспитание детей дошкольного возраста», Л.Г. Григорян «Обучение детей грамоте в детском саду», Т.Ю. Чурилова «Гармония души», Е.С. Сальникова «Методы и приемы обучения детей дошкольного возраста английскому языку». Опыт работы коллектива, обобщенный и представленный в брошюрах, методических сборниках и журналах, востребован педагогическим сообществом.

В завершение хочется вспомнить известную фразу: «Дети —

цветы жизни». Так вот, роза и шиповник — два вида одного и того же растения. Но шиповник вырос сам, как получилось, как смог, а над развитием розы трудились умелые руки и чуткие сердца садовников. Именно мы с вами садовники, от которых зависит, кем вырастет ребенок. Мы очень хотим, чтобы благодаря нашей совместной работе с каждым годом в России вырастало все больше великолепных «роз».

## Литература

- Анисимова М.С., Хабарова Т.В. Двигательная деятельность младшего и среднего дошкольного возраста. СПб., 2012.
- Бабаева Т.И., Гогоберидзе А.Г., Солнцева О.В. Примерная основная образовательная программа дошкольного образования. СПб., 2014.
- Берестнева З.И. Здоровый малыш. Программа оздоровления детей в ДОУ. М., 2008.
- Волосникова Т.В. Управление здоровьем детей в системе физкультурно-оздоровительной деятельности дошкольного учреждения // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. 2010. Вып. 3 (61).
- Грядкина Т.С. Образовательная область «Физическая культура». СПб., 2012.
- Подольская Е.И. Физическое развитие детей 2—7 лет. Волгоград, 2013.
- Социально-оздоровительная технология «Здоровый дошкольник» / Под ред. Ю.Е. Антонова. М., 2012.



## **Здоровьесберегающая и здоровьесозидающая деятельность в детском саду присмотра и оздоровления**

**Колесникова С.В.,**

*заведующий МБДОУ «Детский сад присмотра  
и оздоровления № 24» го г. Салават,  
Республика Башкортостан*

За последние годы сложилась устойчивая тенденция к ухудшению физического и психического здоровья детей. Зарегистрировано значительное увеличение нарушения иммунитета (на 30%), заболеваемости ревматизмом в активной форме (на 20), язвы желудка (на 36), мочекаменной болезни (на 17), нефрита (на 29%). Продолжается рост инфекционных и социально значимых болезней детей.

Большую озабоченность вызывает здоровье детей дошкольного возраста. Ведущее место по распространенности среди детей 4—7 лет занимают болезни костно-мышечной системы (35—40%), нервной системы (30—40), органов дыхания (20—25), сердечно-сосудистой системы (10—25), аллергические проявления (10—15%). По данным Госсанэпиднадзора России,

лишь 10% выпускников школ, а в крупных городах — 6%, могут считаться абсолютно здоровыми. В нашем детском саду это положение осложнено туберкулезом.

Детский сад рассчитан на 55 детей. В 2014/15 уч.г. его посещали в среднем 54 ребенка. Мы принимаем дошкольников в детский сад на основании заключения врача-фтизиатра. Поступают дети с ослабленным здоровьем (туберкулезная интоксикация), по контакту (родители или близкие родственники больны туберкулезом) из других детских садов и те, кто не посещал ДОО. Дети посещают детский сад от 3—6 мес. до 1 года, 3 мес. проводится профилактическое лечение препаратом Изониазид и 9 мес. они находятся под наблюдением фтизиатра и педиатра, затем снимаются с учета и выписываются.

Работа с детьми в основном базируется на тех же принципах и методах, что и в обычном детском саду, различия наблюдаются лишь в организационном плане (особенности режима дня, характер лечебно-профилактических процедур и т.д.).

Детям, перенесшим туберкулезную интоксикацию, свойственны капризность, подавленность, заторможенность, вялость, значительная утомляемость, головные боли, нервная возбудимость.

У дошкольников с туберкулезной интоксикацией плохой аппетит, усиленное потоотделение, отставание в росте. Ослаблен иммунитет, дети часто болеют ОРЗ, ОРВИ и другими простудными заболеваниями.

Заболеваемость детей выше, чем в других детских садах: в 2013 г. — 154 случая, 2014 г. — 161 случай.

Сменяемость детей в течение года — 37,3%, поэтому мы проводим адаптационные мероприятия в течение года и анализ адаптации 2 раза в год. Такая ситуация не может нас не тревожить.

Поэтому *цель* нашей работы — создание условий для эффективной адаптации и комплексного сопровождения развития детей, охрана и укрепление физического, психического и

социального здоровья воспитанников.

*Оздоровительные задачи:*

- формировать здоровье детей на основе комплексного и системного использования доступных средств физического воспитания;
- укреплять партнерство семьи и педагогического коллектива в формировании знаний о здоровье и здоровом образе жизни;
- развивать активную позицию детей в процессе получения знаний о здоровом образе жизни.

Образовательные задачи планируются по результатам диагностики детей, педагогов и запросов родителей (учитывая анкетирование родителей).

В детском саду созданы условия для полноценного физического развития дошкольников и удовлетворения их потребности в движении:

- музыкальный зал оснащен физкультурным оборудованием;
- в группах есть физкультурные уголки;
- на участках в любое время года создаются условия для двигательной активности детей;
- имеется медицинский кабинет.

Методическая работа по направлению «Здоровьесберегаю-

шая и здоровьесозидающая деятельность» строится по следующим направлениям.

- Изучение мнения педагогов и родителей (анкетирование педагогов и родителей).

- Приобретение и изучение методической литературы.

- Проведение консультаций для педагогов и родителей.

- Изучение темы на теоретическом семинаре по вопросам:

- виды здоровьесберегающих технологий;

- принципы здоровьесберегающих технологий;

- форма занятий;

- методы и приемы здоровьесберегающих технологий;

- средства здоровьесберегающих технологий.

- Проведение практического семинара, на котором:

- мы представили и обсудили конспекты занятий, комплексы упражнений (дыхательной и зрительной гимнастики, при нарушении осанки, профилактике нарушений и коррекции плоскостопия), план проведения закаливания, оздоровительный режим, конспекты игр, которые лечат;

- составили перспективный план занятий и бесед.

- Контроль:

- анализ занятия с учетом здоровьесбережения;

- тематический контроль.

Работа с детьми строится с учетом принципов здоровьесберегающих технологий по следующим направлениям:

- развитие двигательной активности детей на основе преобладания циклических упражнений;

- формирование навыков рационального дыхания;

- использование систем эффективного закаливания;

- организация оздоровительного режима с учетом состояния здоровья ослабленного ребенка;

- применение психогигиенических и психопрофилактических методов и приемов.

Закономерно, что туберкулез, психические и психологические проблемы рассматриваются в тесной взаимосвязи. Это обусловлено применением фармакологических препаратов, негативно влияющих на эмоциональное состояние детей.

Медико-биологические исследования доказали влияние двигательной активности на физические развитие и подготовленность дошкольников.

Одним из основных условий организации двигательной активности ослабленных детей ДОО выступает проведение циклических упражнений в ходьбе и беге. Длительные равномерно повторяющиеся циклические

упражнения способствуют нормализации работы сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также повышают умственную и физическую работоспособность, которая у наших детей значительно снижена.

Дети выполняют одни и те же движения при групповой ходьбе, изображая, например, какое-то животное, или самостоятельно придумывают различные варианты ходьбы.

Выполняя план двигательной активности, мы соблюдаем следующие гигиенические требования:

- запрет на любую физическую и психическую перегрузку;
- поддержка положительного эмоционального настроя;
- возрастание нагрузки по мере повторения движений;
- формирование навыков рационального дыхания.

Еще в 1891 г. Ю.Т. Чудновский писал о благоприятном влиянии дыхательных упражнений на больных туберкулезом и другими заболеваниями легких. Доказано, что дыхательная гимнастика повышает жизненный тонус и сопротивляемость, устойчивость организма к заболеваниям дыхательной системы, развивает дыхательную мускулатуру, увеличивает подвижность грудной клетки, улучшает лимфо- и кровообращение в легких.

Основные правила, которые необходимо выполнять при проведении дыхательной гимнастики:

- дышать с удовольствием — положительные эмоции сами по себе имеют значительный оздоровительный эффект;
- концентрировать внимание на дыхательном упражнении — это увеличивает его положительное действие;
- дышать медленно для насыщения организма кислородом;
- дышать носом.

Мы разработали комплексы дыхательной гимнастики для всех возрастных групп с использованием методических пособий [1] по обучению правильному дыханию и пособия по профилактике нарушения зрения.

Нормализация дыхательной функции и формирование правильной осанки имеют жизненно важное значение для детей, ослабленных туберкулезной интоксикацией.

Упражнения на формирование правильной осанки включаются в комплексы утренней гимнастики и физкультурных занятий, в оздоровительную гимнастику после сна. С детьми, имеющими нарушение осанки, в кружке «Крепыш» проводятся занятия.

Закаливание и организация режима дня также имеют большое значение, поскольку дети с ослабленным иммунитетом от-

личаются большей чувствительностью и пониженной сопротивляемостью организма и могут стать жертвой любой инфекции.

В ДОО практикуются щадящее закаливание и оздоровительный режим.

Родители по мере возможности также активно принимают участие в оздоровлении детей. Мы провели презентацию новой формы работы с родителями и дали методические рекомендации по работе с «Дневничком-здоровячком» [2].

С помощью рефлексивно-ролевой игры «Что мешает ребенку в детском саду быть здоровым?» мы определили причины, которые с точки зрения воспитателя, родителя, администрации мешают ребенку, посещающему детский сад, быть здоровым.

### Литература

1. Галанов А.С. Игры, которые лечат. Для детей от 1 года до 3 лет. М., 2009.
2. Гаврючина Л.В. Здоровьесберегающие технологии в ДОО. М., 2010.

## Играющий ребенок — здоровый ребенок

**Фадеева Е.А.,**

*старший воспитатель МБДОУ д/с № 24,*

*г. Сокол Вологодской обл.*

Исследованиями отечественных и зарубежных ученых установлено, что здоровье человека лишь на 7—8% зависит от здравоохранения и на 50% — от образа жизни. В современном образовательном процессе ДОО приоритетным становится интеллектуальное развитие детей, на смену увлекательным коллективным играм пришли компьютерные. Нарушен баланс между самостоятельной свободной дея-

тельностью детей (игрой) и другими видами детской деятельности, между разными видами игр (подвижными и спокойными, индивидуальными и совместными), что негативно сказывается как на состоянии здоровья, так и на уровне развития двигательных способностей дошкольников. Необходимо признать, что ребенку старшего дошкольного возраста все меньше времени остается для подвижных игр,

прогулок, общения со сверстниками.

Анализ исследований, касающихся вопросов развития двигательных способностей и качеств детей (Е.Н. Вавилова, Н.А. Ноткина, Ю.К. Чернышенко) свидетельствует о том, что около 40% старших дошкольников имеют уровень развития двигательных способностей ниже среднего. По данным М.А. Руновой, двигательный режим в ДОО позволяет восполнить лишь 55—60% естественной потребности детей в движении. Недостаточная двигательная активность дошкольников, особенно в период активного роста, когда ускоренное развитие скелета и мышечной массы не подкрепляется соответствующей тренировкой систем кровообращения и дыхания, служит одной из причин ухудшения здоровья детей, снижения жизненного тонуса.

В Концепции дошкольного воспитания отмечается, что заболеваемость детей простудными заболеваниями приобретает характер стихийного бедствия, и с ней практически не справляются ни педиатры, ни родители, ни воспитатели ДОО. По данным НИИ гигиены и профилактики заболеваний детей, за последнее десятилетие состояние здоровья дошкольников ухудшилось: снизилось количество абсолютно

здоровых детей (с 23,2 до 15,1%), увеличилось число детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья (с 66,9 до 67,6) и с хроническими заболеваниями (с 15,9 до 17,3 %).

Вопросы здоровья и образования детей рассматриваются в неразрывной связи с проблемой устойчивого развития российского общества и государства. Этап дошкольного образования — важнейший для охраны, укрепления и формирования здоровья детей. Выдающийся русский ученый В.П. Кащенко считал, что необходимо содействие врача и педагога. Только в этом случае можно добиться хороших результатов в укреплении и сохранении здоровья детей.

Выделяют следующие основные аспекты взаимосвязи педагогики с медициной:

- учет педагогических данных нужен в построении медицинской теории и врачебной практики, особое значение он имеет в лечении детей;
- педагогика нуждается в учете медицинских принципов и методов, целые области педагогики напрямую зависят от успехов медицинских наук (это прежде всего физическое воспитание и коррекционная педагогика).

Каждая ДОО имеет свой опыт здоровьесберегающей и здоро-

вьеформирующей деятельности. Здоровьесберегающая среда в детском саду представляет собой систему, состоящую из воспитательно-образовательного процесса, социального и предметного компонентов, через которые педагогический коллектив обеспечивает всестороннее развитие ребенка.

В процессе формирования здоровья детей педагоги нашей ДОО осуществляют воспитание мотивации на здоровый образ жизни, реализуют индивидуальный подход к ребенку, активно внедряют здоровьесберегающие технологии. Кроме того, для решения программных задач физического развития детей создана развивающая предметно-пространственная среда, соответствующая требованиям федеральных государственных стандартов дошкольного образования и основным принципам ее построения: безопасности, гендерного подхода, индивидуальной комфортности и эмоционального благополучия каждого ребенка.

Еще недавно воспитатели, педагог-психолог, инструктор по физической культуре, логопед, медсестра детского сада совместными усилиями делали все возможное для оздоровления детей. Однако в соответствии с п. 3 ст. 41 Федерального закона

от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», вступившего в силу 01.09.2013 г., организацию оказания первичной медико-санитарной помощи обучающимся осуществляют органы исполнительной власти в сфере здравоохранения.

Передача медицинского персонала в штаты здравоохранения сопряжена с рядом негативных последствий для ДОО. В их числе:

- резкое ухудшение укомплектованности детских садов медицинским персоналом;
- сокращение рабочего времени медицинских сестер в ДОО;
- снижение значения медицинского персонала при организации оздоровления и физического воспитания;
- ухудшение качества медико-педагогического контроля за физическим развитием и здоровьем детей;
- трудности в решении основных задач образовательной области «Физическое развитие», определенных в федеральных государственных образовательных стандартах дошкольного образования: охрана и укрепление здоровья детей, обеспечение равных возможностей для полноценного развития каждого ребенка, возможны при наличии службы ПМПС и достаточно-



- го числа специалистов (медицинских работников, психологов, логопедов, инструкторов ЛФК) в штате ДОО;
- возникновение острой потребности в организации психолого-медико-педагогического сопровождения, которое должно выступать важнейшим условием предоставления качественных образовательных услуг для семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья;
- снижение эффективности работы из-за несогласованности действий учреждений образования и здравоохранения.

Рассматривая проблему профилактики детской заболеваемости, необходимо отметить, что ни одна, даже самая лучшая, система физкультурно-оздоровительной работы не даст положительных результатов без совместных усилий родителей, детского сада, медицинских работников.

На уровне ДОО для снижения детской заболеваемости, эффективной организации профилактики и оздоровительной работы необходимо решение ряда задач, в числе которых:

- создание единого образовательно-оздоровительного пространства ДОО с медицинскими учреждениями микрорайона;

- адекватная ориентировка детей, родителей, педагогов в социокультурном пространстве микрорайона;
- повышение профессиональной компетенции педагогов.

Исходя из выше изложенного, особое внимание педагогам современной ДОО необходимо обратить на физкультурно-оздоровительную работу, не только на процесс развития физических качеств у детей, но и на то, какие методы и приемы используются в этом направлении, какова роль игр, игровых упражнений в усвоении детьми нового двигательного материала.

Спортивный интерес дошкольников отражается в играх. Творческая подвижная игра закрепляет у детей уже имеющиеся двигательные умения и навыки, кроме того, выступает формой активной физкультурной деятельности, в процессе которой дети овладевают новыми умениями и навыками, вызванными условиями самой игры.

Игровые обучающие средства создают комфортные условия для работы педагога и доставляют удовольствие детям. Физические способности у дошкольников формируются не путем пассивного восприятия воздействия педагога, а в активной форме.

В игровой деятельности детей объективно сочетаются два очень важных фактора: с одной сторо-

ны, дети включаются в практическую деятельность, развиваются физически, привыкают самостоятельно действовать, с другой — получают моральное и эстетическое удовлетворение от этой деятельности. Все это, в конечном счете, способствует воспитанию личности в целом. Таким образом, игра — одно из комплексных средств воспитания: она направлена на всестороннюю физическую подготовленность (через непосредственное овладение основами движений и сложных действий в изменяющихся условиях коллективной деятельности), совершенствование функций организма, черт характера играющих. Во время игр у детей формируются и совершенствуются разнообразные навыки в основных движениях (беге, прыжках, метании, лазанье и др.). Быстрая смена обстановки в процессе игры приучает ребенка использовать известные ему движения в соответствии с той или иной ситуацией. Все это положительно сказывается на совершенствовании двигательных навыков и здоровья детей.

Упражнения, облеченные в форму игры, доставляют ребенку особую радость. Любая нагрузка начинает восприниматься легко и с любопытством.

Использование игровых технологий, игровых пособий в физическом воспитании способствует:

- развитию устойчивого интереса к физкультурным занятиям, уверенности в своих силах, двигательного творчества;
- демонстрации своих двигательных умений и навыков родителям и сверстникам;
- формированию стремления освоения новых более сложных движений в игре;
- оздоровлению детского организма и психологическому комфорту.

Разрабатывая модели физкультурных занятий на основе игровых технологий, необходимо помнить, что они не имеют четкой структуры, но предполагают возможность рационального сочетания разных способов организации детей: фронтального, группового, индивидуального.

При подготовке такого рода занятий следует предусмотреть:

- постановку воспитательно-оздоровительных и игровых задач;
- подготовку физкультурно-оздоровительной среды;
- выбор способов организации детей;
- место и условия проведения занятия;
- создание разных вариативных игровых заданий.

Мы разработали физкультурные занятия на основе игровых технологий: «Цирковые артисты», «Космическое путешествие»,

«Мы — богатыри», «На стадионе», «На помощь Илье Муромцу», «Магазин “Спортовары”» и др.

Данные занятия наполнены подвижными играми, играми-упражнениями, игровыми заданиями: «Чье звено быстрее соберется?», «Мяч через сетку», «Фокус», «Спортсмены на тренировке», «Веселый волейбол», «Автогонки», «Мы — веселые земляне», «Холодно — жарко», «Космический корабль», «Сбор продуктовых запасов» и др.

На основе анализа результатов проведенных занятий мы сделали вывод о том, что физкультурные занятия с использованием игровых технологий способствуют повышению двигательной активности детей, оздоровлению детского организма.

## Литература

- Авдеева П.И.* Физическая культура детей дошкольного возраста // Физическая культура. 2005. № 10.
- Безруких М.М., Фарбер Д.А.* Возрастная физиология развития ребенка. М., 2003.
- Вавилова Е.Н.* Учите бегать, прыгать, лазать, метать. М., 1983.
- Касаткина Е.И.* Игра в жизни дошкольника. М., 2010.
- Касаткина Е.И.* Игровые технологии в образовательной деятельности ДОУ: Метод. рекомендации к примерной основной общеобразовательной программе дошкольного образования «Мир открытий». М., 2012.
- Рунова М.А.* Двигательная активность ребенка в детском саду. М., 2004.

## МУДРЫЕ ВЫСКАЗЫВАНИЯ

- В игре детей есть часто смысл глубокий.

*И.Ф. Шиллер*

- Многие детские игры — подражание серьезной деятельности взрослых.

*Я. Корчак*

- Игра — в значительной степени основа всей человеческой культуры.

*А.В. Луначарский*

- Всякая Игра есть, прежде всего, и в первую голову свободная деятельность. Игра по приказу уже больше не игра.

*Й. Хёйзинга*

- Игра имеет важное значение в жизни ребенка, имеет то же значение, какое у взрослого имеет деятельность, работа, служба. Каков ребенок в игре, таков во многом он будет в работе, когда вырастет. Поэтому воспитание будущего деятеля происходит прежде всего в игре.

*А.С. Макаренко*

## Оценка здоровья и развития ребенка

**Зеновко Е.И.,**

*канд. мед. наук, профессор кафедры медицины  
и безопасности жизнедеятельности  
ФГБОУ ВО «Московский педагогический  
государственный университет», Москва*

Ведущим методом определения состояния здоровья ребенка служит клиническое обследование: наблюдение за ним, сбор анамнеза и объективное исследование. В этом процессе должны участвовать и родители. А поскольку ребенок раннего возраста сам не может рассказать о том, что его беспокоит, особую значимость имеют наблюдения родителей за особенностями его поведения (например, при болях в брюшной полости ребенок прижимает ноги к животу, плачет при прикосновении к его животу, при фарингите у него имеется выраженное слюнотечение, он отказывается от твердой пищи; отмечается неприятный запах изо рта; при воспалительных заболеваниях мочевыводящих путей изменяется частота мочеиспусканий и беспокоят неприятные ощущения при мочеиспускании и др.) [1; 3; 4; 7].

Осмотр и обследование ребенка необходимо проводить в теплом помещении при обязательном присутствии в непосредственной близости его родителей.

Наблюдение за ребенком лучше проводить, когда он находится на коленях у родителей. Необходимо измерить артериальное давление, исследовать сердце и легкие, осмотреть глаза. Оценивается характер дыхания: увеличена ли работа дыхательной мускулатуры, отмечается ли западение межреберных промежутков, имеется ли на выдохе свистящий звук, какова окраска кожи, ногтей и слизистых оболочек. Затем необходимо переходить к пальпации, перкуссии и аускультации. На специальном столе исследуют брюш-



ную полость, оценивают состояние конечностей и наружных половых органов. С помощью шпателя обследуется ротоглотка.

Для оценки развития ребенка используют специальную шкалу. Необходимо систематически определять рост, массу тела, окружность грудной клетки и головы. Важно оценивать величины роста в динамике, поскольку они объективно отражают развитие ребенка. При интерпретации данных важно уточнить у родителей, имеются ли в семье болезни, потеря работы родителями, переезд на новое местожительство. Необходимо знать данные семейного анамнеза, как протекали беременность и роды [1; 3; 4; 7; 9].

Развитие ребенка определяет совокупностью генетических данных и влиянием окружающей среды. Режим питания новорожденного серьезно воздействует на развитие головного мозга. При рождении головной мозг содержит 100 млрд нейронов; к 3 годам на каждом нейроне образуется до 15 тыс. синапсов. В течение первых 10 лет жизни количество нейронов уменьшается, а число синапсов сохраняется. В процессе жизнедеятельности нейронные связи часто перестраиваются, так как внешняя среда оказывает непосредственное воздействие на мозг [1; 3].

К биологическим факторам, влияющим на развитие ребенка, относятся генетические предпосылки, воздействие токсических веществ (алкоголь, курение) во внутриутробном периоде, заболевания в период новорожденности и контакт с токсическими веществами [1; 3]. Интеллект, общительность и любознательность на 50% определяются наследственностью; учеными открыты гены, отвечающие за эти качества. Любые хронические заболевания влияют на рост и развитие ребенка.

В процессе развития ребенка увеличивается рост, изменяются формы тела и мышечная сила, наблюдаются гормональные сдвиги. Большое значение имеет такой биологический фактор, как темперамент: особенность реакции ребенка на внешние раздражители [9; 10]. Особенности темперамента могут вызывать поведенческие и эмоциональные проблемы в семье в виде столкновений темпераментов детей и родителей. Так, энергичные дети доставляют много беспокойства родителям-флегматикам, а медлительные испытывают давление со стороны энергичных родителей. Приспособление детей и родителей друг к другу — важный фактор отношений между ними.

Оценка физического развития — важный способ контроля за здоровьем ребенка. Инструментами при оценке физического развития служат диаграммы физического развития, весы, измерительная планка и ростомер. Это позволяет получить основную информацию, необходимую для оценки физического развития.

У детей грудного возраста показателем роста выступает длина тела; ее измеряют при положении ребенка на спине рядом с мерной планкой. У детей старшего возраста измеряют рост с помощью ростомера.

Данные по физическому развитию [1—6] представлены в виде пяти стандартных программ: 1) изменения массы тела в зависимости от возраста; 2) изменения роста в зависимости от возраста; 3) изменения окружности головы в зависимости от возраста; 4) изменения массы тела в зависимости от роста; 5) индекс массы тела.

