

МЕДРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного образовательного учреждения

Особенности реакции
организма детей 5—7 лет
на работу с компьютером
Организация учебного
процесса в школе полного
дня на базе ДООУ
Диагностика и профилактика
нарушений осанки у детей
Программа адаптации детей
раннего возраста в ДООУ

№2/2011



МЕДРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного
Образовательного
Учреждения

ISSN 2220 – 1475

Содержание

2011, № 2 (22)

Колонка редактора	3
Гость номера Ж.Ю. Горелова	4

ГИГИЕНА

Факторы окружающей среды

Леонова Л.А., Лукьянец Г.Н., Макарова Л.В. Особенности реакции организма детей 5—7 лет на работу с компьютером	10
--	----

Режим дня

Осетрова У.Н. Организация учебного процесса в школе полного дня на базе ДОУ	19
---	----

Физическое воспитание

Бородина М.В., Огиенко Г.П. Комплексное использование средств физического воспитания в оздоровлении детей раннего возраста в условиях Крайнего Севера	27
--	----

ПЕДИАТРИЯ

Неинфекционные заболевания

Самохина И.В., Часовникова А.Н. Диагностика и профилактика нарушений осанки у детей	44
Чемоданов В.В., Краснова Е.Е. Соединительнотканые дисплазии у детей	53

ПЕДАГОГИКА

Оздоровительная работа

Ботова Ю.А. Организация деятельности МДОУ по укреплению здоровья дошкольников в условиях Крайнего Севера ..	62
---	----

Развитие ребенка*Козина Г.П.*

Составление комплексной программы
индивидуального образовательного маршрута
ребенка с ограниченными возможностями
здоровья 66

Психологическая помощь*Беляева Л.А.*

Программа адаптации детей раннего возраста
в ДОУ 75

АКТУАЛЬНО**Нормативные документы**

Санитарно-эпидемиологические требования
к устройству, содержанию и организации режима
работы в дошкольных организациях
(СанПиН 2.4.1.2660-10) 88
Протокол от 08.09.2010 № 18 «О завершении летней
оздоровительной кампании 2010 года в Российской
Федерации» 110

Медицинский кабинет*Склянова Н.А., Мотыко А.В.*

Методическое занятие для детей «Как правильно
промыть нос»? 119

А знаете ли вы? 123

Книжная полка 43, 124

Памятка авторам 126

Как подписаться 127

Анонс 128

**Подписные индексы журнала
«Медработник ДОУ» в каталогах:**

«Роспечать» — 80553; 36804 (в комплекте)

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

«Почта России» — 10339 (в комплекте)

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

Уважаемые коллеги!

В первом весеннем выпуске журнала разрешите поздравить всех женщин с Международным женским днем. Желаем вам здоровья, любви, мира в семье и профессиональных успехов. Без преувеличения можно сказать, что в своих нежных, добрых и любящих руках вы держите ключи от БУДУЩЕГО РОССИИ. Не случайно в своем Послании Федеральному собранию Президент РФ Д.А. Медведев так много внимания уделил вопросам государственной политики в области детства. Поставленные перед правительством задачи касаются самых разных направлений: улучшение качества медицинской, а также социальной помощи матерям и детям; проведение технологической модернизации детских поликлиник и больниц, повышение квалификации их сотрудников; поддержка молодых и многодетных семей; реализация программы реконструкции старых и строительства новых детских садов, отвечающих современным требованиям; поддержка вариативных форм дошкольного образования, в том числе системы негосударственных детских учреждений и семейных детских садов; создание дошкольных групп в общеобразовательных школах для детей, не посещающих детские сады; формирование и развитие ценностей здорового образа жизни.

«26 миллионов детей и подростков, живущих в нашей стране, должны полноценно развиваться, расти здоровыми и счастливыми, стать ее достойными гражданами. Это задача номер один для всех нас», — подчеркнул президент.

Наш журнал стремится внести свой посильный вклад в важнейшее для страны дело сохранения и укрепления здоровья детей. В сегодняшнем номере — программа «Солнышко» для адаптации детей раннего возраста к условиям ДОУ; использование масла «Олбас» в качестве средства профилактики простудных заболеваний в организованных детских коллективах; диагностика нарушений осанки и их профилактика; использование средств физического воспитания в оздоровлении детей в условиях Крайнего Севера; индивидуальный образовательный маршрут ребенка с ограниченными возможностями здоровья и многое другое.

Кроме того, мы начинаем публиковать текст СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях». Убедительная просьба ко всем нашим читателям присылать свое мнение о содержании основных положений документа, свои замечания и предложения. Мы обязательно напечатаем их на страницах нашего журнала.

Главный редактор Л.В. Макарова

Гость номера

Горелова Жанетта Юрьевна

д-р мед. наук, заведующий лабораторией эпидемиологии питания НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Москва

К вопросу о профилактике простудных заболеваний у детей дошкольного возраста

Острая респираторная инфекция (ОРВИ) — часто встречающееся заболевание. В большинстве случаев она имеет легкое течение, но может быть причиной и летального исхода и огромных материальных затрат на лекарства и больничные пособия. В структуре инфекционной патологии москвичей на ОРВИ приходится до 90% [3], на долю детей — более половины всех случаев заболеваний гриппом и ОРВИ. Уровень заболеваемости у детей в среднем в 4—6 раз выше показателей заболеваемости взрослых. Наиболее высокая заболеваемость регистрируется среди детей 1—2 лет и дошкольников 3—6 лет [3].

С учетом высоких распространенности и уровня заболеваемости профилактика острых респираторных заболеваний остается актуальной задачей современной медицины. Она предусматривает ограничение контактов с больными респираторными заболева-

ниями, проведение санитарно-гигиенических мероприятий, сокращение использования городского транспорта и удлинение времени пребывания ребенка на воздухе.

На сегодняшний день существует множество способов профилактики простудных заболеваний с помощью лекарственных препаратов, все методы основаны на повышении местной и общей резистентности организма.

Один из основных способов проведения профилактики — массовая вакцинация. Однако большое количество штаммов вирусов, каждый из которых имеет собственные иммунологические характеристики и способен вызвать ОРВИ, ограничивает возможность создания вакцин. На данный момент созданы вакцины против гриппа, но вирус его вызывают лишь 15% респираторных вирусных инфекций [3].

Для повышения общей резистентности организма проводят

так называемую комплексную профилактику, включающую как специфические методы (противовирусные препараты), так и неспецифические — прием иммуностимулирующих и гомеопатических препаратов, витаминотерапию. По данным исследований, эти методы в основном действительно снижают риск заражения простудными заболеваниями [2; 4—5].

К методам «местной» профилактики можно отнести, например, вакцинацию, осуществляемую путем ингаляции препаратов лизатов бактерий через нос; интраназальное применение препаратов интерферонов; промывание носа изотоническими растворами и ингаляцию эфирными маслами. Местные методы профилактики простудных заболеваний, проводимые ингаляцией через нос, являются оправданными, поскольку именно этот путь чаще всего служит «входными воротами» инфекции.

Ингаляция эфирными маслами — один из наиболее эффективных методов местной профилактики простудных заболеваний, так как эфирные масла обладают ярко выраженными антисептическими, противовирусными, бактерицидными и противовоспалительными свойствами [6; 7; 9].

Их мельчайшие частицы равномерно распределяются по всей слизистой оболочке дыхательных

путей: полости носа, гортани, трахеи и бронхов. Эфирные масла в полости носа через естественные отверстия проникают также в околоносовые пазухи — верхнечелюстные, лобные, оказывая и там свое профилактическое воздействие [1].

Следует иметь в виду, что эфирные масла можно использовать самостоятельно, без специального ингалятора, путем вдыхания их при нанесении нескольких капель масла на носовой платок или непосредственно из флакона. С помощью эфирных масел можно проводить как индивидуальную, так и коллективную профилактику.

Наиболее эффективна комбинация нескольких эфирных масел, обладающих различными взаимодополняющими свойствами, одновременно воздействующими на слизистую оболочку верхних дыхательных путей.

Одним из комплексных препаратов эфирных масел является «Олбас». В его состав входят натуральные чистые эфирные масла растительного происхождения (табл. 1).