Кривые диаграмм отражают процент детей данного возраста на оси абсцисс. 50-й перцентиль представляет собой медиану, значение которой выше (и ниже) полученного результата у 50% обследованных детей. Это стандартное значение; например, стандартный рост 7-месячной девочки составляет 67 см. На диаграмме изменения массы тела в

зависимости от роста по оси абсцисс откладываются значения роста. Например, стандартная масса тела для девочки ростом 110 см составляет 18,6 кг.

Для диагностики задержки развития важную информацию предоставляет анализ особенностей физического развития. Такой диагноз ставится, если рост тела ребенка меньше средних показателей для детей данного возраста (ниже 5-го перцентиля или более чем на два диапазона перцентилей).

Снижение показателя массы тела в зависимости от роста ребенка ниже 5-го перцентиля — самый важный информативный критерий диагностики острого истощения. Хроническое истощение сопровождается недостаточным увеличением как массы тела, так и роста ребенка. Если показатели физического развития снижаются ниже 5-го перцентиля, необходимо выражать их значения в процентах от медианы. Например, 12-месячная девочка имеет массу тела 7,1 кг, это составляет 75% массы тела для ее возраста (9,5 кг). Необходимо также определять соответствие возраста и массы тела.

Истощение нужно отличать от семейных, конституциональных и эндокринных причин снижения скорости роста. При этих состояниях рост снижается в первую

очередь или вместе с массой тела, а показатель массы тела в отношении роста нормален или повышен. При истощении масса тела снижается раньше роста; показатель массы тела по отношению к росту снижен (за исключением остановки роста).

При врожденной патологической низкорослости ребенок рождается с малым ростом; в первые месяцы жизни скорость роста постепенно снижается. Задержку роста вызывают также хромосомные аномалии (синдром Тернера), инфекции (краснуха, токсоплазмоз, герпес новорожденных), воздействие алкоголя и глубокая недоношенность [1; 4; 8]. При конституциональной задержке развития скорость прибавки роста и массы тела снижается к концу грудного возраста. Подавляющее большинство детей с задержкой роста имеют отягощенную наследственность по низкорослости (со стороны отца, матери или обоих родителей).

Признаком ожирения ребенка служит превышение массы тела, характерной для роста, на 120% стандартной массы тела для роста (медиана). Для контроля за развитием рассчитывается также индекс массы тела (ИМТ). Его формула: масса тела (в кг), деленная на рост (в м) в квадрате. Повышение ИМТ более 95-го перцентиля указывает на избы-

точную массу тела; ИМТ, равный 85—95-му перцентилю, — риск избыточной массы тела, а снижение ИМТ ниже 5-го перцентиля — указывает на истощение. Критерием ожирения служит также толщина кожной складки над трехглавой мышцей и в подлопаточной области, которая измеряется с помощью циркуля. Для подсчета используется специальная шкала.

Показателями физического развития служат также пропорции тела, которые в процессе роста неоднократно изменяются. У новорожденного голова и туловище имеют относительно большие размеры. При росте ребенка наблюдается удлинение конечностей. Для оценки пропорциональности измеряется нижний сегмент тела: длина от лобкового симфиза до пяточной области. Измеряется также верхний сегмент: рост минус нижний сегмент тела. Величина отношения длины верхнего сегмента тела к нижнему равняется 1,7 у новорожденного, 1,3 — в 3 года и 1,0 — старше 7 лет. Высокие показатели этого отношения наблюдаются при непропорциональной низкорослости и заболеваниях опорно-двигательного аппарата (при рахите) [1; 4].

Существуют стандартные таблицы, указывающие на сроки созревания скелета. Костный



возраст соответствует стадиям полового развития. При семейной низкорослости костный возраст сравним с хронологическим возрастом, т.е. имеет нормальные значения. При конституциональной задержке развития, гормональной низкорослости и истощении он понижен. Костный возраст оценивается по данным рентгенограммы кисти. У девочек скелет созревает быстрее.

Развитие зубов состоит из их минерализации, прорезывания и выпадения. Минерализация начинается в 14 недель внутриутробного развития и продолжается в течение 3 лет для молочных зубов. Этот процесс начинается с коронки и распространяется к корню. Средний возраст ребенка при прорезывании нижних резцов — 5—7 мес., верхних резцов — 6—8 мес. Выпадение молочных зубов начинается в 6-летнем возрасте и заканчивается в 12 лет. Прорезывание постоянных зубов начинается сразу же после выпадения молочных зубов или через 4—5 мес.

Считается, что имеется задержка прорезывания молочных зубов, если они не появились в 13 мес. Это может быть связано со следующими заболеваниями: гипотиреозом, семейной и идиопатической за-

держкой прорезывания зубов. Последняя может также наблюдаться при механическом препятствии (фиброз десен, скученность зубов), нарушениях питания и обмена веществ, болезнях, приеме некоторых лекарств (тетрациклин вызывает изменения цвета или порок развития эмали).

Важное значение для детского организма имеют следующие физиологические и структурные изменения [5—7]:

- частота пульса и дыхания выражено снижается в течение первых двух лет жизни; затем постепенно — в течение детского возраста [1]. Артериальное давление повышается с 6-летнего возраста;
- придаточные пазухи носа развиваются в течение детского возраста; их формирование заканчивается в период полового созревания;
- лимфоидная ткань у ребенка достигает размеров взрослого человека в 6-летнем возрасте и продолжает развиваться до раннего подросткового возраста; затем ее объем начинает уменьшаться;
- метаболизм лекарств и их эффект быстро изменяется в первый месяц жизни. Каждое лекарство у отдельного ребенка имеет свой индивидуальный метаболизм;

— потребность в пище, а также биохимические и неврологические показатели в процессе развития ребенка выраженно изменяются.

В настоящее время выдвинута концепция наблюдения за развитием ребенка в виде регулярного контроля.

При обследовании ребенка учитываются анамнез, данные объективного исследования и лабораторные данные. Очень важен семейный анамнез. Особое внимание необходимо уделять сведениям о течении беременности, которые включают вопросы о возможных тератогенных воздействиях (ионизирующее облучение, курение, алкоголь, наркотики, прием лекарств, инфекционные заболевания и травмы). Необходимо узнать о состоянии новорожденного, его перенесенных заболеваниях (болезни дыхательных путей, аллергические заболевания, отит, травма головы и нарушения сна).

При объективном исследовании определяют данные физического развития: рост, масса тела, окружность грудной клетки и головы. Необходимо обратить внимание на наличие пороков развития черепа, поражения глаз (катаракта), кожи и нервной системы.

У ребенка следует проводить в первые дни после родов исследования на гипотиреоз и метабо-

лические заболевания периода новорожденности, определять содержание железа в крови. Если наблюдаются судорожные припадки, микроцефалия или быстрое увеличение окружности головы, проводится компьютерная или магнитно-резонансная томография головного мозга; показано снятие электроэнцефалограммы (ЭЭГ) [1; 3; 4].

Если у ребенка имеется умственная отсталость или аутизм, необходимо проводить хромосомные и молекулярно-генетические исследования. Самый распространенный генетический дефект при умственной отсталости — синдром ломкой X-хромосомы. Для исключения метаболических заболеваний проводят определение в крови аммиака и аминокислот.

Через несколько месяцев после рождения ребенка обследуют. Изучают его способность зрительно следить за предметами и поворачивать голову по направлению звука.

При обследовании детей 1—5 лет оценивают их развитие, наблюдают за ребенком в домашних условиях. При необходимости проводят консилиум с участием педиатра, психолога, социального работника и родителей. Педиатр оценивает развитие ребенка и намечает план оздоровительных мероприятий.

## Литература

1. Братанов Бр. Клиническая педиатрия. Т. 1—2. М., 1983.
2. Гайворонский И.В. Анатомия и физиология человека. М., 2009.
3. Голубев В.В., Голубев С.В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста. М., 1998.
4. Дворкин Р.Н. Педиатрия / Пер. с англ. М., 1997.
5. Курепина М.М., Вокий Г.Г. Анатомия человека. М., 1971.
6. Леонтьева Н.Н., Маринова К.В. Анатомия и физиология детского организма. М., 1986.
7. Роджерс М., Хелфер М. Руководство по педиатрии. СПб., 1999.
8. Сапин М.Р., Сивоглазов В.И. Анатомия и физиология человека. М., 2004.
9. Dixon S.D. Two years: language emerges // Encounters with children: pediatric behavior and development. St.Louis, 2000.
10. Fox N.A., Henderson H.A., Rubin K.H. Continuity and discontinuity of behavioral inhibition and exuberance: psychophysiological and behavioral influences across the first four years of life // Child Dev. 2001. Vol. 72. P. 1—21.

### ПОЛЕЗНЫЕ БАКТЕРИИ ЗАЩИТЯТ ОТ ВРЕДНЫХ

Бактерии, которые обычно живут на человеческой коже, помогают защитить организм от инфекций, считают исследователи из Национального института здоровья (США). По мнению ученых, полезные бактерии-симбионты способны взаимодействовать с иммунными клетками кожи.

Для эксперимента специалисты выбрали так называемых стерильных мышей — лабораторных животных, у которых не было естественной микрофлоры кожи и кишечника. Исследователи заселили их кожу одним из видов стафилококков, которые обитают на коже человека и обычно для нее безопасны. Выяснилось, что подселение таких «соседей» стимулировало производство в иммунных клетках кожи сигнальной молекулы, которая необходима для защиты от вредных микробов.

Впоследствии исследователи подвергли две группы мышей атаке паразитических микроорганизмов. У зверьков с «человеческим» стафилококком, развился эффективный иммунный ответ на вторжение, а у «чистых» мышей такой реакции не было.

Ученые считают, что постоянно обитающие на коже бактерии способны взаимодействовать с иммунной системой «хозяина» и стимулировать ее работу. Дисбаланс бактериального населения, вызванный чрезмерным использованием моющих и дезинфицирующих средств, может привести к различным кожным заболеваниям.

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

## Индивидуально-типологические особенности людей с хроническим пиелонефритом

Костяшкина А.Ю.,

психолог НОУ МФПУ «Синергия», Москва

В современном обществе отмечаются повышение числа расстройств здоровья, сопряженных с условиями социальной среды, а также переход соматических заболеваний в разряд хронических под влиянием психологических факторов.

Медицинская психология — отрасль психологической науки, направленная на решение теоретических и практических задач, связанных с психопрофилактикой заболеваний, диагностикой болезней и патологических состояний, психокоррекционными формами воздействия на процесс выздоровления, решением различных экспертных вопросов, социальной и трудовой реабилитацией больных. Медицинская психология изучает влияние психических факторов на возникновение, течение болезней и процесс выздоровления людей [3].

Цель нашего исследования — изучение личностной изменчивости больных хроническими соматическими заболеваниями, влияния хронических заболева-

ний мочевыводящей системы на индивидуально-типологические особенности личности больных (изменение психики, развитие невротоподобных состояний).

Кратко остановимся на определении и функциях мочевыводящей системы человека.

Мочевыделительная система человека — система органов, формирующих, накапливающих и выделяющих мочу, состоит из двух экскреторных желез — почек и органов выведения мочи из организма: двух мочеточников, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала.

Эта система органов выполняет ряд важнейших, жизненно необходимых функций в организме человека, в числе которых:

- выведение продуктов обмена веществ (остаточного при расщеплении белков, азота);
- регуляция водно-солевого баланса (выведение из организма лишней воды, а также вредных солей, шлаков и токсинов);

— гормональная функция надпочечников (выделение в кровь адреналина и норадреналина в ситуации стресса).

Мочевыводящая система ответственна за выведение из организма вредных продуктов обмена веществ. При ее хронических заболеваниях существенно снижается эффективность этой функции, и концентрация вредных веществ в организме приводит к интоксикации, способствующей развитию органической астении.

*Астения* (от греч. *astheneia* — бессилие, слабость) — нервно-психическая слабость, проявляющаяся в повышенной утомляемости и истощаемости, сниженном пороге чувствительности, крайней неустойчивости настроения, нарушении сна [4].

*Гипостеническая форма* астенического синдрома характеризуется общей вялостью физической и эмоциональной деятельности, хронической усталостью и постоянной сонливостью, что также отражается на трудоспособности больного.

*Гиперстеническая форма* астенического синдрома проявляется чрезмерной силой или физическим напряжением, возникающим во всем теле или в какой-либо его части. Для этой формы характерны нетерпеливость, раздражительность, излишняя эмоциональность, а также плаксивость без видимых причин.

Для исследования были отобраны 10 человек обоих полов (в пропорции 50 : 50) в возрасте от 18 до 30 лет, страдающих хроническим пиелонефритом. Для определения индивидуально-типологических свойств личности использовались три методики, направленные на изучение темперамента и характера личности:

- методика Г. Айзенка-EPQ;
- тест «Формула темперамента» (А.Н. Белов);
- методика изучения акцентуаций личности К. Леонгарда (модификация С. Шмишека).

Исследование проводилось в спокойной, комфортной атмосфере. На всем протяжении тестирования, среднее время которого составляло 30 мин, исключались любые отвлекающие факторы. Каждому участнику была объяснена цель проведения исследования и дана инструкция по прохождению теста.

В результате тестирования были выделены преобладающие индивидуально-типологические особенности (табл. 1, 2) и диаграммы для всех 10 испытуемых (рис. 1, 2).

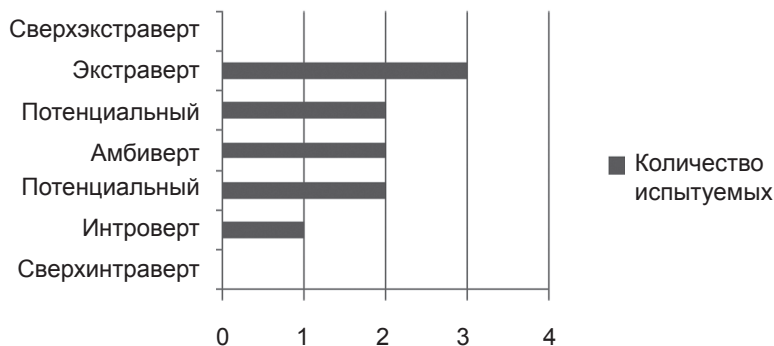
Полученные данные указывают на то, что у испытуемых с хроническим пиелонефритом наиболее ярко выражены демонстративность и циклотимность, гипертимность, экзальтированность и эмотивность.

Таблица 1

**Результаты диагностики испытуемых,  
страдающих пиелонефритом, по методике изучения  
акцентуаций личности (в баллах)**

№	Ис- пыту- емый	Индивидуально-типологические особенности									
		Д	З	П	В	Г	Ди	Т	Эк	Эм	Ц
1	Пн-1	18	10	6	12	3	9	6	18	12	24
2	Пн-2	10	18	14	18	9	6	9	6	9	15
3	Пн-3	18	16	12	21	21	9	12	18	18	21
4	Пн-4	20	18	12	12	18	12	6	18	15	18
5	Пн-5	20	16	10	9	18	6	18	18	18	18
6	Пн-6	18	8	10	6	18	12	3	12	18	15
7	Пн-7	14	10	8	21	21	9	6	24	21	21
8	Пн-8	20	10	6	15	21	6	0	12	18	12
9	Пн-9	16	14	10	18	18	2	9	18	15	18
10	Пн-10	10	6	0	6	9	12	3	12	12	18
Всего		164	126	88	138	156	83	72	156	156	180

*Примечание.* Д — демонстративный; З — застенчивый; П — педантичный; В — возбудимый; Г — гипертимный; Ди — дистимический; Т — тревожный; Эк — экзальтированный; Эм — эмотивный; Ц — циклотимный.



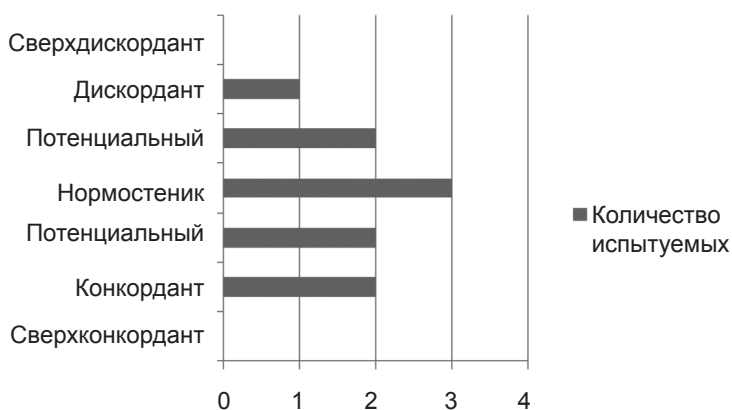
*Рис. 1.* Результаты диагностики по методике Г. Айзенка-EPQ по шкале «экстраверсия — интроверсия»

Таблица 2

**Результаты тестирования испытуемых, страдающих пиелонефритом, по методике «Формула темперамента» (в баллах)**

№	Испытуе- мый	Формула темперамента			
		ФЛ	МЕ	ХО	СА
1	Пн-1	25,9	18,5	18,5	37,1
2	Пн-2	21	34,9	25,6	18,5
3	Пн-3	19,6	17,4	34,8	28,2
4	Пн-4	10	26	33,3	30
5	Пн-5	20,8	18,8	27,1	33,3
6	Пн-6	33,3	20	13,4	33,3
7	Пн-7	19,5	9,7	43,3	29,5
8	Пн-8	24,2	9,8	26,9	39,1
9	Пн-9	22,5	2,5	40	35
10	Пн-10	28,9	5,4	28,9	36,8
Всего		225,7	163	291,8	320,8

*Примечание.* ФЛ — флегматик; МЕ — меланхолик; ХО — холерик; СА — сенгвиник.



*Рис. 2.* Результаты диагностики по методике Г. Айзенка-EPQ по шкале «нейротизм — стабильность»

Таким образом, наиболее часто среди больных хроническим пиелонефритом встречались сангвинический и холерический типы темперамента.

Результаты диагностики по методике Г. Айзенка-ЕРQ по шкале «экстраверсия — интроверсия» представлены на рис. 1.

Полученные данные указывали на то, что наиболее часто встречающейся формой поведения в данном исследовании служит экстравертированная форма, но, на выборке из большего количества людей формы поведения распределялись более равномерно между всеми типами.

Результаты диагностики по методике Г. Айзенка-ЕРQ по шкале «нейротизм — стабильность» представлены на рис. 2.

Полученные данные указывали на то, что наиболее часто встречающейся формой психической устойчивости была нормостения, но, судя по остальным результатам, на выборке из большего количества людей формы поведения распределялись более равномерно между всеми формами.

В результате полученных данных можно сделать вывод, что обследованные пациенты с хроническими заболеваниями мочевыводящих путей характеризовались как неустойчивые, с ярким выражением эмоций и

чувств. Они импульсивны, эмоциональны, демонстративны, обладают богатой фантазией, даже некоторой лживостью. Они театральны, склонны к лидерству, плохо переносят одиночество и отсутствие внимания. Глубина чувств регулируется соотношением с другими особенностями характера, такими как эмотивность и экзальтированность. Больные экстравертированы, обладают холерическим и сангвиническим типами темперамента, открыты для общения.

## Литература

1. *Абрамова Г.С., Юдичиц Ю.А.* Психология в медицине: Учеб. пособие. М., 1998.
2. *Анастаси А., Урбина С.* Психологическое тестирование. 7-е изд. СПб., 2009.
3. Большой психологический словарь. 4-е изд., расширенное / Сост. и общ. ред. Б.Г. Мещеряков, В.П. Зинченко. М.; СПб., 2009.
4. Краткий психологический словарь / Л.А. Карпенко, А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский. Ростов н/Д., 1998.
5. *Райгородский Д.Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учеб. пособие. Самара, 2009.
6. *Тухтарова И.В., Биктимиров Т.З.* Соматопсихология: Учеб.-метод. пособие по курсу «Соматопсихология». Ульяновск, 2005.
7. *Шанько Г.Г.* Неврозы у детей / Минск: Харвест, 2007.



## **Динамика морфофункциональных показателей организма дошкольников с atopической бронхиальной астмой в ходе реабилитационных программ**

**Кузина Е.Н.,**

*канд. мед. наук, доцент кафедры педиатрии  
Института последипломного образования;*

**Спивак Е.М.,**

*д-р мед. наук, профессор кафедры факультетской педиатрии  
с пропедевтикой детских болезней;*

**Любимовская Г.В.,**

*преподаватель кафедры судебной медицины  
с курсом правоведения ГБОУ ВПО  
«Ярославский государственный медицинский  
университет» Министерства здравоохранения РФ,  
г. Ярославль*

Бронхиальная астма (БА) — самое частое хроническое заболевание системы органов дыхания у детей. Его распространенность составляет 10% [2]. Результаты многочисленных исследований, проведенных в последние двадцать лет, позволили разработать ступенчатый подход к базисной терапии БА. Однако далеко не во всех случаях удается добиться полного контроля заболевания, что зачастую связано со снижением уровня функциональных резервов организма пациентов.

При диспансерном наблюдении в условиях поликлиники педиатры и детские пульмонологи в первую очередь определяют наличие респираторных нарушений, тогда как оценке адаптивных возможностей организма ребенка не уделяется должного внимания. Между тем мониторинг этих параметров необходимо для объективизации степени контроля БА. Показатели физиологических систем могут использоваться в качестве индикаторов при оценке эффективности лечения и реабилита-

ции больных, прежде всего на амбулаторно-поликлиническом этапе [2].

*Цель работы:* установление характера отклонений морфофункциональных показателей организма дошкольников с атопической бронхиальной астмой в периоде клинической ремиссии заболевания и оценка их динамики в ходе реабилитационных программ.

### Методы

Под нашим наблюдением находились 39 пациентов в возрасте 4—7 лет (19 мальчиков и 20 девочек) с атопической БА. Программа обследования включала определение физического развития, уровня резистентности и функционального состояния организма детей. Оценивали частоту пульса, величину артериального давления, жизненную емкость легких (спирометрия), кистевую мышечную силу (динамометрия), силу мышц живота (по времени удержания ног в положении лежа на животе) и спины (по длительности удержания туловища в положении «ласточка»). Рассчитывали индекс Руфье, общую физическую работоспособность (степ-тест), а также уровень физического здоровья по методике Г.Л. Апанасенко [3]. Цифровой материал обработан математически с использовани-

ем пакета прикладных программ «StatPlus 2009».

Все дети имели легкую форму БА преимущественно с частичным контролем (76,9%) и получали базисную терапию. Пациенты наблюдались нами в течение года, в конце которого проводилось повторное обследование.

Выделили две группы. Первую из них (сравнения) составили 24 дошкольника, которым на протяжении года наблюдения проводился только комплекс общих оздоровительных мероприятий в условиях детской поликлиники в соответствии с общепринятой программой диспансеризации. Вторую группу (основную) сформировали 15 пациентов — воспитанников специализированной ДОО «Детский сад присмотра и оздоровления».

Программа реабилитации дошкольников основной группы включала курсы массажа грудной клетки (2 раза в год), энтеральной кислородотерапии, занятия лечебной физической культурой (3 раза неделю) и корригирующей гимнастикой (2 раза в неделю). Кроме того, дети в течение года ежедневно занимались специальными упражнениями с использованием тренажера дыхательных мышц — трешолдов (Threshold IMT).

Для сравнительной оценки эффективности реабилитационных программ сопоставляли динамику основных морфофункциональных параметров и рассчитывали процент их прироста к концу года наблюдения.

### Полученные результаты

При исходном обследовании пациентов было установлено, что фаза клинической ремиссии атопической БА у дошкольников характеризуется разнообразными нарушениями морфофункционального состояния организма. Так, в 15,4% случаев отмечено дисгармоничное физическое развитие, в структуре нарушений которого доминирует избыток массы тела. Весьма высока доля часто болеющих детей (69,2%). У значительной части пациентов (25,6%) снижены показатели, характеризующие функциональное состояние системы органов дыхания. Низкие параметры динамометрии мышц кисти, спины и живота регистрируются в 33,3, 53,8 и 41,0% случаев соответственно.

Наиболее частые нарушения сердечно-сосудистой системы — артериальная гипотензия (15,4%) и номотопные изменения сердечного ритма (56,4%).

Использование нагрузочных тестов позволило установить, что каждый второй пациент характеризуется пониженными

адаптационными резервами, прежде всего кардиореспираторной системы. Это проявляется высокими цифрами индексов Руфье и Робинсона, уменьшением толерантности к физической нагрузке по данным степ-теста.

При интегральной оценке уровня физического здоровья (УФЗ) было выявлено, что у более трети детей (35,9%) его уровень низкий.

Сравнительный анализ данных исходного и повторного обследования (табл. 1) указывает на значительное преимущество реабилитационной программы, осуществленной в условиях специализированной ДОО. Ее использование сопровождается увеличением доли пациентов с положительной динамикой морфофункционального состояния.