В исследованиях, проведенных Kedzia, было показано, что именно эта комбинация масел обладает выраженным бактерицидным и бактериостатическим действием в отношении 40 основных патогенов, которые могут вызывать простудные заболевания. После 14 дней

Таблица 1

Состав масляного комплекса «Олбас»

Масло	Содержание в 10 мл БАК (биологически активного комплекса), %
Мятное (без ментола)	35,45
Эвкалиптовое	35,45
Каепутовое	18,50
Левоментол	4,10
Винтергринное	3,70
Можжевельное	2,70
Гвоздичное	0,10

ингаляции масла «Олбас» снижалось общее количество микроорганизмов на 46% и элиминировалось 74% патогенных культур в верхних дыхательных путях у детей с хроническими и рецидивными инфекциями дыхательных путей. Среди исследовавшихся бактерий были такие грам-положительные бактерии, как *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus pyogenes* и такие грам-отрицательные, как *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella oxytoca* и *Pseudomonas aeruginosa* [8].

«Олбас» защищает уязвимую в период зимних холодов слизистую носа от различных болезнетворных организмов. Также в исследованиях на здоровых добровольцах показано, что препарат хорошо переносится и не влияет на обонятельную и мукоцилиарную функции [10].

Для оценки клинической эффективности препарата было проведено открытое сравнитель-

ное исследование масла «Олбас» в качестве средства профилактики простудных заболеваний в организованных детских коллективах на базе д/с № 1767 Москвы с участием Л.С. Мироновой и А.Н. Плац-Колдобенко.

Под наблюдением находились 20 условно здоровых детей в возрасте 3—4 лет, 19 из которых имели в анамнезе ОРВИ продолжительностью от 5 до 12 дней 1—3 раза в год. Кроме того, по просьбе родителей в исследование вводился один часто болеющий ребенок (ОРВИ 5—6 раз в году), который за 12 недель наблюдения при использовании масла не заболел. В период исследования все дети находились в состоянии ремиссии и не имели каких-либо острых заболеваний респираторного тракта, кожных покровов или атопии. Диагнозы детей, находившихся на лечении маслом «Олбас», представлены в табл. 2.

Таблица 2

Диагнозы обследованных детей

Диагноз	Количество детей
ОРВИ (1—3 раза в год от 5 до 12 дней)	19
Из них:	
ОРВИ в анамнезе	10
Функциональные расстройства билиарного тракта (ДЖВП в анамнезе)	5
Атопический дерматит (пищевая аллергия в анамнезе)	4
Частоболеющие дети (ЧБД) (по просьбе родителей)	1
Всего детей	20

Обследованные в анамнезе ранее имели ОРВИ до 1—3 раз в год.

Контрольную группу составили дети с аналогичными диагнозами и того же возраста (20 чел.).

Масло «Олбас» использовали в течение трех месяцев в зимне-весенний период (в период подъема респираторно-вирусной заболеваемости). Масло наносили на салфетки и раскладывали в группах размещения детей. Последние вдыхали его в течение 20 мин, начиная первые процедуры с 5 мин, ежедневно увеличивая время каждой процедуры на 5 мин, доводя воздействие до 20 мин (по предложенной производителем методике). В выходные дни дети продолжали вдыхать масло дома по той же методике. Были выполнены все требования к состоянию детей по протоколу и методике проведения исследования масла «Олбас».

Обследование ребенка в процессе использования масла «Олбас»

- Оценка состояния здоровья ребенка и заболеваемости проводилась на первой неделе и после начала экспериментальной процедуры через три месяца (по осмотру, анкетам, историям болезни).

- Заполнение анкет выполнялось в ходе каждого осмотра ребенка.

- Оценивалось наличие или отсутствие осложнений, как путем визуальной оценки, так и на основании данных, полученных от участников (родителей).

На 8-й неделе исследования — 4 ребенка (20%) заболели ОРВИ. По просьбе родителей в терапию включили масло «Олбас». Средняя продолжительность ОРВИ у этих детей до исследования