Параллельно отмечается статистически значимое уменьшение числа больных, у которых к концу года наблюдения можно констатировать отсутствие изменений функциональных параметров. Кроме этого, установлен факт большей степени их годового прироста в основной группе. Наибольшая его величина зарегистрирована в отношении показателей кистевой мышечной силы (55,9%), силы мышц спины (54,1) и живота (48,8), силовой выносливости (47,2) и пробы Штанге (52,6%).

Таблица 1

**Динамика морфофункциональных показателей дошкольников с atopической бронхиальной астмой при использовании различных реабилитационных программ (доли случаев, %)**

Показатель	Динамика к концу года наблюдения	Группы дошкольников	
		Сравнения (поликлиника)	Основная (ДОО)
Физическое развитие	Отрицательная	20,0	0,0**
Экскурсия грудной клетки	Нет или отрицательная	40,0	13,3
	Положительная	60,0	86,7
Жизненная емкость легких	Нет или отрицательная	20,0	0,0**
	Положительная	80,0	100,0**
Проба Штанге	Нет или отрицательная	24,0	6,7
	Положительная	76,0	93,3
Кистевая мышечная сила	Нет или отрицательная	24,0	0,0***
	Положительная	76,0	100,0***
Сила мышц спины	Нет или отрицательная	42,9	0,0***
	Положительная	57,1	100,0***
Сила мышц живота	Нет или отрицательная	21,4	13,3
	Положительная	78,6	86,7
Физическая работоспособность	Нет или отрицательная	31,6	6,7*
	Положительная	68,4	93,3*
Индекс Руфье	Нет или отрицательная	48,0	73,3
	Положительная	52,0	26,7
Индекс Робинсона	Нет или отрицательная	36,0	73,3*
	Положительная	64,0	26,7*
УФЗ	Нет или отрицательная	64,0	13,3***
	Положительная	36,0	86,7***

Примечание. Знаками \*, \*\* и \*\*\* обозначены достоверные межгрупповые различия при значениях  $p < 0,05$ ;  $< 0,01$  и  $< 0,001$  соответственно.

## Выводы

У дошкольников с atopической БА в период клинической ремиссии заболевания выявляются разнообразные нарушения морфофункционального состояния: дисгармоничное физическое развитие, увеличение острой респираторной заболеваемости, уменьшение показателей и адаптивного резерва мышечной, респираторной и сердечно-сосудистой систем.

При диспансерном наблюдении в условиях детской поликлиники у значительной доли пациентов регистрируется дальнейшее ухудшение морфофункционального состояния организма.

Реабилитационная программа, реализованная в специализированной ДОО, имеет существенные преимущества перед традиционной системой диспансеризации, что выражается увеличением доли пациентов, имеющих положительную динамику морфофункционального состояния к концу года наблюдения.

## Литература

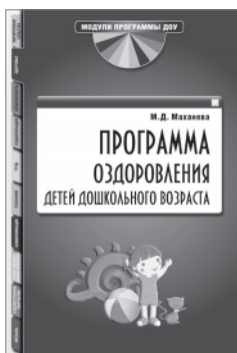
- Апанасенко Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. СПб., 1992.
- Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». М., 2008.
- Хрущев С.В., Симонова О.И. Физическая культура у детей с заболеваниями органов дыхания. М., 2006.

Показатель заболеваемости астмой и астматическим статусом среди детей в возрасте от 0 до 14 лет с диагнозом, установленным впервые в жизни, составил 150,6 случаев на 100 тыс. детей соответствующего возраста (в 2011 г. — 159,26, в 2012 г. — 155,51). Показатель заболеваемости астмой и астматическим статусом детей выше среднероссийского уровня регистрировался в 26 субъектах Российской Федерации. Наибольшие уровни отмечены в Новгородской (640,8 случаев на 100 тыс. детского населения), Новосибирской (475,9), Ульяновской (315,4), Орловской (285,1) областях, Республике Саха (Якутия) (281,5 случай).

Показатель ассоциированной с качеством атмосферного воздуха заболеваемости астмой и астматическим статусом детей регистрировался в 4 субъектах Российской Федерации на уровне от 13,3 до 72,2 дополнительных случаев на 100 тыс. детей соответствующего возраста: Алтайский край, Иркутская, Самарская, Челябинская области. В целом по Российской Федерации в динамике по сравнению с 2013 г. количество дополнительных случаев астмы, ассоциированных с загрязнением атмосферного воздуха, у детского населения снизилось более чем на 1000 случаев.

*Из Государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2014 году»*

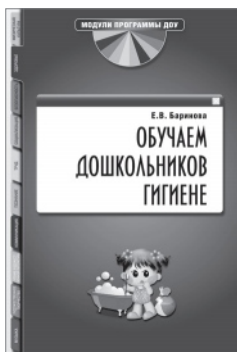
**Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги серии «Модули программы ДОУ»**



## **ПРОГРАММА ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

*Автор — Маханева М.Д.*

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



## **ОБУЧАЕМ ДОШКОЛЬНИКОВ ГИГИЕНЕ**

*Автор — Баринова Е.В.*

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



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

*Автор — Анферова В.И.*

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

Предназначено инструкторам по физической культуре, воспитателям детских садов.

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

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

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

## Использование нетрадиционных средств физического воспитания дошкольников

**Коломийцева Н.С.,** канд. пед. наук,

**Кагазежева Н.Х.,** канд. биол. наук,

**Доронина Н.В.,** канд. пед. наук,

*доценты кафедры биомеханики и медико-биологических дисциплин Института физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета;*

**Ятманова Е.Ю.,**

*инструктор по физической культуре МБДОУ д/с № 55, г. Майкоп, Республика Адыгея*

В последнее десятилетие во всем мире наметилась тенденция к ухудшению здоровья детей. Экологические проблемы, отрицательные социально-бытовые условия, химические добавки в продуктах питания, некачественная вода — лишь некоторые факторы, агрессивно воздействующие на здоровье дошкольников. Реакции детского организма на воздействия экологических факторов разнообразны: изменение темпов роста и развития, нарушение гармоничности этих процессов.

Физическое здоровье — основополагающее условие духовного и нравственного развития человека. В дошкольном возрасте закладывается фундамент здоровья: созревают и совершенствуются жизненные системы и функции организма, развиваются его адаптационные возможности, повышается устойчивость к внешним воздействиям, формируется осанка, приобретаются физические качества, привычки, вырабатываются волевые черты характера, без которых невозможен здоровый образ жизни.



Движение в дошкольный период выполняет уникальную роль стимулятора комплексного развития всех аспектов целостной личности ребенка, а биологически обусловленная потребность в двигательной активности в ходе процесса социализации превращается в биологическую проблему (дошкольный возраст — благоприятный период для усвоения и развития основных физических качеств, двигательных навыков и функциональных способностей в процессе основных движений и специальных упражнений). Физическая культура охватывает стороны жизни и воспитания, которые имеют решающее значение для нормального физического развития двигательной сферы человека. Поэтому крайне важно правильно организовать работу в данном направлении, что позволит организму накопить силы и обеспечит в дальнейшем не только полноценное физическое, но и разностороннее развитие личности.

Физкультурно-оздоровительная работа в ДОО представлена в основном физкультурными занятиями и мероприятиями активного отдыха, которые и позволяют решать комплекс оздоровительных, образовательных и воспитательных задач. Физкультурно-оздоровительные мероприятия в значительной мере носят обра-

зовательный, культуроведческий характер и в меньшей степени оказывают непосредственное воздействие на системы и функции организма детей, их физическую подготовленность и здоровье. Поэтому тренировочные нагрузки могут стать решающим фактором оздоровления. Необходимы и теоретические занятия по вопросам здоровья и двигательной активности (личное здоровье, профилактика и предотвращение заболеваний, основы рационального питания, знаний в области гигиены и др.). Для всестороннего физического развития, укрепления здоровья детей и подростков, по мнению специалистов, весьма полезны нетрадиционные в массовом физкультурном движении виды двигательной активности: лечебная и китайская оздоровительная гимнастика, хатха-йога, гимнастика Кацудзо Ниши, футбол-гимнастика, дыхательная гимнастика по А.Н. Стрельниковой и др.

Упражнения нетрадиционных видов гимнастики эффективно воздействуют на дыхательную и сердечную деятельность, способствуют профилактике заболеваний, поддерживают оптимальный уровень здоровья и работоспособности, снимают психоэмоциональное напряжение, улучшают самочувствие и внешний вид.



## **Детская йога (на основе занятий хатха-йогой)**

Применения хатха-йоги в ДОО содействует всестороннему и гармоническому физическому развитию детей, способствует становлению двигательной, физической подготовленности и функциональных способностей, а также позволяет достигнуть и превзойти возрастные показатели.

Комплексное использование упражнений хатха-йоги положительно влияет на состояние опорно-двигательного аппарата, осанку, физическое развитие, функциональное состояние, дыхательной, сердечно-сосудистой систем. Среди средств оздоровительной хатха-йоги дошкольникам доступны статические (асаны), динамические (виньясы), дыхательные упражнения, направленные на регуляцию дыхания (пранаяма).

Упражнения хатха-йоги могут применяться во время физкультурного занятия. Дети дошкольного возраста хорошо усваивают основные их движения. Хатха-йога подразумевает гармоничное развитие всех частей тела. Оздоровительно-терапевтическое воздействие ее упражнений направлено сверху вниз: они оказывают влияние на голову, шею, руки, туловище, ноги, после-

довательно в положениях стоя, сидя, лежа. Направленность терапевтического воздействия упражнений соблюдается и внутри каждой группы: в исходном положении стоя, затем сидя и лежа. Йога для детей очень похожа на игру, в которой они изучают свое тело, «превращаясь» в животных, растения или предметы. Дошкольников, как правило, йога очень увлекает, поскольку многие асаны отображают природные явления.

Дозировка упражнений зависит от возраста ребенка, его физической подготовленности: 1—3 раза, не более 5—6 раз. В начале освоения новых движений их выполняют в большем объеме, чем в дальнейшем, когда они будут качественно усвоены. Однако за счет правильной синхронизации движения частей тела и дыхания в каждом повторении увеличивается время выполнения, а темп снижается.

Поскольку маленькие дети очень подвижны, активны, занятия йогой они лучше воспринимают в игре, основанной на подражании, а асаны им показывают в легкой, доступной форме, по названию животного или предмета, на который похожа поза: «кузнечик», «журавль», «лук», «кошка», «гора». Это развивает память, наблюдательность и воображение.

Детская йога отличается от взрослой тем, что она более динамична: дети не способны удерживать позы длительное время. Постепенно в процессе занятий йогой даже самые подвижные дошкольники умеют концентрировать внимание и проявлять усидчивость. В нашем детском саду мы занимаемся детской йогой со среднего возраста.

### **Использование в ДОО дыхательной гимнастики по А.Н. Стрельниковой**

Дыхательная гимнастика для дошкольников — это комплекс упражнений для развития группы мышц, отвечающих за процесс дыхания. При их выполнении кровь насыщается кислородом, улучшается работа легких, головного мозга, нервной и сердечно-сосудистой систем. Также она положительно влияет на работу органов пищеварения. По этим и другим параметрам дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой вне конкуренции, она универсальна: может быть лечебной и профилактической, оздоровительной и развивающей, восстанавливающей силы и улучшающей настроение.

Особенно полезны дыхательные упражнения детям, страдающим частыми простудными за-

болеваниями, бронхитами, бронхиальной астмой: облегчается течение болезни и уменьшается вероятность развития осложнений. Дыхательная гимнастика применяется как дополнение к традиционному лечению (медикаментозному, физиотерапевтическому).

Однако у нее есть противопоказания. Выполнять данные упражнения не рекомендуется тем, кто имеет травмы головного мозга, позвоночника, выраженный остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника, при кровотечениях и высоком артериальном, внутричерепном или внутриглазном давлении. Перед началом занятий рекомендуется проконсультироваться с врачом.

Выбор данной оздоровительной технологии объясняется тем, что она помогает также преодолевать речевые нарушения.

В детских садах проведение дыхательных упражнений крайне необходимо. Они могут выполняться во время утренней зарядки, гимнастики после тихого часа, на специальных занятиях с логопедом, прогулках. Упражнения можно сопровождать чтением стихотворений или показом иллюстраций, что развивает память и мышление.

Таким образом, дыхательная гимнастика:

— укрепляет здоровье детей;

- восстанавливает нормальное физиологическое дыхание через нос;
- улучшает речевое дыхание.

Для дошкольников она начинается с трех базовых упражнений, которые выполняются «солдатским шагом». Это своеобразная разминка, подготавливающая органы дыхания к основному комплексу.

Дети легко осваивают простые упражнения основного комплекса: «Ладочки», «Погончики», «Насос», «Кошечка», «Обними плечи», «Маятник», «Ушки». В основном комплексе 14 упражнений, которые желательно делать в три подхода. Лучшее время дыхательной гимнастики для дошкольников — утром перед завтраком и вечером перед ужином. Можно заниматься после приема пищи, но не ранее чем через час. Перед сном гимнастику делать категорически не рекомендуется, так как организм насыщается кислородом, что способствует дополнительному заряду энергией. Упражнения следует выполнять с удовольствием, с хорошим настроением.

При этом стоит придерживаться следующих правил:

- делать вдох только носом с плотно закрытым ртом;
- плечи не поднимать;
- не делать резких и быстрых выдохов;
- не надувать щеки.

Во время дыхательной гимнастики необходимо следить за состоянием детей. При учащенном дыхании, побледнении (покраснении) лица, дрожании и покалывании кистей рук и ног следует прекратить упражнения. Затем нужно посоветовать ребенку сложить ладони вместе, поднести к лицу и подышать в них глубоко 2—3 раза.

В детских садах воспитатель и логопед могут практиковать дыхательную гимнастику для дошкольников в картинках. С помощью забавных стишков, считалок и изображений детям легче осваивать непонятные движения, а если заниматься под легкую мелодичную музыку, упражнения не только принесут ощутимые для иммунитета результаты, но и улучшат психологическое состояние малышей. Дома родители также могут практиковать подобные способы.

Результаты занятий по системе А.Н. Стрельниковой не могут остаться незамеченными. Кроме явных улучшений при лечении (в комплексе с традиционной медициной) хронических заболеваний носа и горла, бронхов и легких отмечаются положительные результаты при борьбе с сахарным диабетом, сердечными заболеваниями, недугами нервной системы.

## **Фитбол-гимнастика**

Фитбол-гимнастика в нашем детском саду проводится в подготовительной к школе группе на больших мячах, выдерживающих вес до 300 кг. На занятиях используют фитболы различного диаметра в зависимости от возраста и роста занимающихся. Диаметр мяча должен быть для детей: 3—5 лет — 45 см; 5—6 — 50; от 6—7 лет — 55 см. Если при посадке на мяч угол между бедром и голенью равен или чуть больше 90°, значит, мяч подобран правильно. Для занятий с детьми дошкольного возраста мяч должен быть не сильно упругим.

Разные цвета мячей влияют и на психическое состояние, и на физиологические функции человека. Мячи обладают еще и вибрационным воздействием практически на все органы и системы человека: на нервную систему, позвоночник, межпозвоночные диски, суставы и окружающие их ткани. Импульсы получает и головной мозг, в результате ускоряется выработка новых условно-рефлекторных связей, особенно необходимых при психическом и интеллектуальном развитии детей. Улучшается способность к самоконтролю и самоанализу. С самого раннего возраста следует развивать и тренировать вестибулярные функции. Занятия с мячом укрепляют мышцы спины и брюшного пресса, создавая

мышечный корсет, способствуют правильному дыханию, регуляции моторных функций, но главное — формируют сложно и длительно вырабатываемый в обычных условиях навык правильной осанки. Мяч многофункционален и поэтому может использоваться в комплексах упражнений фитбол-гимнастики как предмет, снаряд или опора.

Предметом особого внимания на занятиях служит формирование правильной осанки. Внимание детей крайне неустойчиво, повышена эмоциональная возбудимость, почти нет волевых усилий при выполнении упражнений, поэтому все задания целесообразно выполнять по подражанию, а не по словесной инструкции, организованно и дисциплинированно. В этой возрастной группе дети уже хорошо соотносят свои действия с музыкой, поэтому полезно вводить музыкальное сопровождение в серии упражнений. На седьмом году жизни происходит переход от игровой деятельности к учебной. Ребенок подолгу сидит на занятиях, получая повышенную нагрузку на позвоночник. Ее можно уменьшить с помощью упражнений фитбол-гимнастики.

У детей седьмого года жизни крепнут мышцы и связки, возрастают их объем, мышечная сила. Поскольку крупные мышцы раз-

виваются раньше мелких, дети более способны к сильным размашистым движениям, но труднее справляются с движениями мелкими, дифференцированными, требующими большой точности. Поэтому больше внимания следует уделять игровым упражнениям разминочной части, которая включает задания на развитие внимания, восприятия, самоконтроля и саморегуляции (после сильного возбуждения с эмоциональной основной частью, повышенной двигательной активностью особенно необходима заключительная релаксационная часть). Обучение приемам релаксации помогает детям в дальнейшем самостоятельно регулировать свое психоэмоциональное состояние, процессы возбуждения и торможения. Несмотря на то что игровая деятельность переходит в учебную, игра для дошкольников продолжает занимать очень важное место.

Упражнения на мяче имеют свою классификацию и используются для разных групп мышц.

### **Правила фитбол-гимнастики**

Для обеспечения безопасности, охраны жизни и здоровья детей:

— рекомендуется подбирать фитбол каждому ребенку по росту так, чтобы обеспечить при посадке угол  $90^\circ$  между туловищем и бедром, бедром и голенью, голенью

и стопой. Для большей устойчивости ноги в опоре стопами на полу детям следует располагать на ширине плеч. Перед занятием необходимо убедиться, что поблизости отсутствуют острые предметы, которые могут повредить фитбол, проследить, чтобы на детях была удобная одежда и нескользящая обувь. Начинать занятия нужно с простых исходных положений и упражнений, постепенно переходя к более сложным;

— исключить во время занятий быстрые и резкие движения, скручивания в шейном и поясничном отделах позвоночника, интенсивное напряжение мышц шеи и спины, чтобы ни одно упражнение не причиняло детям боли и не вызывало дискомфорта.

Резкие повороты, скручивания, осевая нагрузка повреждают межпозвонковые диски, играющие роль амортизаторов. Чрезмерные движения (на уровне анатомического барьера подвижности) увеличивают нестабильность позвоночно-двигательных сегментов;

— при выполнении упражнений в положении лежа не задерживать дыхание. Не злоупотреблять статическими упражнениями в исходном положении лежа на животе, так как длительное повышение внутрибрюшного давления ухудшает кровообращение;

— при выполнении упражнений в положении лежа на животе и лежа на спине голова и позвоночник должны составлять одну прямую линию. Не допускаются наклон и запрокидывание головы вперед-назад, поскольку это приводит к усилению шейного лордоза и появлению симптомов нестабильности шейного отдела позвоночника, часто встречающегося у детей;

— не увлекаться прыжками на фитболах по этой же причине. Во время упражнений фитбол не должен двигаться, за исключением тех, что связаны с его прокачиванием и перемещением;

— в положении лежа на животе с упором руками на полу ладони должны быть параллельны и располагаться на уровне плечевых суставов;

— время физической нагрузки должно соответствовать возрасту занимающихся;

— следить за техникой выполнения упражнений, соблюдать приемы страховки и учить самостраховке, на каждом занятии стремиться к созданию положительного эмоционального фона, бодрого, радостного настроения.

Одним из эффективных средств для создания положительного настроения служит музыкальное сопровождение. Кроме того, необходимо обращать внимание на эстетику выполнения упраж-

нений, привлекая для примера детей, правильно выполняющих упражнения, и показы педагога. Следует использовать упругие свойства фитбола в качестве сопротивления для развития силы; масса фитбола позволяет применять его для отягощения. Упражнения на силу должны чередоваться с упражнениями на растягивание и расслабление. Каждое упражнение нужно повторять сначала 3—4 раза, постепенно увеличивая до 6—7 раз. В упражнениях нужно последовательно чередовать нагрузку на разные группы мышц из различных исходных положений.

В основной части занятия целесообразно использовать специальные корректирующие упражнения (индивидуально, 5 мин), в заключительной — игры и упражнения на восстановление дыхания и расслабление. Для формирования коммуникативных умений детей предлагаются парные ОРУ, подвижные игры, командные соревнования. Упражнения могут выполняться как в течение всего занятия, так и в качестве его фрагмента. Например, в основной части дается комплекс общеразвивающих упражнений, в заключительной — подвижные игры с фитболами. Время упражнений с фитболами не должно превышать 40—60% общей длительности занятия. Нужно дать

возможность детям не только упражняться с ними, но и ходить, бегать, прыгать, лазать, танцевать.

Для постепенного правильного освоения упражнений рекомендуется обучение детей по этапам, т.е. от облегченных исходных положений и простых упражнений на первом и втором этапах перейти к сложнокоординационным заданиям на третьем и четвертом этапах. Гимнастикой с мячами можно заниматься индивидуально или в подгруппах.

Длительность одного занятия с детьми 3—4 лет — 20—25 мин, с детьми 5—6 лет — 30—35 мин.

Занятия проводятся в чистом, проветренном помещении на ковриках. Дети одеты по возможности легко, лучше без обуви (в носках). Положительный эмоциональный фон, позитивный настрой, улыбка делают занятия особенно эффективными. Также важна четкая организация: работа с детьми, родителями, воспитателями, сотрудничество с другими специалистами и заинтересованными организациями, наличие программно-методической и материальной базы. Обучение детей фитбол-гимнастике с соблюдением основных требований к проведению и последовательности этапов приводит к следующим результатам:

- укрепляется опорно-двигательный аппарат;
- улучшается функционирование сердечно-сосудистой и дыхательной систем;
- развиваются физические качества ребенка;
- повышается работоспособность, снижается утомляемость;
- активизируются процессы саморегуляции и самоконтроля.

Безусловно, у фитбол-гимнастики широкий спектр оздоровительного воздействия на детский организм. Она способствует развитию творчества, детской фантазии и эмоционально раскрепощает детей. Кроме того, в процессе двигательной деятельности формируется самооценка дошкольников: ребенок оценивает свое «Я» по усилиям, которые он приложил для достижения поставленной цели. В связи с самооценкой развиваются такие личностные качества, как самоуважение, совесть, гордость.

Таким образом, фитбол-гимнастика, китайская оздоровительная гимнастика, хатха-йога, дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой — на данный момент инновационные направления в физическом воспитании и оздоровлении детей, сочетающие в себе все необходимые компоненты для гармоничного развития и оздоровления ребенка.



## Литература

- Горькова Л.Г., Обухова Л.А. Занятия физической культурой в ДОУ. М., 2007.
- Джавэн Мао. Оздоровительная китайская гимнастика. М., 2001.
- Кагазежсва Н.Х., Коломийцева Н.С., Доронина Н.В. Использование элементов дыхательных упражнений как профилактика заболеваемости детей дошкольного возраста // Вестник АГУ. 2014. № 2 (137).
- Соломенникова Н.М., Машина Т.Н. Формирование двигательной сферы детей 3—7 лет. Фитбол-гимнастика. Волгоград, 2011.
- Фирилева Ж.Е., Сайкина Е.Г. Лечебно-профилактический танец «Фитнес-данс». СПб., 2007.
- Щетинин М. Дыхательная гимнастика по Стрельниковой. М., 2002.

### УРОКИ ФИЗКУЛЬТУРЫ ОТБИВАЮТ ЛЮБОВЬ К СПОРТУ

Отвращение к спорту закладывается еще в детстве, считают исследователи из Университета Алмерии (Испания). А все потому, что учителя сравнивают между собой учеников и лишают их уверенности в том, что они вообще могут выполнять упражнения.

По мнению ученых, основные задачи занятий физкультурой — приучить детей к подвижному образу жизни и побудить их заниматься спортом в свободное время, а затем и на протяжении всей остальной жизни.

Если человеку удастся достичь определенных успехов во время физической деятельности, он получит удовольствие и захочет его повторить, считает руководитель исследования Д. Гонсалес-Кутре. Цель его исследования — анализ факторов, влияющих на «позитивную энергию» на уроках физической культуры. Речь идет об оптимальном психологическом состоянии, которое позволяет решать поставленные перед человеком задачи.

Исследователи провели письменное интервью с 779 учащимися школ обоих полов в возрасте от 12 до 16 лет, которых попросили рассказать об уроках физкультуры. Выяснилось, что для того, чтобы уроки физкультуры стали для детей приятными и интересными, учителям надо сосредоточить больше внимания на личных достижениях их учеников, а не на сравнении детей между собой.

Тот же метод годится и для занятий по инициативе родителей: любовь к движению ребенку не привить, если требовать от него достижения типичных для его возраста показателей. Ведь главное — не обязательное выполнение нормативов, а приобретенная привычка жить активно. Если относиться к спортивным способностям и успехам каждого ребенка индивидуально, тогда и поводов избегать физических упражнений станет значительно меньше.

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



## Ясли — это здорово!

**Дубенко Е.В.,**  
*воспитатель;*

**Котовская О.Н.,**  
*воспитатель МАДОУ «Синеглазка», г. Ноябрьск, ЯНАО*

Ранний возраст — период интенсивного физического и психического развития. Опыт этого периода во многом определяет взрослую жизнь человека. Первые годы жизни ребенка отличаются своей уникальностью и неповторимостью. По насыщенности овладения навыками и умениями, темпам развития ранний возраст не имеет себе подобных. В это время происходят становление всех органов и систем малыша, развитие его психики, складываются такие ключевые качества, как познавательная активность, доверие, уверенность в себе, доброжелательное отношение к людям, жизненная активность и многое другое. Однако эти качества не возникают автоматически, как результат физиологического созревания. Их становление требует воздействий со стороны взрослых, определенных форм общения и совместной деятельности с ребенком. Грамотно сформированная система воспитания и обучения детей раннего

возраста служит базой для развития потенциальных возможностей детей, обуславливающих их дальнейшее развитие.

В МАДОУ «Синеглазка» открыта группа раннего возраста «Акварелька» (на сегодняшний день — единственная в ЯНАО) для детей 1—1,5 лет. Ее открытие — поддержка для семей, в том числе льготных категорий. В группе 20 малышей (13 девочек и 7 мальчиков), с которыми работает квалифицированный педагогический и младший обслуживающий персонал.

В нашем детском саду создана модель организации развивающего обучения в группе «Акварелька», предполагающая свободную игровую деятельность малышей в специально подготовленной среде и непосредственно образовательную деятельность.

В группе раннего возраста создана естественная обстановка, гармоничная по цветовому и пространственному решению. Для оформления стен используются светлые пастельные тона,



Фото 1. Сенсорный куб

подобрана мебель естественных оттенков. Для активизации эстетических впечатлений используются различные «неожиданные» материалы, пособия: плакатная графика, художественные фотографии, предметы современного декоративного искусства.

У детей раннего возраста отмечается огромный интерес к движениям. Эту особенность учитывают при создании предметно-пространственной среды. Мы продумываем возможности ее динамического изменения в соответствии с запросами и потребностями малышей. В групповом помещении подобраны игрушки,

побуждающие детей к движениям: мячи разных размеров, обручи, велосипеды, каталки, грузовики, горки, сенсорные дорожки. Все окружающие предметы в группе «Акварелька» соразмерны росту малышей, их физиологическим возможностям.

Ведущая деятельность детей раннего возраста — предметная, поэтому большая часть игрового пространства насыщена дидактическими игрушками (пирамидки разных размеров, мозаика крупная и мелкая, стаканчики-вкладыши, лабиринты, сенсорный куб, матрешки, игровые сенсорные панели) (фото 1).

Пространственная организация предметной среды в группе раннего возраста рассчитана на возможность достаточно широких, хорошо просматриваемых переходов от опоры до опоры, что позволяет удовлетворять двигательную потребность малышей. С учетом особенностей детей раннего возраста в группе «Акварелька» оформлены мобильные центры: игровой («Игралочка»), двигательной активности («Непоседы»), сенсорный («Веселые пальчики»), книжный («Книжки-малышки»), театральный («В гостях у сказки»), уединения («Цветной дождик»), изобразительной деятельности («Неваляшки»), конструирования («Маленькие строители»), что обеспечивает активную предметную и игровую деятельность детей с разными материалами.

Большое внимание мы уделяем созданию благоприятного микроклимата в группе «Акварелька», что имеет большое значение для уравновешенности нервной системы каждого ребенка. В положительно эмоциональном состоянии ребенок хорошо спит, ест, играет, доброжелательно относится к окружающим, меньше подвержен заболеваниям, полноценно развивается, у него формируются уверенность, общительность, оптимизм. Положительное влия-

ние на эмоциональное состояние детей оказывают звуки природы, классическая музыка. Поэтому музыка сопровождает разные виды деятельности малышей.

Дети раннего возраста испытывают потребность в общении со взрослыми, поэтому, общаясь с малышами, мы налаживаем эмоциональный контакт, что обеспечивает эмоциональное положительное состояние малышей.

В процессе непосредственно образовательной деятельности с детьми с 1 года до 1,5 лет мы используем технологии развивающего обучения, в том числе здоровьесберегающие, такие, как игровые технологии, сухой бассейн (фото 2), музыка- и сказкотерапия, пальчиковые игры, дыхательная гимнастика, релаксация. Применение сухого бассейна способствует снижению уровня психоэмоционального напряжения наших малышей, регулированию мышечного тонуса. Музыкаотерапия служит средством коррекции нарушений в эмоциональной сфере, поведении, проблемах в общении, страхах. Малыши с удовольствием исполняют попевки и песенки в сочетании с движениями, слушают музыку. Все это создает чувство психологического комфорта и расслабления. Использование потешек, прибауток — своеобразный метод телесной тера-



Фото 2. Сухой бассейн

пии в раннем возрасте, что способствует налаживанию отношений с малышами, закреплению у них полезных привычек. Сказкотерапия способствует развитию речи, коррекции эмоциональных состояний, снятию тревожности, агрессивных проявлений у малыша, повышению самооценки.

Непосредственно образовательную деятельность в группе «Акварелька» мы часто строим на сюжете сказок. Дети активно выполняют пальчиковую и дыхательную гимнастику. Последняя способствует профилактике заболеваний дыхательных путей, выработке речевого выдоха,

укрепляет дыхательную мускулатуру, улучшает самочувствие ребенка, активизирует кислородный обмен во всех тканях организма, нормализует и оптимизирует работу организма в целом. Упражнения на релаксацию расслабляют малышей, положительно влияют на их здоровье.

Маленькие дети, в силу своих возрастных особенностей, словами не могут выразить свои переживания, поэтому мы используем песочную терапию (фото 3). Взаимодействие с песком повышает адаптивные возможности ребенка, он быстрее и менее болезненно адаптируется к детскому са-





*Фото 3. Игры с песком*

ду. И это естественно, ведь дети 1—1,5 лет особенно нуждаются в песочнице, поскольку в ней они «проигрывают» свои чувства и эмоции. Малыш, создавая песочные постройки, входит в диалог с окружающим миром, и мы получаем уникальную возможность увидеть мир его глазами и научиться взаимодействовать с ним.

Игра — жизненная необходимость ребенка раннего возраста, поэтому в образовательном процессе мы используем игровые технологии. С помощью игры поддерживаем естественный интерес малышей к предметному миру, окружающим взрослым и

сверстникам. Целенаправленно создаем игровые проблемные ситуации, позволяющие знакомить детей с предметами и их назначением, способами использования, с тем, как можно с их помощью позаботиться о себе и своем здоровье, хорошем самочувствии. Мы конструируем педагогическое воздействие в группе «Акварелька» путем создания дозированных по содержанию, объему, сложности, физическим и эмоциональным нагрузкам игровых заданий и проблемных ситуаций, что позволяет максимально реализовать личностный потенциал каждого ребенка, ос-

воить доступный его возрасту социальный опыт и сохранить его здоровье. В процессе непосредственно образовательной деятельности каждому малышу нужны сопереживание, содействие, поддержка, доброжелательные интонации, побуждение к действию, поощрение за успехи. При этом степень самостоятельности ребенка постоянно повышается, меняются характер и мера помощи взрослого.

С раннего возраста мы наполняем жизнь малышей интересными делами, включаем каждого ребенка в содержательную игровую деятельность, способствуем реализации его интересов и жизненной активности, ищем эффективные способы педагогического

воздействия, позволяющие поставить малыша в позицию активного субъекта детской деятельности.

## Литература

*Борисенко М.Г.* и др. Руководство для практических психологов и других специалистов, работающих с детьми раннего возраста. СПб., 2002.

*Венгер Л.А., Венгер Н.Б.* Воспитание сенсорной культуры ребенка от рождения до шести лет. М., 1988.

*Выготский Л.С.* Вопросы детской психологии. Собр. соч.: В 6 т. Т. 2. М., 1983.

*Губа Г.И.* Комплексные развивающие занятия для детей раннего возраста — от 1,5 до 3 лет. М., 2005.

*Павлова Л.Н.* Познание окружающего мира детьми третьего года жизни.. М., 2015.

## Роль народных игр в развитии дошкольников

**Малярчук Н.Н.,**

*д-р пед. наук, канд. мед. наук, профессор кафедры медико-биологических дисциплин и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет»;*

**Юркова А.С.,**

*музыкальный руководитель МАДОУ д/с № 50, г. Тюмень*

Приобщение ребенка с первых лет жизни к национальной культуре и общечеловеческим цен-

ностям формирует основы его самосознания и нравственности. Выраженные в любой националь-

ной культуре общечеловеческие традиции и нормы дети усваивают в национально-самобытной форме. В народе испокон веков вырабатывались свои нравственный уклад, духовная культура, живой опыт воспитания, что отразилось в народной педагогике. К.Д. Ушинский считал, что только народное воспитание служит живым органом в историческом процессе народного развития.

У русского народа существуют естественный многовековой фундамент народных традиций, особое отношение к своему здоровью, окружающим людям, природе, земледельческому труду, что отражается в народном творчестве, народных ремеслах, национальной одежде, в богатейшем устном народном фольклоре: считалках, стихах, потешках, прибаутках, народных играх [2—4]. Именно игры были непременным элементом народных обрядовых праздников.

Игра — школа воспитания. В ней свои «учебные предметы». Одни из них развивают у детей ловкость, меткость, быстроту и силу, другие учат премудростям жизни, добру и справедливости, чести и порядочности, любви и долгу.

А.П. Усова, К.Д. Ушинский и П.Ф. Лесгафт отмечали, что в народных играх ребенок знакомится с обычаями и традициями. Они считали подвижные игры

ценнейшим средством всестороннего воспитания личности ребенка, развития у него нравственных качеств: честности, правдивости, товарищества [2—4]. В.А. Сухомлинский отмечал, что для дошкольника «игра — это самое серьезное дело. В игре перед детьми раскрываются мир, творческие способности личности. Без игры нет и не может быть полноценного умственного развития. Игра — это огромное светлое окно, через которое в духовный мир ребенка вливается живительный поток представлений, понятий об окружающем мире. Игра — это искра, зажигающая огонек пытливости и любознательности...» [7].

К сожалению, народные игры сегодня почти исчезли из деятельности детей. Хотелось бы сделать их достоянием наших дней, так как они способствуют воспитанию сознательной дисциплины, воли, настойчивости в преодолении трудностей, приучают детей быть честными и правдивыми.

Неоценимое национальное богатство — календарные народные игры, вызывающие интерес не только как жанр устного народного творчества. В них заключена информация, дающая представление о повседневной жизни наших предков — их быте, труде, мировоззрении.

Многoletний опыт работы в детском саду свидетельствует,

что у дошкольников недостаточно сформированы нравственно-этические чувства, любовь к Родине, поэтому мы поставили цель — воспитание у дошкольников интереса и любви к русской национальной культуре, народному творчеству, обычаям и традициям. Определены следующие задачи:

- знакомить детей с народными праздниками и традициями, народными играми и другими видами фольклора (сказки, песенки, потешки, заклички, пословицы, поговорки, загадки, хороводы);
- создавать условия для самостоятельного отражения детьми в обыденной жизни полученных знаний и умений;
- вовлекать родителей в воспитательно-образовательный процесс через проведение русских народных подвижных игр, ознакомление с календарными праздниками, обычаями и традициями русского народа.

Свою деятельность мы выстраивали в соответствии с принципами: учета возрастных особенностей детей, доступности материала, постепенности его усложнения.

Основные условия успешного внедрения народных игр в жизнь детей — глубокое знание и свободное владение педагогом обширным игровым репертуаром, богатым и разнообразным

по своему содержанию. Педагог на доступном детям уровне знакомит воспитанников с народными играми, народным календарем, основами православной культуры, традициями, бытом, обычаями русского народа, крестьянским трудом. Он способствует развитию познавательных способностей у детей, формированию высокой нравственности, воспитывает любовь к Отечеству, уважение к предкам, интерес к самобытной русской культуре. «Дела давно минувших дней, преданья старины глубокой...» становятся ближе, понятнее ребенку.

Основные формы работы — занятия, которые проводятся как фронтально, так и индивидуально. Используются комплексные, сюжетные, тематические и другие виды занятий.

С целью приобщения детей к русской культуре, народному искусству в группе воссоздается определенный интерьер. В частности, организуется мини-музей народной старины «Русская горница», «Полочка народного декоративно-прикладного искусства». Составляется картотека русских народных, хороводных, мало-подвижных и подвижных игр. В уголках для родителей постоянно помещаются материалы по народному календарю, праздникам (Пасха, Рождество, Новый год, Масленица), русской кухне и др.



Наряду с занятиями одной из основных форм являются праздники: календарные, фольклорные, обрядовые, дни именин и т.д. [5; 6]. Активными участниками народных праздников («Осенние посиделки», «Масленица», «Зимние святки») выступают сами дети и их родители.

При разработке сценария народного праздника особое внимание уделяется подбору словесно-музыкальных, драматических, игровых и хореографических произведений обрядово-календарного фольклора. При этом соблюдаются основные требования к произведению: соответствие содержанию праздника, высокая художественность, занимательность и доступность для воспитанников.

Главный показатель успешности праздника — положительные эмоции детей. Эту атмосферу определяют естественность поведения детей, их заинтересованность, радостные эмоции, рождаемые действиями персонажей праздника. Чем больше на празднике сюрпризов, тем больше праздник соответствует главному назначению — радовать детей.

Насыщенность народного праздника творческими импровизациями, сюрпризными моментами стимулирует интерес детей, усиливает их впечатления и переживания, обогащает художественное и эстетическое вос-

приятие. А главное, обеспечивает естественное приобщение детей к национальным традициям, утверждает в их сознании фундаментальные, духовные и эстетические ценности.

Особое внимание уделяется укреплению связей с родителями. Совместное участие детей и родителей в творческих мероприятиях помогает объединить семью и наполнить ее досуг новым содержанием. Создание условий для совместной творческой деятельности, сочетание индивидуального и коллективного творчества педагога, детей, пап и мам способствуют единению всех субъектов воспитательно-образовательного процесса, что формирует положительное отношение друг к другу. Родители становятся активными участниками педагогического процесса: они принимают участие в проведении русских народных праздников, изготовлении экспонатов для мини-музея «Русская изба», украшении группы к праздникам Пасха, Рождество, Новый год, Масленица, участвуют в играх, активно обсуждают вопросы воспитания на родительских собраниях и семинарах.

*Результаты проведенной работы:*

— использование детьми в активной речи потешек, считалок, загадок;

- умение играть в русские народные подвижные игры;
- знание воспитанниками русских сказок и сказочных героев, умение узнавать их в произведениях изобразительного искусства;
- осмысленное и активное участие детей в русских народных праздниках (знают название праздника, поют песни, исполняют частушки, читают стихи);
- знание дошкольниками истории народного костюма, головных уборов;
- использование детьми атрибутов русской народной культуры в самостоятельной деятельности;
- бережное отношение детей к предметам быта, произведениям народного творчества.

Народные игры — неотъемлемая часть патриотического и физического воспитания детей. В них ярко отражается образ жизни людей, их быт, труд, национальный колорит обычаев, представления о чести, смелости, желании обладать силой, ловкостью и быстротой, умение проявлять смекалку, выдержку и волю. Радость движения легко и непринужденно сочетается с познавательным развитием. У дошкольников формируется устойчивое, заинтересованное, уважительное отношение к культуре России, создается эмоционально

положительная основа для развития патриотических чувств [1].

## Литература

1. *Барабаш Т.* и др. Мы — россияне! // Дошкольное воспитание. 2011. № 1.
2. Знакомство детей с русским народным творчеством: Конспекты занятий и сценарии календарно-обрядовых праздников: Метод. пособие для педагогов дошкольных образовательных учреждений / Авт.-сост. Л.С. Куприна и др. СПб., 2004.
3. *Князева О.Л., Маханева М.Д.* Приобщение детей к истокам русской народной культуры: Программа: Учеб.-метод. пособие. СПб., 2004.
4. *Литвинова М.Ф.* Русские народные подвижные игры для детей дошкольного и младшего школьного возраста: Практ. пособие. М., 2003.
5. *Николаева С.Р.* и др. Народный календарь — основа планирования работы с дошкольниками по государственному образовательному стандарту: План-программа. Конспекты занятий. Сценарии праздников: Метод. пособие для педагогов дошкольных образовательных учреждений. СПб., 2004.
6. *Пугачева Н.В.* Календарные обрядовые праздники для детей дошкольного возраста: Учеб. пособие / Авт. коллектив: Пугачева Н.В., Есаулова Н.А., Потапова Н.Н. М., 2005.
7. *Сухомлинский В.А.* Сердце отдаю детям. Киев, 1969.

## Психолого-педагогические условия эффективного взаимодействия педагога с детьми «группы риска»

**Бородина-Глебская Е.А.,**  
*старший преподаватель;*

**Яковенко Т.Д.,**  
*доцент кафедры психологии и педагогики ИЕСЭН НГПУ,  
зав. отделом здоровья и развития детей ГЦОиЗ «Магистр»,  
г. Новосибирск*

В последнее время появилось большое количество работ, посвященных проблеме оказания своевременной коррекционно-развивающей помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), детям-инвалидам [3—5]. Не оспаривая необходимости раннего выявления с помощью системы психолого-медико-педагогических комиссий (далее — ПМПК) детей с ОВЗ и разработки специальных образовательных условий для них, мы не должны забывать о том, что ребенок, которому ПМПК присваивает статус ребенка с ОВЗ, как правило, обладает выраженными нарушениями в развитии: сенсорными, моторными, интеллектуальными и т.д. Мы не отрицаем социальную и педагогическую востребованность целенаправленной работы

с детьми, имеющими очевидные нарушения в развитии, и считаем не менее важным говорить о своевременной адресной помощи детям, имеющим незначительные нарушения, относящимся к «группе риска». Отклонения в развитии таких детей следует рассматривать как отклонения в развитии, не выходящие за границу нормы, как «крайние варианты» нормы. Л.Я. Олиференко [6] выделяет пять категорий детей «группы риска»:

- дети с проблемами в развитии, не имеющие резко выраженной клинико-патологической характеристики;
- оставшиеся без попечения родителей;
- из неблагополучных, асоциальных семей;
- из семей, нуждающихся в социально-экономической и

- социально-психологической помощи и поддержке;
- с проявлениями психолого-педагогической и социальной дезадаптации.

В рамках данной статьи в фокусе нашего внимания будет первая категория детей по классификации Л.Я. Олиференко, т.е. дети с проблемами в развитии, не имеющие резко выраженной клинико-патологической характеристики. Эта категория дошкольников поступает, как правило, в общеразвивающие группы детского сада, а в последующем — в обычные школы, минуя ПМПК. У детей «группы риска», как показывают исследования многих ученых и наши собственные наблюдения, буквально с первых дней пребывания в ДОО возникают трудности, в первую очередь психологического характера. Имея, как правило, недостаточно развитые для своего возраста коммуникативные умения, эти дети трудно находят общий язык со сверстниками, часто становятся инициаторами или невольными участниками конфликтов, оказываются объектом для насмешек со стороны детей группы, нередко вызывают к себе их боязливо-настороженное отношение. Возможна и ситуация, когда ребенка, не умеющего себя предъявить другим детям, отличающегося

робостью, замкнутостью, повышенной тревожностью, вообще не замечают сверстники в группе. Для них его словно бы нет. Очевидно, что и первая, и вторая группы детей — «кандидаты» на роль отверженных в формирующемся детском сообществе. Неблагоприятное же положение в группе сверстников служит, как известно, одной из весомых причин не только неуспешности в познавательной деятельности ребенка, но и деформаций его личностного развития.

У детей, относимых нами к «группе риска», кроме коммуникативных, часто встречаются трудности, обусловленные некоторыми особенностями эмоциональной и регуляторно-волевой сфер. Склонность к аффектам (сильным, бурно протекающим эмоциональным реакциям) или, напротив, эмоциональная вялость, заторможенность эмоционального реагирования, несформированность экспрессивной (выразительной) функции эмоций ограничивают в целом возможности успешной социализации ребенка и в частности нахождения им своего особого места в группе детского сада. Недостаточно развитая способность регулировать свои состояния, поведение, неумение своевременно включиться в деятельность, предлагаемую вос-

питателем, и при необходимости быстро переключиться на другую деятельность, неумение довести начатое дело до конца, приложить волевые усилия для достижения поставленной педагогом задачи становятся препятствием на пути успешного освоения ребенком общеобразовательной программы ДОО и как следствие причиной возникновения устойчивого негативного отношения к детскому саду, познавательной деятельности.

У детей «группы риска» наблюдается локализованная дефицитарность (недостаточность) познавательных процессов, которая, как правило, связана с истощаемостью нервной системы. Особо ярко это начинает проявляться на этапе подготовки к школе. Например, ребенок «читает» слоги, но долго не может научиться читать слова, состоящие из 2—3 слогов, целиком, испытывает трудности в восприятии и понимании уже правильно прочитанного им слова; или же наблюдается ситуация, когда ребенок длительное время не может дифференцировать начертания похожих букв, что ведет к систематическим ошибкам в процессе чтения.

Воспитателю общеразвивающей группы зачастую не хватает времени или профессиональных умений для оказания своевре-

менной помощи таким детям. Вообще о трудностях, которые испытывают педагоги, работающие с детьми «группы риска», следует, на наш взгляд, сказать особо. Во-первых, самому воспитателю не просто понять особенности развития и причины возникающих трудностей у, казалось бы, обычного ребенка. Еще сложнее найти способы оказания ему педагогической помощи в условиях образовательного процесса, динамичного и многоаспектного своей по сути. Во-вторых, одновременное присутствие в группе нескольких детей «категории риска» создает практически на каждом занятии и в свободной деятельности особый «очаг напряжения», требует от педагога высокой концентрации внимания, воли, эмоциональной, интеллектуальной и коммуникативной гибкости, терпения, психологической устойчивости, глубинной установки на поиск эффективных методов и приемов организации познавательной деятельности детей, что зачастую приводит к преждевременному эмоциональному выгоранию.

Не менее сложные проблемы возникают и у родителей, воспитывающих детей «группы риска» [9]. Многие из них оказываются не вполне готовыми к трудностям своего ребенка. Ситуация неуспешности и нескладываю-

щихся отношений ребенка со сверстниками вызывает у родителей состояние растерянности, беспомощности, чувство вины и т.п. Многие родители испытывают разочарование в воспитателях, собственном ребенке, своей родительской состоятельности, что находит выражение чаще всего в раздражении, усталости, агрессии по отношению к детскому саду, педагогам и ребенку.

Из сказанного очевидно, что у детей «группы риска» складывается неблагоприятная социальная ситуация развития уже в период дошкольного детства, особенно явно это прослеживается на этапе перехода от уровня дошкольного образования к уровню начального общего образования. На наш взгляд, такие дети могли бы быть вполне успешными в познавательной деятельности, найти свое место в системе межличностных отношений в группе при оказании им необходимой поддержки и помощи. В идеале эта помощь нам видится как психолого-педагогическое сопровождение ребенка командой специалистов ДОО. В своем понимании технологии психолого-педагогического сопровождения (далее — ППС) мы опираемся на научную традицию, представленную в работах М.Р. Битяновой [1]. ППС — процесс проектирования и соз-

дания образовательной среды, способствующей максимально-му раскрытию возможностей и личностного потенциала ребенка. ППС предполагает опору на возрастные нормативы развития, основные новообразования возраста, учет логики собственного развития ребенка, приоритетности его потребностей, целей и ценностей [1]. Цель психолого-педагогического сопровождения — создание системы психологических условий для решения задач развития (образования) детей разных возрастов и с разными индивидуальными особенностями в конкретной образовательной ситуации. В процессе ППС решаются следующие задачи: систематическое отслеживание психолого-педагогического статуса ребенка, динамики его психического развития; оказание помощи; создание ситуаций для развития личности каждого ребенка.

Самый оптимальный вариант — раннее выявление детей «группы риска» в детском саду, создание и реализация командой специалистов, работающих в рамках психолого-педагогического консилиума ДОО, программы психолого-педагогического сопровождения таких детей, а на этапе выпуска их из дошкольного учреждения — сопровождающей ребенка развер-

нутой психолого-педагогической характеристики, содержащей конкретные рекомендации будущему учителю начальных классов и специалистам сопровождения. Это позволит обеспечить преемственность в психолого-педагогическом сопровождении ребенка в самый сложный — адаптационный — период и поможет педагогу сориентироваться в особенностях развития и поведения ребенка, максимально индивидуализировать подход к нему и тем самым снизить риск неудачи в обучении и различных деформаций в поведении. Однако в реальности (в условиях переполненных групп) дети с негрубыми нарушениями в поле зрения специалистов, как правило, не попадают. Чаще всего воспитатели остаются один на один с такими детьми. Так, в последнее время в общеразвивающих группах все чаще встречаются дети, имеющие негрубые расстройства аутистического спектра (РАС). Что отличает таких детей? На какие особенности внешнего вида, поведения и деятельности должен обратить внимание воспитатель?

Дети, имеющие негрубые нарушения аутистического спектра, часто выглядят болезненными, физически неразвитыми, скованными и неловкими. В контактах с другими, особенно

с незнакомыми взрослыми, чувствуют себя крайне неуверенно, производят впечатление чрезвычайно робких и застенчивых. Как правило, избегают контакта «глаза в глаза»; в незнакомых ситуациях, ситуациях неопределенности склонны к двигательным и (или) речевым стереотипным действиям. У данных детей специалисты, в частности В.В. Лебединский [3], отмечают огромное количество страхов. Как правило, сами дети о них не говорят. Однако при налаживании контакта выясняется, что многие обычные окружающие предметы и явления (определенные игрушки, бытовые предметы, шум воды, звук ветра и т.д.), а также некоторые люди вызывают у них постоянное чувство страха. Страхи, пережитые в прошлом, сохраняются длительно, иногда годами, и нередко становятся причиной поведения, воспринимаемого окружающими как нелепое [3; 5]. Воспитателю важно знать, что у этих детей чувство страха возникает при столкновении с чем-либо новым, например при изменении режима дня, в случае перестановки мебели, при появлении нового человека или даже новой яркой игрушки в группе.

Для таких детей характерна повышенная чувствительность к обычным сенсорным раздра-



жителям: тактильным, температурным, свету, звукам, поэтому окружающая среда, нормальная для здорового ребенка, для ребенка с РАС может быть источником эмоционального дискомфорта. Они могут иметь хорошие интеллектуальные возможности, как правило, демонстрируют относительную адекватность по отношению к предлагаемым заданиям. Однако их интеллектуальная деятельность отличается нарушением целенаправленности, «вялостью», несколько замедленным темпом. Ребенок с РАС испытывает трудности, связанные с концентрацией внимания; быстро пресыщается и утомляется. Но при наличии поддержки со стороны значимого взрослого (родителя, педагога) работоспособность ребенка возрастает, качество выполнения задания улучшается.

Особо отметим, что игры, интересы и фантазии детей с РАС, как правило, далеки от реальной ситуации. Часто они продолжительное время играют в одну и ту же игру с одними и теми же предметами, рисуют одни и те же рисунки. Даже в 3—5 лет ребенок с РАС может не владеть элементарными навыками самообслуживания и отличаться неопытностью.

Педагоги ДОО должны знать, что такие дети очень привязыва-

ются к специалистам, которые с ними занимаются, глубоко переживают прекращение контактов, даже страдают от разлуки с воспитателем или психологом, могут проявлять свою обиду специфическими способами, например при встрече явно обходят стороной или делают вид, что не заметили педагога.

Учитывая специфику поведения, общения и деятельности детей с негрубыми расстройствами аутистического спектра, мы предлагаем воспитателям придерживаться в своей деятельности некоторых правил. При этом следует помнить, что каждый ребенок неповторим, и предлагаемые нами рекомендации носят «рамочный» характер и должны варьироваться в зависимости от индивидуальности конкретного ребенка. Важно вести постоянное наблюдение за ребенком с РАС, чтобы увидеть не только некоторые дефициты, но и ресурсы его развития.

### **Психолого-педагогические рекомендации воспитателям по взаимодействию с детьми с негрубыми расстройствами аутистического спектра**

- Создайте в своей группе благоприятный психологический климат, атмосферу доверия, принятия, эмоциональной защищенности.



- Обеспечьте ребенку с РАС возможность уединения, развития своей деятельности на «своей» территории, в «своем» автономном пространстве.

- При организации интеллектуальной, продуктивной деятельности обязательно представляйте ребенку с РАС четкий, понятный, развернутый пооперационный (пошаговый) алгоритм выполнения действия и качественный образец результата этого действия (деятельности).

- Управляя развитием игровой деятельности — ведущей деятельности ребенка-дошкольника, старайтесь расширить репертуар его игровых действий через тактичное «присоединение» к нему, к его игре (к сюжету, который он выбрал сам, к его манипулятивным действиям и т.д.).

- Обязательно положительно оценивайте деятельность ребенка с РАС, помните, что оценка должна опираться на реальные положительные моменты в деятельности ребенка. Если ему не удастся достичь конечного желаемого результата, обязательно отметьте какие-либо отдельные действия как удачные, правильные. Содержательная оценка взрослого должна иметь очевидную для ребенка эмоциональную окрашенность и выражать личное позитивное отношение

воспитателя и к деятельности, и к личности самого ребенка.

- Позаботьтесь о некоторой ритуализации жизнедеятельности ребенка с РАС в группе: используйте определенные ритуалы приветствия, прощания, ритуалы вхождения в деятельность и ее завершения и т.д. Но при этом постепенно расширяйте и варьируйте репертуар ритуализированных действий, что будет полезно и для ребенка с РАС, и для других детей группы.

- Заранее готовьте ребенка с РАС к «сюрпризным моментам», которые широко используются в практике дошкольного воспитания. Покажите ему и вместе с ним рассмотрите новую игрушку, театральный костюм и т.п., все, что для здоровых детей будет новым и поэтому особенно интересным.

- Не стремитесь всякий раз втягивать аутичного ребенка в общий разговор, но обязательно предоставляйте ему возможность высказываться в ситуациях, когда он сам проявляет желание поделиться со сверстниками и педагогом своими знаниями из разных областей. Даже при дефиците времени в процессе непосредственно образовательной деятельности находите несколько минут персонально для ребенка с РАС: похвалите за интересную информацию, уместный

вопрос и быстро «переключите» при помощи привычной для ребенка фразы на другую деятельность.

- Поддерживая ребенка, сохраняйте дистанцию, которую он выбирает сам как комфортную для себя. Не стремитесь, если дошкольник в этом не нуждается, обнять его, погладить по голове, посадить вплотную рядом с собой, обязательно заглянуть ему в глаза и т.п.

- В ситуациях, когда ребенок с РАС проявляет реакцию страха, окажите ему поддержку: успокойте таким образом, чтобы он почувствовал в вас надежную защиту от опасности.

- Обращаясь к аутичному ребенку, старайтесь говорить спокойно, не слишком громко, доброжелательным тоном и с привычной для данного ребенка интонацией.

- В ситуациях, требующих от аутичного ребенка навыков самообслуживания, обязательно оказывайте ему дозированную помощь, постепенно расширяя пространство его самостоятельности. За проявления неловкости при приеме пищи, одевании или раздевании, посещении туалета не наказывайте ребенка, так как наказания только усугубят его трудности. Возьмите себе на заметку: дети с РАС, как правило, нуждаются в тактичном сопро-

вождении со стороны младшего воспитателя (помощника воспитателя) в туалет.

- Поскольку дети с РАС отличаются особой избирательностью в еде, рекомендуем не настаивать на том, чтобы они съедали «все, что положено».

- Обязательно поддерживайте постоянный контакт с семьей аутичного ребенка, интересуйтесь жизнью его в семье, обсуждайте с родителями свои планы, прислушивайтесь к их пожеланиям, оказывайте им психологическую поддержку и помощь в семейном воспитании.

Надеемся, что наши рекомендации будут полезны читателям журнала. Наш опыт свидетельствует о том, что соблюдение обозначенных нами условий, правил взаимодействия с детьми с РАС позволяет повысить эффективность помощи им и обеспечить их готовность к обучению в массовой школе.

## Литература

Битянова М.Р. Организация психологической работы в школе. М., 1997.

Бородина-Глебская Е.А. Организация психолого-педагогического консилиума в ДОУ как условие реализации индивидуального подхода к воспитанию и развитию ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Тео-

рия и практика социально-гуманитарного обеспечения инклюзивного образования: мат-лы Всероссийской науч. школы с международным участием / Под ред. А.Г. Ряписовой. Новосибирск, 2012.

*Лебединский В.В.* Нарушения психического развития в детском возрасте. М., 2003.

*Мишина Г.А., Моргачева Е.Н.* Коррекционная и специальная педагогика. М., 2007.

Обучение детей с расстройствами аутистического спектра: Метод. рекомендации для педагогов и специалистов сопровождения основной школы / Отв. ред. С.В. АLEXИНА / Под ред. Н.Я. Семаго. М., 2012.

*Олиференко Л.Я.* и др. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска: Учеб. пособие для

студ. высш. пед. учеб. заведений. М., 2002.

Практическая психология образования: Учеб. пособие для вузов / Под ред. И.В. Дубровиной. М., 2003.

Создание и апробация модели психолого-педагогического сопровождения инклюзивной практики: Метод. пособие / Под ред. С.В. АЛЕХИНОЙ, М.М. Семаго. М., 2012.

*Яковенко Т.Д.* Психологическое консультирование семей, воспитывающих детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья // Теория и практика социально-гуманитарного обеспечения инклюзивного образования: мат-лы Всероссийской науч. школы с международным участием / Под ред. А.Г. Ряписовой. Новосибирск, 2012.

## Издательство «ТЦ Сфера» представляет



### РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА

Автор — Семаго М.М.

Рабочий журнал является основной рабочей документацией педагога-психолога образовательного учреждения. Он позволяет как структурировать деятельность психолога, так и оценить непосредственную нагрузку, получить объемные показатели выполнения различных видов работ этим специалистом. Рабочий журнал охватывает основные виды деятельности психолога образования и рассчитан на использование во всех видах и типах образовательных учреждений, включая школы-интернаты и учреждения для детей, лишенных попечительства родителей.



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

**Тел.:** (495) 656-75-05, 656-73-00

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

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

## В гости к витаминкам

### Занятие в старшей группе с использованием ИКТ

**Рындина М.Н.,**

*воспитатель МБДОУ д/с комбинированного вида № 14,  
г. Крымск, Краснодарского края*

*Цель:* формирование заботливо-го отношения к своему здоровью.

*Задачи:*

- закреплять знания детей о пользе овощей и фруктов в жизни человека, о наличии витаминов в овощах, фруктах и продуктах питания;
- систематизировать знания о полезной пище.

*Предварительная работа:* экскурсия на огород, беседы о природных витаминах, рассматривание иллюстраций, чтение стихов, отгадывание загадок об овощах, фруктах, витаминах.

*Оборудование:* зонтик, дидактическая игра «Пирамида здоровья», корзинки с фруктами и овощами, картинки, мультимедийное оборудование, коробочка с заданием.

\* \* \*

**Воспитатель.** Ребята, сейчас я загадаю вам загадку, а вы попробуйте отгадать.

Мы, ребята, всем нужны,  
Все полезны и важны,  
Все мы дружная семья,  
витаминная страна.

Сегодня мы отправимся в удивительное путешествие, в необычный город Витаминки. На чем можно отправиться в путешествие?

Дети отвечают.

А поможет нам этот зонтик — он не простой, а волшебный. Нужно только сказать волшебные слова. А вы их знаете?

Дети отвечают.

Ой, ребята, кто-то к нам сюда идет и плачет.

Появляется Нехочуха.

Нехочуха

Не хочу я есть салат,  
Дайте лучше мармелад!  
Не хочу я винегрет,  
Дайте булок и конфет!

**Воспитатель.** Ай, яй, яй! Посмотрите на нее. Да это Нехочуха. Ребята, разве булки и конфеты — полезная еда?

**Дети.** Нет.

**Воспитатель.** А какая пища полезная?

**Дети.** Овощи и фрукты.

Воспитатель. А как вы думаете, почему такая еда полезна?

Дети отвечают.

Нехочуха, мы с ребятами отправляемся в путешествие и тебя с собой возьмем. Я раскрываю зонтик.

Дети. Зонтик, зонтик, раз, два три — путешествие начни!

Воспитатель. Вот станция «Витаминки». Ребята, куда это мы попали? Посмотрите — коробочка. Что же это может быть?

На экране появляется Капитошка.

Капитошка. Это коробочка с заданием, отгадайте загадки, и у вас будет интересная встреча.

Я в морковке и томате,  
В тыкве, персике, салате.  
(Витамин А.)

В рыбе я живу и в хлебе,  
Сыре, мясе и кефире.  
(Витамин В.)

Землянику ты сорвешь —  
В ягоде меня найдешь.  
(Витамин С.)

Ребята, о чем речь идет?

Дети отвечают.

Как вы думаете, человеку нужны витамины?

Дети. Да.

Воспитатель. А что будет, если не есть полезную пищу?

Дети отвечают.

На экране появляются витамины, держащие в руках корзинки с фруктами и овощами.

Витамин А. Друзья, перед вами витамин А — зеленый лук, петрушка, репка, сладкий перец и морковь, помидор и абрикос. Чтобы вы здоровы были. Вот какой я полезный. Эти овощи и фрукты — все мои друзья.

Витамин В. Жуй капусту, огурец, сильным будешь, молодец! Нервы будут крепкими, волосы красивыми, голос сильным! С витамином В нужно дружить!

Витамин С. Потихе, друзья, витаминней всех я. Лимоны, апельсины, капуста, помидоры, картофель и укроп прогонят все микробы, возьмут их в оборот. Работа витамина С важна, для всего организма нужна.

Витамин Е. А я организм от вредных веществ очищаю, кровь кислородом обогащаю. Ешьте сладкий перец, петрушку, орехи и салат. Витамин Е всегда друзьям рад.

Фолиевая кислота. Я кислота не простая, я кислота фолиевая, я стимул для жизни, движение тела. Ешьте меня смело. Сладкий перец, яблоки, лимон, сливы, виноград. Всем здоровья без преград.

Воспитатель. Да, каждый витамин важен. Конечно, не стоит отказываться от сладкого, но

нужно употреблять разнообразную пищу, чтобы быть здоровыми, крепкими и быстро расти. Ну а нам пора возвращаться. Ребята, а как мы назад вернемся? Я открываю зонтик.

Д е т и. Зонтик, зонтик, раз, два, три, ты обратно нас верни.

В о с п и т а т е л ь. А сейчас давайте поиграем вместе с Нехочухой в игру «Пирамида здоровья».

Дети из картинок с изображением полезных продуктов выстраивают пирамиду здоровья и человека.

Молодцы, ребята!

Н е х о ч у х а. Спасибо вам, ребята. Я теперь понял, что овощи и фрукты не только вкусны, но и полезны.

Дети вручают Нехочухе корзину с фруктами и овощами.

В о с п и т а т е л ь. Ребята, что нового вы узнали? С какими трудностями столкнулись? А что интересного и полезного для себя почерпнули?

Дети отвечают.

Впервые для возмещения витаминно-белковой недостаточности и сбалансированности минерального состава организма детей, подростков и беременных женщин предложено применение натуральных концентрированных продуктов, полученных криогенным методом из растительного и белково-растительного сырья.

Изучена роль адекватного питания в сохранении здоровья, в предупреждении формирования донозологических и патологических состояний в период роста и развития детей и подростков, а также эффективность включения в рацион питания криогенных продуктов из растительного или белково-растительного сырья с повышенным содержанием биологически активных веществ. Внедрение в практику разработанных методов профилактики витаминно-белковой и минеральной недостаточности позволит повысить эффективность профилактических мероприятий, направленных на сохранение и улучшение здоровья детей, подростков и беременных женщин.

*Из Государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2014 году»*

**Постановление Главного государственного  
санитарного врача Российской Федерации  
от 28.09.2015 № 60**

## **«Об усилении мероприятий, направленных на профилактику эпидемического сыпного тифа и педикулеза в Российской Федерации»**

Я, Главный государственный санитарный врач Российской Федерации А.Ю. Попова, проанализировав эпидемиологическую ситуацию по педикулезу и эффективность проводимых организационных и профилактических мероприятий, установила, что педикулез остается одним из самых распространенных из паразитарных заболеваний.

На протяжении последних десяти лет на территории Российской Федерации отмечаются высокие уровни пораженности населения педикулезом, которые не имеют тенденции к снижению.

Ежегодно в Российской Федерации регистрируются до 300 тысяч случаев педикулеза, из которых более 75% выявляется в санитарных пропускниках, 15% — при госпитализации больных в медицинские организации, 7% — в общеобразовательных организациях, 1% — в дошкольных организациях, 2% — в детских домах, домах инвалидов.

В Российской Федерации пораженность головным педикулезом среди учащихся общеобразовательных организаций в среднем по стране составила 0,1%, среди воспитанников дошкольных организаций — 0,03%, среди отдыхающих в оздоровительных учреждениях — 0,1%, среди проживаю-

**Актуально!**



ших в детских домах — 0,08%, в домах инвалидов — 0,01%.

В 2014 году в Российской Федерации зарегистрировано 277 983 случая педикулеза, показатель заболеваемости составил 190,59 на 100 тысяч населения, что на 5,8% выше, чем в 2013 году.

Рост заболеваемости педикулезом по совокупному населению от 2,6% до 499,7% зарегистрирован в 22 субъектах Российской Федерации: Амурской (49,7%), Архангельской (11,6%), Волгоградской (34,5%), Курской (22,7%), Магаданской (27,3%), Московской (13,2%), Вологодской (6,6%), Курганской (4,4%), Нижегородской (15,5%), Новгородской (34,1%), Ростовской (2,6%) областях, Карачаево-Черкесской Республике (499,7%), республиках Адыгея (13,8%), Татарстан (8,1%), Бурятия (36,4%), Хакасия (5,0%), Саха (Якутия) (92,8%), Ингушетия (5,8%), Камчатском крае (55,9%), Чукотском автономном округе (15,4%), городах Москве (11,6%) и Санкт-Петербурге (3,9%). На долю городских жителей пришлось 94% (241 294 случая) заболеваний.

В 2014 году отмечен рост заболеваемости педикулезом и среди детского населения на 2,7%. Всего заболело 56 115 детей до 17 лет (показатель 203,6 на 100 тысяч населения).

Педикулез зарегистрирован среди детей во всех возрастных группах. Максимальная заболеваемость приходится на возраст от 3 до 6 лет (8982 случая, показатель 135,9 на 100 тысяч населения).

Наиболее высокие уровни заболеваемости педикулезом имеют место в городах Москве (1616,1 на 100 тысяч населения) и Санкт-Петербурге (248,2 на 100 тысяч населения), что связано прежде всего с наличием большого числа мигрантов, лиц без определенного места жительства, среди которых отмечается высокий уровень пораженности педикулезом, в том числе платяным.

Ежегодно в Российской Федерации подвергаются осмотру свыше 500 тысяч лиц без определенного места жительства, при этом выявляется более 7 тысяч человек, зараженных головными вшами и более 170 тысяч платяными.

Вместе с тем в 2014 году не проводились осмотры на педикулез лиц без определенного места жительства в 28 субъектах Российской Федерации: в Забайкальском, Камчатском краях, Ханты-Мансийском, Ненецком, Ямало-Ненецком, Чукотском автономных округах, республиках Алтай, Дагестан, Калмыкия, Ингушетия, Северная Осетия —



Алания, Кабардино-Балкарской, Карачаево-Черкесской, Чеченской, Удмуртской, Еврейской автономной области, Брянской, Белгородской, Воронежской, Костромской, Ленинградской, Московской, Мурманской, Рязанской, Смоленской, Тверской, Тульской, Ульяновской областях.

В связи с высоким уровнем пораженности платяным педикулезом лиц без определенного места жительства в Российской Федерации сохраняются реальные предпосылки для ухудшения эпидемиологической обстановки по заболеваемости эпидемическим сыпным тифом, случаи которого не регистрировались с 1998 года.

Несмотря на отсутствие регистрации случаев заболевания эпидемическим сыпным тифом, регистрировались случаи болезни Брилля (рецидивной формы эпидемического сыпного тифа) в Тульской, Кемеровской, Липецкой, Самарской, Нижегородской, Воронежской областях, Хабаровском крае и городе Москве.

По данным Росстата, в регионах функционирует 5841 санитарный пропускник, в том числе 85% (4993) — в лечебно-профилактических организациях и 13% (697) — в других организациях.

Несмотря на повсеместную проблему педикулеза среди лиц без определенного места жи-

тельства, вопрос о финансировании обработки вышеуказанного контингента за счет средств бюджетов бюджетной системы решен только в ряде субъектов Российской Федерации, в том числе городах Москве и Санкт-Петербурге.

В субъектах Российской Федерации медленно решаются вопросы обеспечения дезкамерными блоками медицинских организаций, оснащенность которыми составляет 82%. Только в 4 субъектах Российской Федерации: Еврейской автономной области, Республике Алтай, Липецкой и Сахалинской областях все медицинские организации оснащены дезкамерными блоками.

В 31 субъекте Российской Федерации показатель обеспечения дезкамерными блоками медицинских организаций ниже среднероссийского: Забайкальском (62%), Камчатском (72%), Приморском (77%), Ставропольском (70%), Хабаровском краях (69%), Ненецком (30%), Ямало-Ненецком (55%), Ханты-Мансийском (76%), Чукотском автономных округах (67%), Карачаево-Черкесской (48%), Чеченской республиках (40%), республиках Адыгея (77%), Дагестан (72%), Ингушетия (50%), Калмыкия (70%), Коми (77%), Тыва (52%), Саха (Якутия) (77%), Владимирской (77%), Волгоградской

(72%), Воронежской (77%), Иркутской (74%), Костромской (79%), Курской (73%), Мурманской (70%), Пензенской (76%), Псковской (77%), Ростовской (72%), Свердловской областях (77%), городах Москве (69%) и Санкт-Петербурге (76%).

В 4 субъектах Российской Федерации: республиках Дагестан, Тыва, Карачаево-Черкесской Республике, Чукотском автономном округе более 30% дезкамерных блоков медицинских организаций непригодны к работе.

В медицинских организациях выявлены нарушения: при обращении в медицинские организации не все пациенты осматриваются на педикулез, осуществляется допуск детей после перенесенного педикулеза в детские организации без контрольного осмотра, несвоевременно передаются экстренные извещения, не организован полный учет длительно лихорадящих больных и их обследование на сыпной тиф, отмечаются нарушения режима работы дезинфекционных камер при проведении обработок в очагах педикулеза.

Таким образом, на территории Российской Федерации сохраняются реальные предпосылки ухудшения эпидемической обстановки по сыпному тифу, что обусловлено высоким уровнем пораженности населения педи-

кулезом, в том числе платяным, и недостаточной эффективностью проводимых профилактических мероприятий.

В целях обеспечения эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации в соответствии со ст. 51 Федерального закона от 30 марта 1999 года № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2002, № 1 (ч. 1), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; № 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; № 52 (ч. 1), ст. 5498; 2007, № 1 (ч. 1), ст. 21, №1 (ч. 1), ст. 29; № 27, ст. 3213; № 46, ст. 5554; № 49, ст. 6070; 2008, № 24, ст. 2801, № 29 (ч. 1), ст. 3418; № 30 (ч. II), ст. 3616; № 44, ст. 4984; № 52 (ч. 1), ст. 6223; 2009, № 1, ст. 17; 2010, № 40, ст. 4969; 2011, № 1, ст. 6, № 30 (ч. 1), ст. 4563, ст. 4590, ст. 4591, ст. 4596, № 50, ст. 7359; 2012, № 24, ст. 3069, № 26, ст. 3446; 2013, № 27, ст. 3477, № 30 (ч. 1), ст. 4079, № 48, ст. 6165; 2014, № 26 (ч. 1), ст. 3366, ст. 3377; 2015, № 1 (ч. 1), ст. 11; № 27, ст. 3951; № 29 (ч. 1), ст. 4339; № 29 (ч. 1), ст. 4359) и в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами и нормами СанПиН 3.2.3215-14 «Профилактика паразитарных

болезней на территории Российской Федерации» (утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 августа 2014 года № 50, зарегистрированными в Минюсте России 12 октября 2014 года, регистрационный № 34659), **постановляю:**

1. Высшим должностным лицам субъектов Российской Федерации (руководителям высшего исполнительного органа государственной власти субъектов Российской Федерации) рекомендовать:

1.1. Рассмотреть на заседаниях санитарно-противоэпидемической комиссии вопрос об усилении мер по профилактике сыпного тифа и эффективности проводимых мероприятий по предупреждению педикулеза.

1.2. Предусмотреть выделение финансовых средств на реализацию комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий по профилактике сыпного тифа и педикулеза, в том числе на оборудование дезинфекционными камерами санитарных пропускников, предназначенных для санитарной обработки лиц без определенного места жительства.

1.3. Рассмотреть вопрос об организации санитарной обработки лиц, занимающихся бро-

дажничеством, с проведением камерной дезинфекции вещей.

2. Руководителям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья рекомендовать:

2.1. Обеспечить медицинские организации иммунобиологическими препаратами для диагностики сыпного тифа в целях проведения обязательного лабораторного обследования на сыпной тиф больных с повышенной температурой пять и более дней, лиц, обратившихся за медицинской помощью, пораженных платяным и смешанным педикулезом.

2.2. Организовать своевременное и эффективное проведение плановых осмотров на педикулез населения в учреждениях социального обеспечения, детей в дошкольных и общеобразовательных организациях, в оздоровительных организациях, а также перед заездом детей в оздоровительные организации и при формировании организованных групп детей для оздоровления за пределами субъекта.

2.3. Обеспечить качественное проведение осмотра на педикулез в медицинских организациях, акцентируя внимание на проведение осмотров в амбулаторно-поликлинической сети.

2.4. Обеспечить санитарные пропускники средствами для дезинсекции помещений и про-

тивопедикулезными средствами, проведение санитарной обработки лиц, пораженных педикулезом, с камерной обработкой нательного белья.

2.5. Обеспечить своевременную передачу заявок специализированным организациям на проведение мероприятий по заключительной дезинфекции в очагах платяного педикулеза, группового (5 и более случаев) головного педикулеза в организованных коллективах, сыпного тифа, болезни Брилля. В домашних очагах (благоустроенных квартирах, домах) головного педикулеза возможно проведение дезинсекционных мероприятий силами самих граждан с использованием разрешенных в быту педикулицидных средств, с обязательным инструктажем и последующим контролем со стороны медицинской организации.

3. Руководителям управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, по железнодорожному транспорту:

3.1. Обеспечить контроль:

3.1.1. За реализацией мероприятий по предупреждению педикулеза в соответствии с требованиями санитарных правил 3.2.3215-14 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации».

3.1.2. За организацией и проведением санитарно-противо-

эпидемических мероприятий по сыпному тифу и педикулезу в лечебно-профилактических, детских общеобразовательных организациях, а также перед отправкой детей в детские оздоровительные организации.

3.1.3. За своевременностью и эффективностью плановых осмотров на педикулез в организованных коллективах.

3.1.4. За оснащенностью дезинфекционным оборудованием, обеспеченностью средствами для дезинсекции и педикулицидами лечебно-профилактических организаций, приемников-распределителей, учреждений социального обеспечения.

3.1.5. За дезинфекционными мероприятиями в очагах педикулеза.

3.2. Обеспечить своевременное проведение эпидемиологического расследования каждого случая выявления платяного или группового головного педикулеза (5 и более случаев) в организованных коллективах.

3.3. Представлять в Роспотребнадзор карты эпидемиологического расследования на каждый случай сыпного тифа и болезни Брилля.

4. Руководителям управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации совместно с руководителями органов исполнительной власти субъектов

Российской Федерации в сфере охраны здоровья:

4.1. Провести анализ эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий, осуществляемых в субъектах Российской Федерации по предупреждению эпидемического сыпного тифа и педикулеза.

4.2. Подготовить и направить руководителям высшего исполнительного органа государственной власти предложения для рассмотрения на заседании санитарно-противоэпидемической комиссии вопроса о состоянии заболеваемости населения педикулезом и эффективности проводимых профилактических мероприятий.

4.3. Организовать подготовку медицинских работников лечебно-профилактических органи-

заций по вопросам эпидемиологии, клиники, диагностики, лечения, профилактики сыпного тифа, болезни Брилла.

4.4. Принять меры по активизации разъяснительной работы с населением о профилактике педикулеза с использованием средств массовой информации.

5. Директору ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора (Н.В. Шестопалову) осуществлять консультативную, методическую помощь по вопросам борьбы с педикулезом.

6. Контроль за выполнением настоящего постановления возложить на заместителя руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека И.В. Брагину.

**А. Попова**

## Издательство «ТЦ Сфера» представляет



### **САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРАВИЛА И НОРМАТИВЫ ДЛЯ ДОО (СанПиН 2.4.1.3049-13, 2.4.1.3147-13)**

В брошюре представлены новые санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных образовательных организациях (СанПиН 2.4.1.3049-13) в редакции от августа 2015 г. и санитарно-эпидемиологические требования к дошкольным группам, размещенным в жилых помещениях жилищного фонда (СанПиН 2.4.1.3147-13). Для руководителей дошкольных образовательных организаций, методистов, работников управления.

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

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

**Постановление Главного государственного  
санитарного врача Российской Федерации  
от 22 августа 2014 г. № 50**

## **«Об утверждении СанПиН 3.2.3215-14 “Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации”» (извлечение)\***

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2002, № 1 (ч. 1), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; № 27 (ч. 1), ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; № 52 (ч. 1), ст. 5498; 2007 № 1 (ч. 1), ст. 21, ст. 29; № 27, ст. 3213; № 46, ст. 5554; № 49, ст. 6070; 2008, № 24, ст. 2801; № 29 (ч. 1), ст. 3418; № 30 (ч. 2), ст. 3616; № 44, ст. 4984; № 52 (ч. 1), ст. 6223; 2009, № 1, ст. 17; 2010, № 40 ст. 4969; 2011, № 1, ст. 6; № 30 (ч. 1), ст. 4563, ст. 4590, ст. 4591, ст. 4596; № 50,

ст. 7359; 2012, № 24, ст. 3069; № 26, ст. 3446; 2013, № 27, ст. 3477; № 30 (ч. 1), ст. 4079; № 48, ст. 6165; 2014, № 26 (ч. 1), ст. 3366, ст. 3377 и постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295; 2004, № 8, ст. 663; № 47, ст. 4666; 2005, № 39, ст. 3953) постановляю:

1. Утвердить санитарно-эпидемиологические правила и

\* Полный текст документа опубликован по адресу: [www.rg.ru/2014/12/30/rosпотреb-dok.html](http://www.rg.ru/2014/12/30/rosпотреb-dok.html)

нормативы СанПиН 3.2.3215-14 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации» (приложение).

2. Признать утратившим силу постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 30 мая 2003 года № 105 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 3.2.1333-03» (Санитарные правила «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации»), зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 9 июня 2003 года, регистрационный № 4662).

**А. Попова**

## **Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 3.2.3215-14**

### **I. Область применения**

1.1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее — санитарные правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.2. Санитарные правила устанавливают требования к комплексу организационных, санитарно-противоэпидемических (профилактических) меро-

приятий, проведение которых направлено на предупреждение возникновения и распространения паразитарных заболеваний.

1.3. Соблюдение санитарно-эпидемиологических правил является обязательным на всей территории Российской Федерации для государственных органов, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, муниципальных образований, должностных лиц государственных органов, должностных лиц органов государственной власти субъектов Российской Федерации, должностных лиц органов местного самоуправления, граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц.

1.4. Контроль за выполнением настоящих санитарных правил проводится органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в соответствии с законодательством Российской Федерации.

### **II. Общие положения**

2.1. В целях предупреждения возникновения и распространения паразитарных болезней должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации санитарно-противо-



эпидемические (профилактические) мероприятия, в том числе мероприятия по осуществлению производственного контроля, по проведению медицинских осмотров, гигиеническому воспитанию и обучению населения.

2.2. Санитарная охрана территории Российской Федерации по предупреждению завоза паразитарных болезней из других стран осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

### **III. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора**

3.1. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора (далее — эпидемиологический надзор) за паразитарными болезнями включают непрерывное наблюдение должностными лицами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор за эпидемическим процессом с целью оценки ситуации в популяции людей и в объектах окружающей среды, разработку и корректировку санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, обеспечивающих предупреждение возникновения, распространения паразитарных

болезней среди населения и формирование эпидемических очагов с групповой заболеваемостью.

3.2. Мероприятия эпидемиологического надзора за паразитарными болезнями включают:

- постоянную оценку масштабов, характера распространённости и социально-экономической значимости паразитарных болезней;
- выявление тенденций эпидемического процесса;
- выявление регионов, областей, населённых пунктов с высоким уровнем заболеваемости и риском заражения;
- выявление причин и условий, определяющих уровень и структуру заболеваемости паразитарными болезнями на территории; контроль и обоснованную оценку масштабов их распространённости;
- оценку качества и эффективности осуществляемых профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- планирование последовательности мероприятий и сроков их реализации;
- разработку прогнозов эпидемиологической ситуации.

3.3. Основным инструментом эпидемиологического надзора является эпидемиологическая диагностика.

Эпидемиологическая диагностика осуществляется с по-

мощью ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа заболеваемости.

3.4. Многолетний ретроспективный эпидемиологический анализ проводится не менее чем за последние 5 лет и предусматривает:

- анализ многолетней динамики заболеваемости (пораженности);
- анализ заболеваемости по территориям;
- анализ заболеваемости по возрастным группам, полу, контингентам населения;
- анализ эпидемических очагов паразитарных болезней по конкретным нозологическим формам;
- анализ по факторам риска с учетом источников и факторов передачи паразитоза;
- анализ лабораторной диагностики паразитозов;
- выводы и предложения по разработке профилактических мероприятий.

Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости паразитозами должен проводиться ежегодно.

3.5. Оперативный эпидемиологический анализ проводится в условиях эпидемического подъема заболеваемости или регистрации эпидемических очагов групповой заболеваемости. Эпидемиологический анализ включает

постоянное наблюдение за динамикой заболеваемости с учетом определенного этиологического агента, оценку санитарно-эпидемиологической ситуации, формулирование предварительного и окончательного эпидемиологического диагноза с установлением причин и условий подъема заболеваемости или формирования эпидемического очага.

3.6. По эпидемическим показаниям (внепланово) должностными лицами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, принимается решение о кратности и объеме лабораторных исследований почвы, сточных вод и их осадков, вод поверхностных водоемов, которые используются для целей рекреации и в качестве источников хозяйственно-питьевого водоснабжения, вод плавательных бассейнов, питьевой воды на различных этапах водоподготовки.

#### **IV. Выявление, регистрация и учет паразитарных болезней**

4.1. Выявление больных и лиц с подозрением на паразитозы осуществляется медицинскими организациями при всех видах оказания медицинской помощи.

Обследованию на гельминтозы и кишечные протозоозы подлежат: дети, посещающие детские дошкольные образовательные

организации; персонал детских дошкольных образовательных организаций; школьники младших классов, дети, подростки, декретированные и приравненные к ним группы населения при диспансеризации и профилактических осмотрах; дети, подростки по эпидемическим показаниям; дети и подростки, оформляющиеся в детские дошкольные и другие образовательные организации, приюты, дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, на санаторно-курортное лечение, в оздоровительные организации, в детские отделения больниц; дети всех возрастов детских организаций закрытого типа и круглогодичного пребывания, больные детских и взрослых поликлиник и больниц, лица, общавшиеся с больными.

4.2. Отбор биологических проб для исследования на паразитозы проводится медицинскими работниками медицинских организаций, образовательных и иных организаций.

4.3. Доставка биологического материала в лабораторию производится в герметичных контейнерах, обеспечивающих его сохранность и безопасность транспортировки.

4.4. Лабораторные исследования на выявление возбудителей паразитозов осуществляют организации и индивидуальные предприниматели, имеющие

лицензию на выполнение работ с микроорганизмами III—IV групп патогенности.

4.5. Организация и проведение плановых обследований детей, посещающих дошкольные, школьные образовательные организации и другие детские организации, обеспечивается руководителями таких организаций.

4.6. В целях ежегодного планового обследования детей на паразитозы руководителями образовательных организаций совместно с медицинскими организациями (государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения) разрабатывается график отбора и доставки проб биологического материала на исследование.

4.7. О каждом случае паразитозов медицинские работники медицинских организаций (государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения) в течение 12 часов направляют экстренное извещение в территориальный орган федерального органа исполнительной власти, уполномоченного осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.8. При выявлении лиц, пораженных паразитозами, должностными лицами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный

санитарно-эпидемиологический надзор, проводится эпидемиологическое расследование с заполнением карты эпидемиологического расследования случая паразитарного заболевания.

4.9. В случае изменения или уточнения диагноза медицинские работники медицинских организаций сообщают по телефону, а затем в течение 12 часов направляют экстренное извещение в письменной форме об изменении или уточнении диагноза в территориальный орган федерального органа исполнительной власти, уполномоченного осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

4.10. Каждый случай паразитарных заболеваний подлежит регистрации и учету в журнале учета инфекционных заболеваний по месту их выявления.

4.11. Инвазированные подлежат лечению в амбулаторных или стационарных условиях на основании их информированного добровольного согласия и с учетом права на отказ от медицинского вмешательства.

4.12. В целях активного выявления и предупреждения распространения паразитарных болезней проводятся плановые профилактические обследования должностных лиц и работников организаций, деятельность ко-

торых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения (далее — декретированные группы населения).

4.13. При угрозе возникновения и распространения паразитарных заболеваний должностные лица, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, выдают гражданам и юридическим лицам предписания о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических мероприятий, в том числе в рамках лабораторного обследования и медицинского наблюдения и выполнения работ по дезинфекции, дезинвазии, дезинсекции и дератизации.

4.14. Организация и проведение плановых и по эпидемическим показаниям обследований декретированных групп населения на наличие паразитарных болезней обеспечивается руководителями организаций и индивидуальными предпринимателями по месту их работы.

4.15. Все выявленные инвазированные лица обеспечиваются диспансерным наблюдением в соответствующих медицинских организациях.

4.16. На каждого инвазированного заполняется форма диспансерного наблюдения.

4.17. Снятие с диспансерного учета осуществляется после проведения лечения и получения отрицательных результатов лабораторного исследования биологического материала.

4.18. Ответственность за полноту, достоверность и своевременность регистрации и учета случаев паразитозов, а также оперативное и полное информирование о них несет руководитель медицинской организации по месту выявления больного <...>.

## **Х. Мероприятия по профилактике аскаридоза, трихоцефалеза, токсокароза**

10.1. Очаги аскаридоза, трихоцефалеза различаются по степени их экстенсивности, определяемой

уровнем пораженности населения и числом микроочагов.

10.2. На территории Российской Федерации выделяются несколько типов очагов аскаридоза и трихоцефалеза (табл. 6).

10.3. Руководители организаций, занимающихся выращиванием и реализацией овощей, фруктов, зелени и продуктов их переработки, обеспечивают безопасность выпускаемой продукции по санитарно-паразитологическим показателям.

10.4. Противоэпидемические мероприятия по профилактике аскаридоза и трихоцефалеза включают:

- выявление источников инвазии и установление микроочагов;
- эпидемиологическое обследование очага при выявлении геогельминтозов;

*Таблица 6*

### **Типы очагов аскаридоза и трихоцефалеза на территории Российской Федерации**

Тип очага	Аскаридоз		Трихоцефалез	
	пораженность людей (%)	доля микроочагов (%)	пораженность людей (%)	доля микроочагов (%)
Высокоинтенсивный	30 и более	50 и более	10—15	0
Средней интенсивности	15—19	До 40	3—9	0
Слабой интенсивности	До 15	Единицы	Единицы	0

- оздоровление микроочагов и очагов геогельминтозов;
  - лечение инвазированных (с контролем эффективности через 14 дней после дегельминтизации, трехкратно с интервалом 7—10 дней) и обследование жителей микроочага (в течение 2 лет ежегодно);
  - санитарно-паразитологический мониторинг объектов окружающей среды в каждом очаге (контрольные точки устанавливаются в ходе эпидемиологического расследования);
  - дезинвазию почвы, нечистот;
  - запрещение применения фекалий инвазированного человека в качестве удобрений;
  - наблюдение за очагом (микроочагом) аскаридоза в течение 2 лет (микроочаг снимают с учета через 2 года при отсутствии регистрации инвазированных лиц, а также отрицательных результатах санитарно-паразитологического исследования почвы).
- 10.5. Решение по проведению дезинвазии объектов и объему мероприятий по оздоровлению очага принимается органом, уполномоченным осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.
- 10.6. Мероприятия по профилактике аскаридоза, трихоцефалеза и токсокароза включают:
- анализ пораженности, заболеваемости населения;
  - предупреждение загрязнения яйцами гельминтов почвы, выращиваемых на ней овощей, фруктов, ягод, столовой зелени, а также блюд из них, употребляемых в пищу без термической обработки;
  - санитарно-паразитологический контроль за безопасностью растительной продукции;
  - санитарно-паразитологический контроль источников водоснабжения населения;
  - санитарно-паразитологический контроль за эффективностью работы очистных сооружений канализации по качеству дегельминтизации (дезинвазии) в рамках производственного контроля, мониторинга и планового надзора;
  - санитарно-паразитологический контроль за качеством дезинвазии сточных вод и их осадков, применяемых для орошения и удобрения сельскохозяйственных угодий и теплиц;
  - анализ и оценка эффективности профилактических мероприятий;
  - регулирование численности бродячих собак в населенных пунктах;
  - выделение на территории домовладений площадок для выгула собак и обеспечение их надлежащего состояния;

- дезинвазию песка в песочниках и предупреждение загрязнения их фекалиями собак и кошек;
- санитарную очистку территорий населенных пунктов;
- соблюдение личной гигиены в быту, общественных местах, а также при контакте с почвой, песком и растительной продукцией;
- гигиеническое воспитание и обучение;
- разработку комплексных планов по профилактике паразитарных болезней, в том числе геогельминтозов.

## **XI. Мероприятия по профилактике энтеробиоза и гименолепидоза**

11.1. Профилактика энтеробиоза осуществляется в соответствии с санитарными правилами (Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.10.2013 № 57 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.2.3110-13 “Профилактика энтеробиоза”») (зарегистрировано Минюстом России 20.01.2014, регистрационный № 31053).

11.2. Профилактика гименолепидоза включает следующий комплекс мероприятий:

- выявление больных и паразитоновосителей гименолепидозом;

- обследование декретированных групп населения;
- лечение выявленных инвазированных лиц и химиопрофилактика контактных лиц;
- санитарно-паразитологический контроль объектов внешней среды, в том числе воды бассейнов, песка песочниц, воды питьевой и другие;
- мониторинг за циркуляцией возбудителя гименолепидоза в группах повышенного риска заражения;
- осуществление санитарно-гигиенических мероприятий по соблюдению противоэпидемического режима;
- определение уровня риска заражения в соответствии с эпидемиологической ситуацией и результатами санитарно-паразитологического контроля и (или) уровнем пораженности обследованных лиц в очаге;
- разработку комплексных планов, целевых программ по профилактике паразитарных болезней;
- гигиеническое воспитание и обучение населения.

11.2.1. Выявление больных и / или паразитоновосителей проводится при профилактических, плановых, предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотрах.

11.2.2. Обследованию на гименолепидоз подлежат:



- дети дошкольных образовательных организаций;
- персонал дошкольных образовательных организаций;
- школьники младших классов (1—4);
- дети, подростки, декретированные группы населения по эпидемическим показаниям и при диспансеризации и профилактических осмотрах;
- дети, оформляющиеся в дошкольные и другие образовательные организации, дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, на санаторно-курортное лечение, в оздоровительные организации;
- амбулаторные и стационарные больные детских поликлиник и больниц;
- лица, контактные с больным и/или (паразитоносителем) энтеробиозом, гименолепидозом;
- лица, получающие допуск для посещения плавательного бассейна.

11.2.3. Плановые профилактические обследования детей и обслуживающего персонала в детских дошкольных организациях и образовательных организациях младшего школьного возраста проводятся 1 раз в год (после летнего периода) и (или) по эпидемическим показаниям.

11.2.4. Периодическому профилактическому плановому обследованию на гименолепидоз

один раз в год подлежат декретированные группы населения.

11.3. Лица, инвазированные карликовым цепнем, подлежат обязательному лечению в амбулаторных или стационарных условиях (при необходимости изоляции по эпидемиологическим показаниям).

11.4. Инвазированных карликовым цепнем лиц, относящихся к декретированным группам населения, на период лечения переводят на другую работу. При невозможности перевода таких работников временно (на период лечения и контрольного лабораторного обследования) отстраняют от работы с выплатой компенсации.

11.5. Дети, инвазированные карликовым цепнем, не допускаются в дошкольные образовательные организации на период лечения и проведения контрольного лабораторного обследования.

## **XII. Мероприятия по профилактике кишечных протозоозов (лямблиоз, амебиаз, криптоспориоз, балантидиаз, бластоцистоз и другие)**

12.1. Профилактические мероприятия:

- анализ заболеваемости взрослого и детского населения;
- обследование эпидемиологически значимых контингентов населения: дети и

- персонал образовательных организаций при приеме в организацию и далее 1 раз в год, декретированные группы населения при поступлении на работу и далее 1 раз в год, лица, контактирующие с больными, стационарные и амбулаторные больные по показаниям;
- санитарно-паразитологический контроль в помещениях дошкольных образовательных организаций, организаций общественного питания;
  - охрана водоемов от загрязнения сточными водами, поверхностными стоками;
  - санитарно-паразитологический контроль за качеством питьевой воды и воды поверхностных водных объектов;
  - при децентрализованном водоснабжении, в том числе из естественных водоемов: кипячение воды, применение фильтрующих устройств и дезинфицирующих средств, употребление бутилированной воды;
  - соблюдение режимных санитарно-эпидемиологических требований в медицинских организациях;
  - соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в дошкольных образовательных организациях;
  - гигиеническое обучение декретированных групп населения, в том числе работников дошкольных образовательных организаций;
  - соблюдение правил содержания животных, обеспечивающих их защиту от заражения протозоозами;
  - разработка комплексных планов по профилактике паразитарных болезней, в том числе кишечных протозоозов.
- 12.2. Противоэпидемические мероприятия:
- выявление больных и / или паразитоносителей (лабораторное исследование копро-материала от лиц с высоким риском заражения, больных с острыми кишечными инфекциями неустановленной этиологии, дисбиозами кишечника);
  - направление экстренного извещения о выявленном случае кишечного протозооза в территориальное управление Роспотребнадзора;
  - эпидемиологическое обследование очага при выявлении случаев кишечных протозоозов;
  - лечение больных кишечными протозоозами с контролем его эффективности через 10—14 дней. Критерием эффективности являются два отрицательных результата

- лабораторного исследования, проведенного с интервалом в 2—3 дня;
- установление диагноза носительства возбудителей кишечных протозоозов у лиц, относящихся к декретированным группам населения. При их согласии руководители организаций и индивидуальные предприниматели временно на период лечения и контрольных обследований после лечения переводят на другую работу. При невозможности перевода временно на период лечения и обследования их отстраняют от работы с выплатой пособий по социальному страхованию в соответствии с законодательством Российской Федерации;
  - санитарно-гигиенические и дезинвазионные мероприятия (обеззараживание фекалий больных и / или паразитоносителей, дезинвазия навоза, навозных стоков и другие).

### **ХIII. Требования к мероприятиям по профилактике педикулеза и чесотки**

13.1. Мероприятия по профилактике педикулеза и чесотки включают:

- плановые осмотры населения на педикулез;

- обеспечение организованных коллективов (дошкольные образовательные организации, детские дома, дома ребенка, стационарные организации отдыха и оздоровления детей) сменным постельным бельем, средствами личной гигиены, дезинфекционными и моющими средствами;
- оснащение дезинфекционным оборудованием и обеспечение дезинфекционными средствами медицинских организаций, приемников-распределителей, организаций систем социального обеспечения, следственных изоляторов, домов ночного пребывания, мест временного пребывания мигрантов, санитарных пропускников, бань, прачечных.

13.2. Осмотру на педикулез и чесотку подлежат:

- дети, посещающие дошкольные образовательные организации, — ежемесячно;
- учащиеся общеобразовательных и профессиональных образовательных организаций — 4 раза в год;
- учащиеся школ-интернатов, дети, проживающие в детских домах, домах ребенка, — в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- дети, выезжающие на отдых в оздоровительные организации, — до отъезда;

- дети, находящиеся в детской оздоровительной организации, — еженедельно;
- больные, поступающие на стационарное лечение, — при поступлении и далее 1 раз в 7 дней;
- лица, находящиеся в организациях системы социального обеспечения, — 2 раза в месяц;
- амбулаторные больные — при обращении;
- работники организаций — при проведении диспансеризации и профилактических осмотров.

13.3. При выявлении педикулеза у лиц, поступивших в стационар, санитарная обработка проводится в приемном отделении. Вещи больных и специальная одежда персонала, проводившего обработку, помещается в клеенчатый мешок и направляется в дезинфекционную камеру для обеззараживания.

13.4. При поступлении детей в дошкольную образовательную организацию проводится осмотр на педикулез и чесотку.

13.5. При выявлении детей, пораженных педикулезом, они направляются для санации с отстранением от посещения дошкольной образовательной организации. Прием детей в дошкольные образовательные организации после санации до-

пускается при наличии медицинской справки об отсутствии педикулеза.

13.6. При обнаружении педикулеза обучающиеся на время проведения лечения отстраняются от посещения организации. Они могут быть допущены в общеобразовательные организации только после завершения комплекса лечебно-профилактических мероприятий с подтверждающей справкой от врача.

13.7. За лицами, контактировавшими с больным педикулезом, устанавливается медицинское наблюдение сроком на 1 месяц с проведением осмотров 1 раз в 10 дней с занесением результатов осмотра в журнал.

13.8. Результаты осмотра на педикулез и чесотку лиц, поступающих на стационарное лечение и (или) обращающихся на амбулаторный прием, регистрируются в медицинских документах.

13.9. Поступающий на лечение из приемного отделения (либо выявленный в отделении) больной чесоткой изолируется в отдельную палату (изолятор). После консультации врача-дерматовенеролога и подтверждения диагноза больному (взрослые и дети старше 1 года) проводится лечение и выдаются предметы индивидуального пользования (полотенце, мочалка, мыло в мелкой фасовке). Прием пищи

организуется в палате. Нательное и постельное белье больного подвергается обработке.

13.10. Манипуляции в отношении больных чесоткой, а также уборка помещений проводится с использованием средств индивидуальной защиты — резиновых перчаток, отдельных халатов. Резиновые перчатки и уборочный инвентарь после окончания уборки подвергаются дезинфекции.

13.11. При обнаружении чесотки у детей, посещающих дошкольные образовательные и общеобразовательные организации, у одиноких, престарелых, инвалидов, лиц, проживающих в общежитиях, членов многодетных семей, мигрантов, лиц без определенного места жительства обработка проводится специализированными организациями по заявкам организаций и лиц, в том числе с камерной обработкой нательного и постельного белья.

13.12. Лица, у которых выявлены лобковые вши, направляются в кожно-венерологический диспансер по месту жительства с целью подтверждения диагноза и проведения комплекса противоэпидемических мероприятий.

13.13. При обнаружении чесотки у детей дошкольного и школьного возраста на время проведения лечения они отстра-

няются от посещения дошкольных образовательных и общеобразовательных организаций. Они могут быть допущены в образовательные организации только после завершения комплекса лечебно-профилактических мероприятий с подтверждающей справкой от врача.

13.14. Вопрос о профилактическом лечении лиц, бывших в контакте с больным чесоткой, решается врачом с учетом эпидемиологической обстановки. К указанному лечению привлекаются лица, находившиеся в контакте с больным, а также из организаций, где зарегистрировано несколько случаев заболевания чесоткой, или где в (период 1 месяц) процессе наблюдения за очагом выявляются новые больные. В организациях, где профилактическое лечение контактных лиц не проводилось, осмотр кожных покровов обучающихся осуществляется трижды с интервалом в 10 дней.

13.15. При выявлении в организации чесотки проводится текущая дезинфекция.

13.16. В приемных отделениях медицинских организаций нательное белье и одежда поступающих больных обрабатывается в дезинфекционной камере или обеззараживается инсектицидом, или временно исключается из использования (нательное

белье и одежда помещается в полиэтиленовые мешки на срок не менее трех дней). Постельные принадлежности, которыми пользовались больные чесоткой в стационарах, обрабатываются в дезинфекционных камерах или обеззараживаются инсектицидом.

&lt;...&gt;

#### **XV. Мероприятия по профилактике паразитарных болезней, передающихся через укусы насекомых и клещей**

15.1. С целью предупреждения заболеваемости паразитарными болезнями, передающимися через укусы насекомых и клещей, юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями проводится комплекс профилактических акарицидных мероприятий:

- благоустройство парков, скверов, кладбищ, территорий оздоровительных организаций, мест массового отдыха и пребывания населения;
- акарицидная обработка территорий парков, скверов, кладбищ, оздоровительных организаций, баз отдыха, включая домашних и сельскохозяйственных животных;
- дератизационные мероприятия с целью снижения численности прокормителей клещей

- (диких грызунов) на расчищенных территориях;
- дезинсекционные профилактические (противоэпидемические) мероприятия с целью снижения численности кровососущих насекомых с учетом результатов энтомологического мониторинга, в том числе в местах формирования очагов трансмиссивных болезней (водоемов вблизи населенных пунктов и в рекреационной зоне, территорий выгула и содержания собак, в жилых и нежилых помещениях и других);
- обработка инсектоакарицидными препаратами широкого спектра действия собак и кошек;
- обучение населения методам индивидуальной защиты человека и домашних животных от кровососущих насекомых и клещей.

15.2. В целях слежения за циркуляцией кровососущих насекомых и клещей (переносчиков паразитарных заболеваний) и прогнозирования энтомологической ситуации органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, обеспечивается плановый энтомологический мониторинг объектов окружающей среды (территорий водоемов, мест рекреации и других).

## **XVI. Требования к мероприятиям по охране окружающей среды от загрязнения возбудителями паразитарных болезней**

16.1. Профилактические мероприятия по обеспечению охраны окружающей среды от контаминации возбудителями паразитарных заболеваний проводятся органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами государственной власти в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации совместно с заинтересованными ведомствами, органами местного самоуправления; юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями.

16.2. Профилактические, в том числе дезинвазионные, мероприятия проводятся на очистных сооружениях хозяйственно-бытовых, производственных, смешанных и животноводческих стоков непрерывно, вне зависимости от результатов санитарно-паразитологического контроля (планового, мониторингового, производственного). На остальных объектах (территории населенных пунктов, рекреационные территории, общественные пляжи, территории детских дошкольных и образовательных организаций, площадки для выгула животных

и другие) в случае обнаружения возбудителей паразитарных заболеваний проводятся противоэпидемические мероприятия по обеспечению охраны окружающей среды.

16.3. Санитарно-паразитологические исследования на объектах, указанных в пункте 16.2, проводимые в рамках производственного мониторинга и планового (внепланового) контроля, осуществляются с целью контроля качества эффективности обеззараживания (дегельминтизации / дезинвазии), в том числе с использованием инструментального контроля технологических параметров индустриальных методов дегельминтизации / дезинвазии, предполагающего передачу информации от датчика в открытую сеть с использованием GSM- и глонасс-устройств (с обязательной привязкой к месту по электронным картам) (Приложение к настоящим санитарным правилам).

16.4. При контроле за мероприятиями по охране окружающей среды от загрязнения возбудителями паразитозов проводятся санитарно-паразитологические мониторинговые исследования.

16.5. Мероприятия по охране окружающей среды от загрязнения яйцами и личинками гель-



минтов, цистами (ооцистами) кишечных патогенных простейших включают:

- охрану водоемов от паразитарного загрязнения, с обеспечением многоступенчатой защиты поверхностных водоемисточников, начиная с водосборных территорий;
- обеспечение надлежащего качества питьевой воды с обязательным осуществлением производственного контроля по паразитологическим показателям на водоочистных сооружениях;
- использование промышленных методов дезинвазии (обеззараживания) (физические, химические, биологические и иные методы, обеспечивающие стабильное качество обеззараживания компонентов внешней среды от возбудителей паразитозов при возможности управления и инструментальном контроле оптимальных параметров технологического процесса (температура, дозировка, время экспозиции);
- благоустройство населенных пунктов, фермерских, индивидуальных хозяйств, мест отдыха, территорий содержания и убоя скота;
- поддержание чистоты территорий населенных мест, животноводческих ферм и ком-

плексов, фермерских и индивидуальных хозяйств;

- сбор, хранение и обеззараживание твердых бытовых отходов;
- предупреждение паразитарного загрязнения продукции при сборе, транспортировании, хранении и реализации овощей, ягод, столовой зелени и прочей продукции растительного и животного происхождения в торговой сети, на рынках и в организациях общественного питания;
- обеспечение дезинвазии осадков сточных вод, образующихся на водоочистных станциях и очистных сооружениях канализации, перед их утилизацией;
- недопущение сброса в поверхностные водоемы сточных вод и их осадков, животноводческих стоков, фоновых сточных вод речного и морского транспорта без проведения непрерывной дезинвазии (отсутствие жизнеспособных яиц гельминтов и цист кишечных патогенных простейших) промышленными методами;
- недопущение содержания в сточных водах и осадках сточных вод жизнеспособных цист, яиц и личинок возбудителей паразитозов;
- осуществление производственного контроля сточных

вод и их осадков на очистных сооружениях канализации, животноводческих комплексах, фермах по паразитологическим показателям;

- использование на земледельческих полях орошения сточных вод, их осадков и животноводческих стоков, обеззараженных (не содержащих жизнеспособные яйца гельминтов и цисты кишечных патогенных простейших) индустриальными методами;
- уборку помещений жилищ, производственных помещений по заготовке, хранению, выделке шкур, пошиву меховых изделий;
- обеззараживание шкур и меховых изделий;
- уборку помещений детских дошкольных и школьных организаций;
- соблюдение режимов содержания общественного и индивидуального скота, содержания домашних животных, а также животных закрытого содержания.

Обеспечение мероприятий по охране окружающей среды от загрязнения возбудителями паразитарных болезней осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

16.6. Профилактика паразитарных болезней при техноген-

ных авариях и чрезвычайных ситуациях обеспечивается:

- оценкой эпидемической ситуации на месте с определением масштаба и границ чрезвычайной ситуации для принятия управленческих решений (в первый день после устранения технических причин аварии);
- отбором проб почвы на загрязненной и сопредельной территориях для санитарно-паразитологических исследований по сетке от 15 × 15 метров до 50 × 50 метров в зависимости от площади затопления (в первый день после устранения технических причин аварии);
- индикацией возбудителей паразитарных болезней;
- оценкой результатов лабораторных исследований;
- организацией дезинвазионных мероприятий, в том числе с применением овицидных препаратов биологического ингибирования-стимулирования, с широким диапазоном эффективности для обработки больших площадей загрязненных территорий (таблица 9);
- контролем качества проведенных мероприятий по обеззараживанию территорий, включая санитарно-паразитологические исследования почвы на 7-й и 14-й дни;

Таблица 9

**Методы и режимы их использования для дезинвазии нечистот**

Метод (способ) дезинвазии нечистот	Условия и режимы обработки	Сроки гибели возбудителей паразитарных болезней
1	2	3
Компостирование	Буртование нечистот с соломой, опилками и другими водопоглощающими компонентами, Размер буртов — $1,5 \times 1,0$ м, длина произвольная. Закладка буртов весной, летом, осенью	При условии гарантированного поддержания температуры компоста $60\text{ }^{\circ}\text{C}$ в течение 3 мес.*
Биотуалеты (биотермическая обработка)	Температура в камере биоразложения $35\text{—}40\text{ }^{\circ}\text{C}$ ; в камере пастеризации — $70\text{ }^{\circ}\text{C}$	4 ч 20 мин
Обработка нечистот в выгребных надворных туалетов:	Ежемесячно к содержимому выгребов добавляют ведро почвы, обработанной 2 л раствора прометрина (гезагарта) из расчета 45 г препарата на 1 л воды	3 мес.
— прометрином (гезагартом);	1 кг селитры на $1\text{ м}^3$ нечистот	3 сут.
— аммиачной селитрой;	0,25 кг селитры на $1\text{ м}^3$ нечистот	5 сут.
— аммиачной водой;	Не менее 2,5% препарата к объему нечистот (не менее 0,25 кг на $1\text{ м}^3$ нечистот)	10 сут.
— карбатионом;	Добавление одного из препаратов из расчета 8% к объему нечистот (на 10 кг 80 г препарата)	3 недели
— немагоном;	— // —	3—10 сут.
— тиазоном;	0,2—2,0% к весу нечистот (на 10 кг 2—20 г препарата)	3—4 недели
— препаратами на основе четвертично-аммониевых соединений	2,0% раствор в соотношении 1:2 с нечистотами	30 мин.

- мониторинговыми санитарно-паразитологическими исследованиями почвы в течение 2 лет в очагах и микроочагах геогельминтозов;
- слежением за заболеваемостью населения, проживающего на территории загрязнения, в течение 2 лет при отсутствии регистрации случаев заболеваний в очагах и микроочагах геогельминтозов.

16.7. Мероприятия по дезинвазии объектов окружающей среды:

16.7.1. Дезинвазия нечистот (фекалий). (См. табл. 9 — *Прим. ред.*)

<...>

16.7.6. Дезинвазия почвы, песка.

Дезинвазия почвы, песка на первом этапе достигается обработкой:

- средствами на основе гербицидов;
- средствами на основе четвертично-аммониевых соединений;
- препаратами — овицидами биологического ингибирования — стимулирования;
- поваренной солью (1 кг на 1 м<sup>2</sup>). Применяется для дезинвазии наиболее загрязненных участков почвы от личинок анкилостомид один раз в 10 дней;

— использованием системы севооборота: первично участок засевают редисом, редькой, чесноком, луком, после снятия урожая — вторично горохом. Эффект достигается и при одновременном посеве таких культур, как чеснок-редька, лук-редис, и некоторых других семейства бобовых, лилейных. Гибель яиц происходит в течение двух летних периодов.

16.7.7. Дезинвазия овощей, фруктов, зелени столовой.

Для обеззараживания овощей, фруктов, столовой зелени от яиц гельминтов применяется предварительное замачивание растительной продукции в воде на 20—30 минут перед тщательным промыванием в дуршлаге под струей проточной воды в течение 5—10 мин, с периодическим встряхиванием. Лук, петрушка, салат предварительно очищаются от почвы, затем разбираются по отдельным листочкам, стеблям, перьям. Эффект дает промывание их в мыльной воде с последующим ополаскиванием проточной водой. Для ягод, имеющих шероховатую поверхность или дольчатое строение (клубника, земляника, малина), применяется их промывание 1,0% раствором соды, а затем чистой водой. Для обеззараживания овощей от яиц и

личинок аскарид, власоглавок, анкилостомид, стронгилид применяется слабый раствор йода (0,2—0,5%).

16.7.8. Дезинвазия предметов обихода, игрушек, белья.

Для дезинвазии постельного белья рекомендуется кипячение и проглаживание с обеих сторон. Шерстяные одеяла, ковры, матрасы, пледы, занавески обрабатываются с помощью пылесоса (с последующим обезвреживанием пыли с использованием разрешенных к применению дезинвазионных средств), подсушиваются и встряхиваются на солнце, проглаживаются горячим утюгом через ветошь. Пыль из контейнеров пылесосов после обезвреживания утилизируется в общую канализацию.

В районах с суровой зимой предметы обихода и белье выносятся в морозные дни на улицу, учитывая, что яйца остриц погибают при температуре  $-15^{\circ}\text{C}$  в течение 40—45 мин.

Белье, игрушки и другие вещи подвергаются дезинвазии в дезинфекционной камере.

Дезинвазия мягких игрушек и прочих предметов, имеющих шероховатую поверхность, обеспечивается обработкой с помощью пылесоса. Поверхности помещений, раковины, краны, ручки дверей, целлофановые

и резиновые игрушки и прочее подвергаются дезинвазии орошением или протиранием средствами, разрешенными к применению.

16.7.9. Дезинвазия питьевой воды.

Для очистки и обеззараживания питьевой воды от возбудителей паразитозов (яйца гельминтов, цисты лямблий, ооцисты криптоспоридий и других) на водоочистных станциях применяется комплекс мероприятий, включающий в качестве предварительной обработки:

- фильтрацию (песок, диатомит, клиноптилит, титан, металлокерамические материалы);
- сорбцию (древесный уголь, оксид марганца и другие);
- использование ионообменных смол;
- использование комбинированного действия сорбентов и ионообменных смол;
- на втором этапе — обработка ультрафиолетовыми лучами с сильным окислителем (перекись водорода);
- озонирование;
- воздействие МИО-излучения (мощное импульсивное оптическое излучение);
- применение на водоочистных станциях фильтрующих материалов с размером пор не менее 1 мкм, обеспечивающих

задержку ооцист криптоспориций.

Обработка осадков, образующихся на водоочистных станциях, подлежащих утилизации, с целью дезинвазии проводится препаратами биологического ингибирования — стимулирования.

<...>

16.7.11. Дезинвазия прочих объектов окружающей среды.

<...>

16.7.11.7. Оборудование (центрифуги, микроскопы, холодильники) обрабатывается 70% этиловым спиртом.

16.7.11.8. Спецодежда, полотенца, предметы уборки помещений подвергается кипячению в 2,0% мыльно-содовом растворе, либо 0,5% растворе моющего средства.

16.7.11.9. Уборочный инвентарь (тряпки, щетки) подвергается кипячению или обработкой дезинфицирующими средствами.

<...>

## **XVII. Гигиеническое воспитание населения по вопросам профилактики паразитарных болезней**

17.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из основных методов профилактики паразитарных болезней.

17.2. Гигиеническое воспитание и обучение осуществляется при профессиональной гигиенической подготовке и аттестации должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения.

17.3. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению подробной информации о паразитарных болезнях, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием бюллетеней, средств массовой информации, информационно-коммуникационной сети Интернет.

17.4. Гигиеническое воспитание населения по вопросам профилактики паразитарных болезней организуется и проводится органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, центрами медицинской профилактики, медицинскими организациями. <...>

## Вопросы социальной защиты лиц с ОВЗ

Юсупов Р.Г.,

*д-р ист. наук, профессор Института права Башкирского государственного университета, г. Уфа, Республика Башкортостан*

На рубеже XX—XXI вв. не только Россия, но и другие страны оказались в условиях новой социально-политической и экономической реальности. Существовавшие ранее системы социального обеспечения стали разрушаться, будучи не способными обеспечить экономическую, социальную и психологическую защиту многих групп населения, оказавшихся в трудном положении. Адаптация в данных условиях дала большие возможности для новаций и преобразований.

Проблемы включения людей с ОВЗ в реальную жизнь актуальны во всем мире. По данным ООН, в мире насчитывается примерно 450 млн человек с нарушением психического и физического развития. Они составляют почти десятую часть жителей планеты. Это подтверждают и данные Всемирной организации здравоохранения, свидетельствующие, что число таких людей достигает 13% от общего числа населения. С недостатками интеллекта рождаются 3% детей, 10% — с другими психическими и физическими

отклонениями. Всего в мире около 200 млн детей с ОВЗ.

Социальные реформы последних лет, проводимые в РФ, показали, что прямого заимствования зарубежных моделей в области социальной политики быть не может. Это делает актуальной задачу содержательного анализа концептуальных основ формирования тех или иных направлений социальной политики в области инвалидности, принятых в развитых странах. Не менее важна оценка того, насколько предложенные зарубежные концепции и сопровождающие их правовые законы и акты работают в реальности, как реализуемая система мер в области поддержки инвалидности воспринимается в этих странах теми, на кого она направлена. Есть основание полагать, что проблема инвалидности глобальная, т.е. значимая для всего мирового сообщества. По данным ООН, каждый десятый человек на планете имеет инвалидность. Положение инвалидов — серьезная проблема и для России, примерно 7,8% россиян составляют люди с ОВЗ.



В разные периоды российской истории существовали различные модели социальной политики в области инвалидности. В советский период государственная политика в отношении лиц с ОВЗ носила преимущественно патерналистский характер и сводилась к предоставлению компенсаций — денежных выплат и натуральных услуг. Инвалидность была одним из немногих приемлемых оснований для того, чтобы взрослый человек мог не работать. Инвалидность при этом рассматривалась только с медицинской точки зрения. Дети-инвалиды помещались в государственные стационарные учреждения, поскольку считалось, что эти учреждения могут лучше справиться с организацией ухода и воспитания детей с ОВЗ, чем это могли бы сделать их родители. Дети-инвалиды, не помещенные в государственные учреждения, как правило, учились отдельно от других сверстников в специальных школах, либо не учились вовсе. Из-за отсутствия соответствующих условий объекты социальной инфраструктуры и среда обитания были практически недоступны для лиц с ОВЗ. Подрастая, инвалиды работали на специализированных предприятиях, жили в специальных поселках, и фактически были изолированы от советского общества, поскольку советская система работала на создание до сих пор широко распро-

страненного мнения о том, что «советский человек здоров и счастлив, и в СССР нет инвалидов».

Профессиональная социальная работа — один из новых вариантов ответа на требования нынешней ситуации, порождающей много трудностей, но одновременно и открывающей новые пути их преодоления. Следует отметить, что в СССР профессиональная социальная работа существовала в специфической форме (отделы социального обеспечения и пр.), всегда были люди, помогавшие другим формально и неформально, в том числе инспекторы по делам несовершеннолетних, организаторы детского досуга и т.д.

Особое место занимает социальная защита лиц с ОВЗ — инвалидов. Анализ научной литературы свидетельствует о том, что уровень и качество жизни подавляющего большинства инвалидов значительно ниже, чем в среднем у остального населения. Это объясняется тем, что возможность для рационального трудоустройства как главного элемента системы профессиональной реабилитации инвалидов России с каждым годом уменьшается. Они составляют особую категорию граждан, социально-профессиональную реабилитацию которых нельзя рассматривать в отрыве от ее конечного результата — их

трудоустройства. Ранее, при избытке рабочих мест, эта проблема так остро не стояла, и инвалиды, желающие работать, как правило, могли самостоятельно найти работу на обычных или специализированных предприятиях. В условиях кризиса экономики страны положение резко изменилось. Спад производства и избыток рабочей силы на предприятиях привели к тому, что инвалидов первыми стали увольнять с предприятий общего типа, параллельно с этим началось закрытие специализированных предприятий.

В XXI в. правительство РФ объявило в качестве приоритетной цели — сокращение бедности. Поскольку в нашей стране инвалидность населения в значительной мере ассоциируется с бедностью, новый век для России фактически должен был стать веком поиска новых направлений работы. В какой-то мере эти ожидания частично оправдались. Начиная с 2003 г., стали осуществляться реформы в социально-правовой сфере, в ходе работы над которыми были вскрыты проблемы, связанные с необходимостью преодоления целого ряда институциональных, социально-экономических, идеологических и культурных ограничений ради достижения поставленных гуманных целей.

Однако не все проблемы социальной защиты лиц с ОВЗ

сегодня решены. Политикам и ученым стало ясно — общая картина социального государства пока не готова. Но следует двигаться дальше, одновременно переосмысливая возникающие проблемы и находя наиболее адекватные пути их решения. Главный и актуальный вопрос — тщательная концептуальная проработка основ новой политики в области инвалидности. Вопрос финансирования еще не решен, а низкая оплата труда социальных работников, педагогов, психологов и др. препятствует привлечению в данную сферу деятельности молодых кадров. Эти задачи должны решаться в основном на государственном уровне. Социальные эксперименты в этой сфере могут иметь слишком большую социальную цену для российского общества. В настоящее время решение этих проблем осложнено экономическим кризисом, переживаемым страной.

## Литература

- Айшервуд М.М.* Полноценная жизнь инвалида. М., 1991.
- Наберушкина Э.К.* Политика в отношении инвалидов / Социальная политика и социальная работа в изменяющейся России. М., 2002.
- Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р.* Исследования в социальной работе: оценка, анализ, экспертиза. Саратов, 2004.

## О дошкольном образовании во Вьетнаме

**Столбова В.П.,**

*канд. геол.-мин. наук*

Образовательный процесс у детей во Вьетнаме начинается с поступления в детский сад в возрасте от 1,5 до 5 лет. С 6 лет их принимают в школу. В стране большой выбор государственных и частных садов (kindergarten, nursery preschool), и поэтому не существует проблемы устройства ребенка в ДОО.

У местного населения наибольшей популярностью пользуются *государственные сады* из-за их дешевизны и исполь-

зования стандартной государственной программы развития и обучения детей, но туда трудно поступить. Там, как это происходит и во многих странах с буддийской культурой, воспитывают «примерного» ребенка: послушного, трудолюбивого, почитающего старших. С 4—5 лет детей начинают готовить к школе — учат читать и считать.

Во вьетнамских детских садах много групп с высокой наполняемостью (25—30 чел.).



*Фото 1. Детский сад «Маленькие ангелы»*



Фото 2. Площадка для прогулок

ДОО размещаются в одно-двух-этажных зданиях, построенных по типовым проектам, имеют обширную благоустроенную территорию для прогулок и проведения физкультурных занятий.

Альтернатива государственным детским садам — многочисленные частные сады. В большинстве своем это мини-садики, каждый со своим интересным названием: «Архимедес», «Тесла», «Маленькие ангелы» (фото 1), «Дом чудес», «Сказка», «Медвежонок Миша» и т.д. У многих детских садов есть свой слоган (например, «Где начинаются гении», «Каждый ребенок — это наше будущее», «Восточные ценности — западное образование» и т.д.).

Пребывание в частном саду стоит в разы дороже, чем в государственном. В течение недели ребенок может бесплатно ходить на пробные занятия в ДОО, чтобы родители определились с выбором.

В отличие от государственных детских садов в частных ДОО небольшие группы (10—15 детей), благодаря чему каждому ребенку уделяется достаточно внимания. В группе работают несколько воспитателей. Для детей предусмотрена форма одежды с логотипом.

Под частные детские сады обычно арендуют помещения. Чаще всего группы детей распределены по разным этажам, поскольку здания во Вьетнаме традиционно высокие, много-

этажные с очень узким фасадом (налог на имущество зависит от ширины здания). По этой же причине невелики их детские площадки для прогулок (фото 2), которые иногда размещаются даже в полуподвальном помещении (basement floor). В целом дети большую часть дня проводят в кондиционируемом помещении, и это считается нормой, поскольку во Вьетнаме жаркий тропический климат. Каждая группа располагается в своем классе, где выделены зоны для приема пищи, занятий, подвижных игр и танцев, шкафчики для хранения личных вещей детей. Ребенку выдается рюкзачок с логотипом, где он хранит несколько комплектов сменной одежды (для учебных и развивающих занятий, сна, спортивную форму, а также купальник для плавания). Для дневного сна игровую обустройствают в спальню — раскладывают матрасики и подушки.

Частные детские сады отличаются друг от друга условиями пребывания ребенка и программами обучения. В дорогих частных садах предусмотрена более насыщенная программа развития. Они, как правило, хорошо обеспечены игровым инвентарем и наглядными пособиями. Среди развивающих занятий популярны рисование, лепка, танцы, пение и др. Харак-

терная особенность вьетнамских ДОО — использование во время занятий недорогих бытовых материалов: одноразовой посуды, веревочек, салфеток, теста, втулок от рулонов туалетной бумаги, а также овощей и фруктов. Ничего не выбрасывается, все идет в ход, и получаются великолепные оригинальные детские поделки. Детей во Вьетнаме «с младых ногтей» приучают к труду, учат практическим бытовым навыкам (например, для развития мелкой моторики малыши пальцами очищают от кожуры варенные картофелины, формируют из теста пирожки).

Несколько раз в месяц дети в сопровождении воспитателей выезжают на прогулку в окрестные парки, развлекательный парк аттракционов, посещают музеи, зоопарки, а также пекарни и огороды, где наблюдают за выпечкой пирожков и выращиванием овощей, и т.д. За отдельную плату в детских садах проводят дополнительные занятия по методике Монтессори, обучают боевым искусствам (тхэквондо) и т.д.

В ДОО организовано многоразовое разнообразное и вкусное питание, частые «перекусы». Обед подается ребенку на отдельном подносе с углублениями для разных блюд, чтобы он не опрокинул на себя содержимое (фото 3). В рационе много



Фото 3. Обед во вьетнамском детском саду

зелени и фруктов, овощей, мяса, морепродуктов, традиционные рис или рисовая лапша. Из-за жаркого климата обязательно соблюдается питьевой режим: везде стоят кулеры с чистой питьевой водой. На каждом этаже санузел. Детей обучают гигиеническим навыкам, в том числе тому, как чистить зубы.

Во вьетнамских детских садах большое внимание уделяют приобщению детей к народным традициям. Проводится много занятий, обучающих самобытным ремеслам, народным песням и танцам, отмечают национальные праздники. В преддверии праздника Тэт (вьетнамского Нового года) дети

с помощью воспитателя готовят традиционный рисовый пирог квадратной формы, завернутый в банановые листья. В течение многих столетий в каждой семье готовили такие пироги. К Веселому детскому празднику (Trung Thu) малыши мастерят из бумаги яркие разноцветные фонарики. На праздничных представлениях девочки выступают в национальных платьях аозай, пять пуговиц на которых символизируют пять добродетелей: доброту, вежливость, благородство, разум и преданность. Мальчики на праздниках изображают дракона, который, по преданию, является прародителем вьетов. В Ханое детей водят в уникальный тра-



диционный кукольный театр на воде, где стоящие по пояс в воде кукловоды из-за ширмы управляют куклами и разыгрывают сценки из крестьянского быта.

Во Вьетнаме существуют и международные детские сады, учрежденные иностранцами или иностранцами вместе с вьетнамцами: сингапурские, филиппинские, английские, австралийские, французские, канадские, русские. Там дети получают двуязычное (билингвальное) образование. Во многих ДОО ежедневно в игровой форме проводятся уроки английского языка. Самые престижные иностранные детские сады находятся в мегаполисах Ханой и Хошимин (оплата от 400 долларов в месяц). Персонал там чаще всего смешанный, из иностранцев и вьетнамцев. Большинство международных ДОО имеет современную инфраструктуру: зал для проведения праздничных мероприятий, бассейн (преимущественно на юге страны), прогулочные площадки с безопасными пластмассовыми физкультурно-оздоровительными комплексами, видеонаблюдение, свой сайт и др. На сайте родителям можно в онлайн-режиме наблюдать за своим ребенком в группе, знакомиться с ежедневным расписанием занятий и меню, просматривать фотографии детей и видео с праздников.

Распорядок дня зависит от солнца. Вьетнамцы встают с рассветом — в 5.30—6.00 ч утра и привозят детей в сад к 7.30. Утро начинается с зарядки. Далее следуют развивающие занятия. Обед в 11.30. Дневной сон длится с 12.00—12.30 до 14.00—14.30. Затем полдник и занятие до 15.30—16.00. Родители забирают малышей до 17 ч. За дополнительную плату ребенка можно оставить на «продленку». Некоторые международные сады работают только до 15 ч: пребывание без дневного сна.

Существуют также детские сады при школах, работающие по системе «сад — школа». Например, в Хошимине есть образовательные учреждения «Тесла» и «Австралийская международная школа», предлагающие дошкольное и школьное образование, а также обучение на подготовительном отделении Университета Нового Южного Уэльса.

И наконец, хотелось бы отметить появление во Вьетнаме — аграрной стране — *детских садов с экологическим уклоном*. Первенец в этом направлении — уникальный «Спиральный фермерский детский сад» (Spirals Farming Kindergarten). Его здание в плане имеет форму спирали с тремя витками. На всем протяжении крыши, выполненной из особых материалов с при-



менением влагоудерживающих мембран, разбиты мини-сады и мини-огороды. Спиралеобразная форма здания позволила увеличить площадь посадок на кровле и обеспечивать детский садик экологически чистыми натуральными продуктами. Благодаря продуманной планировке существенно экономится электроэнергия: классы освещаются благоприятным для глаз естественным светом из больших окон с обеих сторон здания, и легко проветриваются без кондиционеров. В экосаду применяются и другие передовые экологические и энергосберегающие технологии: рециркуляция воды, вторичное использование отходов, подогрев воды с помощью солнечных батарей. В садах и

огородах, размещенных на крыше, проходят уроки по экологии и ботанике под открытым небом. Здесь дети не только наблюдают за природой, но и общаются с ней — выращивают фрукты и овощи. С малых лет дети приобретают навыки бережного отношения к природе, наглядно знакомятся с процессами энергосбережения. У них формируются основы экологической культуры.

Таким образом, для современной дошкольной системы образования во Вьетнаме характерны многообразие детских садов (по типам собственности и программам обучения), повсеместное изучение языка делового общения английского — и сохранение национальных традиций.

## Издательство «ТЦ Сфера» представляет



### ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЗА РУБЕЖОМ:

#### История и современность

Автор — Зибзеева В.А.

В пособии дается характеристика зарубежных систем дошкольного образования в Европе, США, Японии, Китае, выделены основные типы дошкольных учреждений и их отличительные особенности. Акцент сделан на выявление целей, задач, содержания, методов воспитания и обучения дошкольников, а также своеобразие различных педагогических подходов, включая вальдорфскую педагогику и педагогическую систему Марии Монтессори.



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

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

# Лимон, или Встреча в театре

## История одного мечтательного домоседа

**Братишкина В.О.,**

*учащаяся школы, г. Уфа*

Быть домоседом — значит лишать себя новых впечатлений, интересных знакомств, ярких эмоций. Человек может и не знать, что судьба только и ждет, когда же он наконец изменит свой привычный маршрут «работа — дом, дом — работа», чтобы изменить его жизнь.

Я понял это полгода назад, когда пошел в театр на пьесу А.П. Чехова «Вишневый сад». Однако прежде чем начать свою историю, расскажу немного о себе.

Имя у меня старомодное и немного попугаичье — Иннокентий. Так назвала меня мать в честь своего отца, моего деда — Иннокентия Павловича. По профессии я учитель русского языка и литературы, по призванию — художник, а по натуре — мечтатель и домосед. Мечтательный домосед.

Дни я провожу в школе в окружении учеников и коллег, а вечерами сижу (вернее, раньше сидел) дома, смотря телевизор и попивая горячий чай с лимоном.

— Ты молодой еще, а сидишь сиднем, как старый дед, — ино-

гда ворчал отец, с укором глядя на меня.

В ответ я обычно вяло огрызался, но, в общем-то, понимал, что он прав. И в том, что я еще молодой (осенью мне исполнилось двадцать семь), и в том, что я сижу сиднем, будто старый дед. Получалось, что я не только учитель, художник и мечтательный домосед, но еще и молодой дед в придачу.

Я понимал, что он прав, но ничего не мог с собой поделать. У моего сидения дома была одна, очень банальная причина — лень. Да, дорогой читатель, мне стыдно в этом признаваться, но именно лень удерживала меня вечерами дома. Мне лень было сходить в кино или в кафе, я даже не мог заставить себя пойти прогуляться по парку.

Лежа на диване, я мысленно путешествовал в далекие страны, совершал героические поступки, выигрывал в лотерею, завоевывал мировую славу...

Эту сонную апатию с меня беспощадно стряхнул мой друг Родя, заглянувший однажды вечером ко мне в гости. По натуре

он был энергичным прагматиком и олицетворял собой полную противоположность, но, несмотря на это, мы с ним дружили с самого детства.

— Вот ты хочешь стать знаменитым художником, но как, скажи на милость, ты им станешь, если все свое свободное время проводишь в четырех стенах? Откуда ты собираешься брать сюжеты? Из воздуха? — напористо спрашивал он меня, глядя мне прямо в глаза. — Тебе нужно чаще выходить в люди, общаться, видеть мир вокруг себя, если хочешь создать что-то по-настоящему потрясающее! — убеждал меня Родя.

Я хотел ему ответить, что для поиска новых сюжетов мне вполне хватает моей богатой фантазии и выходить в люди мне совсем не обязательно, но промолчал. Спорить с Родей было бесполезно.

Уступив его напору, я взял билет в театр на ближайшую субботу. Вечером в пятницу я старательно выгладил свой парадный серебристо-серый костюм и подумывал даже повязать темно-синий галстук, но, поразмыслив, решил, что он необязателен.

В субботу перед самым выходом я попробовал придать своей буйной черной шевелюре приличный вид, но после не-

скольких безуспешных попыток с раздражением отбросил расческу в сторону. Честное слово, было проще сходить к парикмахеру!

Брызнув на рубашку немного одеколона и порепетировав перед зеркалом обворожительную улыбку, я наконец вышел из дома.

Погода стояла чудесная. Был конец мая, дул теплый ветерок, и в воздухе сладко пахло сиренью. Я шел по улице легким, пружинящим шагом, и сердце мое учащенно билось от какого-то радостного возбуждения.

В театре было полно народу. Многие женщины были в элегантных вечерних платьях, а мужчины в строгих костюмах. Глядя на них, я даже начал жалеть, что не надел галстук, но, когда молодая билетерша застенчиво мне улыбнулась и смущенно опустила глаза, я решил, что и без него выгляжу неплохо.

Расположился я в первом ряду. Рядом со мной сел упитанный лысеющий мужчина средних лет в помятом сером пиджаке и круглых очках. В руках он держал большой коричневый портфель с блестящими застежками.

Когда начался спектакль, мужчина открыл его и стал рыться в нем. Увидев, что он на-

конец вытащил из него, я удивленно поднял брови, потому что достал он маленькое блюдце, нож и... огромный лимон. Я с интересом наблюдал за ним. Блюдце мой сосед поставил на колени, а на него положил лимон, который стал аккуратно тонко нарезать (да, вы не поверите: он порезал весь лимон!). Затем, глубоко вздохнув, он достал из кармана пиджака белый платок и устало вытер пот со лба. После нескольких вдохов мужчина взглянул на довольно внушительную горку прозрачных кружочков и чмокнул губами.

Признаться, я никогда не видел ничего подобного. После каждого кружочка он так громко чмокал, что сидящие рядом люди невольно поворачивали к нему головы и недоуменно смотрели на него; потом вытирал каждый палец платком и при этом охал и бормотал с досадой, что у него ладони липкие. Иногда он отрывался от этого процесса, поднимал глаза на сцену и с умилением говорил: «Хорошо играют! Душевно!»

Но самым смешным было то, что молодая актриса, исполнявшая в пьесе роль Ани, дочери помещицы Любови Андреевны, посмотрела на него, и вместо того чтобы сказать: «Я спать пойду. Спокойной ночи, мама»,

громко произнесла: «И какой же кислый твой лимон, дурак! Съел бы ты его скорее!» Представляете, что было потом! Зрители в зале просто ахнули и дружно захохотали, бедная актриса побледнела и в ужасе зажала рот рукой, а мужчина тем временем продолжал спокойно поглощать свое кушанье, словно ничего не слышал.

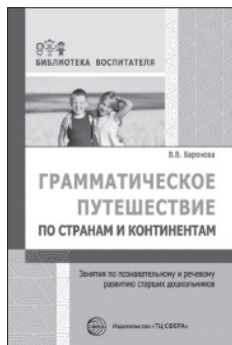
По окончании спектакля (который, кстати, не удался, потому что все смотрели не на сцену, а на моего чудного соседа), ко мне подошла красивая белокурая девушка с веселыми зелеными глазами.

— Какой странный человек сидел рядом с вами! Съел целый лимон и даже не поморщился. И мне кажется, он даже не понял, что из-за него постановка провалилась! — сказала она с улыбкой.

— Да, вы правы, — кивнул я и улыбнулся ей в ответ.

Знаете, раньше я был одинок, вел однообразное, неинтересное существование (да, именно существование, ведь если человек не любит, он не живет по-настоящему), но в тот вечер я познакомился с Лизой и теперь счастлив. А ведь я мог и не встретить ее, если бы не пошел в театр, вместо того чтобы, как обычно, сидеть дома перед телевизором...

**Издательство «ТЦ Сфера» представляет новинки**



**ГРАММАТИЧЕСКОЕ ПУТЕШЕСТВИЕ  
ПО СТРАНАМ И КОНТИНЕНТАМ.  
ЗАНИЯТИЯ ПО ПОЗНАВАТЕЛЬНОМУ  
И РЕЧЕВОМУ РАЗВИТИЮ СТАРШИХ  
ДОШКОЛЬНИКОВ**

*Автор — Баронова В.В.*

В пособии представлены конспекты интегрированных занятий по познавательному и речевому развитию детей 6—7 лет с общим недоразвитием речи (ОНР), а также дошкольников массовых групп.



**МОНИТОРИНГ ДИНАМИКИ РАЗВИТИЯ  
И САМОРАЗВИТИЯ ВОСПИТАННИКА  
КАК ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ НА ОСНОВЕ  
ПРОГРАММЫ**

**«ДЕТСКИЙ САД — ДОМ РАДОСТИ»**

*Авторы — Крылова Н.М., Тимошенко Л.В.*

В пособии раскрываются теоретические и технологические основы мониторинга оценки результатов образования дошкольников в соответствии с основной общеобразовательной программой «Детский сад — Дом радости», определены и сформулированы направления мониторинга, критерии и показатели в соответствии с требованиями Программы и др.



**ДИАЛОГ С РОДИТЕЛЯМИ  
Методический аспект взаимодействия  
детского сада и семьи**

*Авторы — Бабынина Т.Ф., Гильманова Л.В., Головенко В.Э.*

В пособии рассматриваются вопросы привлечения родительской общественности к эффективному сотрудничеству с педагогами ДОО.

Проект «Диалог с родителями» состоит из трех направлений: аналитического (изучение семей воспитанников, уровня знаний педагогов), информационного (расширение знаний воспитателей о формах сотрудничества), практического (использование клубной деятельности в работе с семьями). Основной формой взаимодействия выбрана клубная деятельность.

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

**Тел.:** (495) 656-75-05, 656-73-00

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

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

Издательство «ТЦ Сфера» представляет новинки



## ЧТО ТАКОЕ ХОРОШО, ЧТО ТАКОЕ ПЛОХО?

**Коррекционно-развивающие занятия  
для детей старшего дошкольного возраста**

Авторы — Гуцал И.Ю., Мищенко Г.В.

В пособии представлены разработанные педагогом-психологом и учителем-логопедом коррекционно-развивающие занятия, которые помогут в игровой форме решить задачи нравственного воспитания, исходя из возможностей старших дошкольников с ОВЗ. В книге рассказывается, как, используя психологические и логопедические игры и упражнения, можно познакомить детей с нормами и правилами поведения в социуме, развить коммуникативные навыки, овладеть грамотной речью, узнать себя, свои возможности.



## ДЕТСКАЯ ЖИЗНЬ НА ПУТИ СОГЛАСИЯ И СОЦИО-ИГРОВОЙ СТИЛЬ ВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ

Автор — Шулешко Е.Е.

В этой книге внимательно рассматриваются две темы: привычная, практическая — как воспитатель может помочь детям в группе сдружиться между собой, — и общепедагогическая, менее привычно звучащая — как, формируя дружеское сообщество детей, можно решать любые здоровые педагогические задачи при воспитании и обучении дошкольников. Их связывает обсуждение социо-игровых методов ведения занятий, тонкостей налаживания взаимодействия в малых группах, закономерностей формирования детских привычек и умений.



## ПОЧЕМУЧКИ: КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ГРУППЫ КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ 3—5 ЛЕТ

Под ред. Н.В. Микляевой

В книге представлена программа для групп кратковременного пребывания (ГКП), составленная на основе системно-деятельностного подхода к взаимодействию с детьми с учетом ФГОС ДО и программы дошкольного образования «На крыльях детства».

Приведены модели интеграции образовательных областей и видов детской деятельности, перспективно-тематическое планирование по основным направлениям развития ребенка, организованная образовательная деятельность (педагогические ситуации, игры-занятия и др.) для детей младшего дошкольного возраста.

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

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

## Издательство «ТЦ Сфера» представляет новинки серии «Академия солнечных зайчиков»



Уникальная система разностороннего развития ребенка 3–7 лет подготовлена в соответствии с ФГОС ДО

- Игровые задания дети выполняют легко и с удовольствием
- У детей формируются позитивное отношение к процессу познания, уверенность в своих силах, развивается произвольное внимание
- Игра позволит продлить удовольствие от занятий и закрепить полученные знания
- Рекомендуются для занятий с детьми в детском саду и дома
- В каждой тетради 16 цветных страниц с заданиями и игра-вкладка на картоне формата А3



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

**Тел.:** (495) 656-75-05, 656-73-00

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

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



## УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Движение вперед, достижение новых вершин — кредо издательства «Творческий Центр СФЕРА». Прошел только год после запуска сайта подписных изданий **sfera-podpiska.ru**, а мы подготовили для вас несколько приятных сюрпризов.

Во-первых, мы обновили дизайн и возможности сайта. Надеемся, что вам понравится.

Во-вторых, расширились **возможности подписки** на наши журналы и приложения к ним. Теперь можно подписаться и оплатить подписку, **не выходя из дома!** На сайте **sfera-podpiska.ru** открыта возможность подписаться на первое полугодие 2016 г.:

Напрямую через редакцию.

На электронные версии журналов и приложений к ним.

Подписавшись на *электронную версию* наших периодических изданий, вы получите:

- доступ к журналу в день доставки тиража, не зависящий от причуд почтовой доставки,
- возможность использовать материалы для своих работ, выполненных на ПК,
- **БЕСПЛАТНЫЙ ДОСТУП** к архиву журналов, на которые вы подписались!

Что нужно сделать, чтобы подписаться на электронный журнал? Для этого зайдите на сайт **sfera-podpiska.ru**, в раздел Подписка. И выполните необходимые действия по инструкции. Надеемся, что все получится.

**Спасибо, что вы с нами!**

С наилучшими пожеланиями,  
канд. пед. наук, член-корр. МАНПО  
генеральный директор и главный редактор

*Цветкова Т.В.*



**Издательство «ТЦ Сфера»**  
**Периодические издания**  
**для дошкольного образования**

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

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

Если вы не успели подписаться на наши издания,  
то можно заказать их в интернет-магазине: [www.tc-sfera.ru](http://www.tc-sfera.ru).  
Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, (499) 181-34-52.

На сайте журналов: [www.sfera-podpiska.ru](http://www.sfera-podpiska.ru) открыта подписка  
редакционная и на электронные версии журнала

## В следующем номере!

- Формирование осознанного отношения к своему здоровью на занятиях физической культурой и плаванием
- Носовые кровотечения у детей
- Особенности занятий физической культурой с часто болеющими детьми дошкольного возраста
- Готовность воспитанников домов ребенка к переходу в новые условия жизни

### Уважаемые подписчики!

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



**«Медработник ДОУ»**  
**2016, № 1 (61)**

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

2008 .

8

77-28788

13 2007 .

« — 80553,

36804 ( ),

« — 42120,

39757 ( ),

« — 10399 ( ).

: 129226,

, .18, .3.

/ : (495) 656-70-33, 656-73-00.

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

**[www.tc-sfera.ru](http://www.tc-sfera.ru); [www.sfera-podpiska.ru](http://www.sfera-podpiska.ru)**

. (495) 656-75-05, 656-72-05

18.01.16.

60×90<sup>1</sup>/<sub>16</sub> . . 8,0.

2200 .

©

« . . », 2015  
 © . . , 2015



4 607091 440263 00059



Ширмочки  
информационные

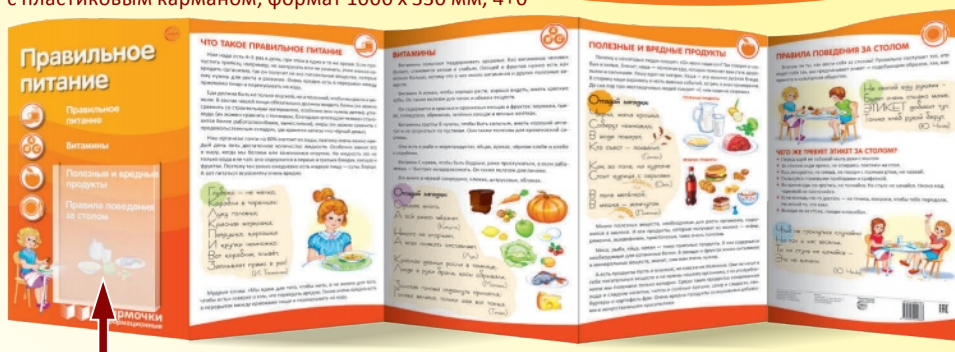
# Правильное питание



**В комплект входят:**

**Ширмочка**

с пластиковым карманом, формат 1000 x 330 мм, 4+0



Пластиковый карман для буклетов,  
входит 10 буклетов

**Буклет**

формат А4, 4+4



- Информационную ширмочку можно разместить в детском саду и дома: на шкафчиках в раздевалке, на столе, на подоконнике, на полочке и т.д.
- Ширмочки рассчитаны на детей и взрослых.
- Буклет представляет собой памятку для взрослых. Несколько буклетов вставляются в пластиковый карман на ширмочке, родители могут взять буклет для чтения дома. Буклеты можно приобрести отдельно, раздавать на родительских собраниях или размещать в уголках для родителей.
- Изучение родителями буклета — фактор эффективного взаимодействия в воспитании ребенка.
- В данном продукте реализована часть системы взаимодействия с родителями, что необходимо для реализации **ФГОС ДО** и закона «Об образовании в Российской Федерации».

**Также вышли следующие ширмочки и буклеты:**

- ✓ Правила безопасности дома;
- ✓ Правила безопасности на улице;
- ✓ Правила пожарной безопасности;
- ✓ Правила поведения при пожаре;
- ✓ Правила поведения на дороге и др.

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