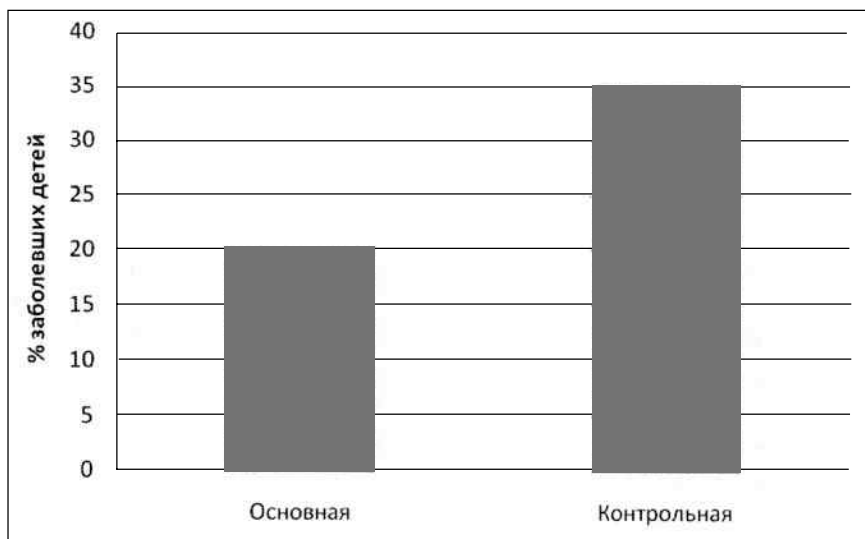


Рис. Количество заболевших детей (%)
в основной и контрольной группах

обычно составляла от 5 до 12 дней. На фоне применения масла, со слов родителей, продолжительность болезни сократилась на 1—2 дня, чем обычно, и составила в среднем от 3 до 8—10 дней.

У обследованных детей за период наблюдения больше простудных заболеваний не отмечалось. Детей, которые болели по несколько раз, не было. Других респираторных или аллергических проявлений в виде ринита у детей испытываемой группы во время лечения не выявлено.

У 7 детей (35%) контрольной группы за период наблюдения отмечалось от одного до трех заболеваний ОРВИ продолжительностью 5—12 дней, у одного ребенка в сочетании с аллергическим ринитом. Один раз заболели

4 ребенка, дважды — 2, трижды — 1 (см. рисунок).

За период наблюдения побочных реакций в виде аллергических высыпаний затрудненного дыхания не возникало. Ни у одного из 20 детей не наблюдалось других аллергических или общих реакций.

Врач, использовавший препарат, отмечает удобство его применения, эффективность по результатам исследования и его безопасность — по отсутствию побочных реакций.

Опрос родителей (по протоколу один из родителей в семье), давших согласие на проведение испытаний масла, также показал эффективность, удобство его использования, приближенное к обычной практике оздоровления,

и снижение частоты заболеваемости.

Учитывая, что масло «Олбас» применяли в зимне-весеннее время, на фоне подъема респираторно-вирусной заболеваемости, отмечена его хорошая эффективность.

Таким образом, результаты проведенного исследования по гигиенической оценке переносимости и эффективности представленного биологически активного комплекса подтвердили, что натуральное эфирное масло «Олбас» может использоваться для профилактики и оздоровления детей в зимне-весенний период в течение 3—4 месяцев в детских дошкольных учреждениях.

Литература

1. Анотин Р.Г. Местное введение лекарственных препаратов при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей // Лечащий врач. 2006. № 10.
2. Заплатников А.Л. Новые возможности профилактики и лечения ОРВИ у детей: эффективность и безопасность // Мат-лы науч.-практ. конф. «Фармакотерапия в педиатрии». М., 2005.
3. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь—май 2009 г. http://www.rosпотреbnadzor.ru/epidemiologic_situation
4. Лыткина И.Н., Волкова Н.А. Оценка эффективности некоторых современных препаратов при проведении неспецифической профилактики ОРВИ в детских организованных коллективах // Детские инфекции. 2004. № 4.
5. Селькова Е.П. Профилактика и лечение острых респираторных вирусных инфекций // Пособие для врачей. М., 2004.
6. Cermelli C, Fabio A, Fabio G, Quaglio P. Effect of eucalyptus essential oil on respiratory bacteria and viruses // Curr Microbiol. 2008 Jan; 56(1): 89—92.
7. Kamel Chaieb, Hafedh Hajlaoui, Tarek Zmantar, Amel Ben Kahla-Nakbi, Mahmoud Rouabhia, Kacem Mahdouani and Amina Bakhrouf. The Chemical Composition and Biological Activity of Clove Essential Oil, *Eugenia caryophyllata* (Syzgium aromaticum L. Myrtaceae): A Short Review // Phytother. Res. 21, 501—506 (2007).
8. B. Kedzia, J. Alkiewicz, E. Holdema-Kedzia, D. Zawadzka. Studies on the bacteriostatic and bactericidal effect of Olbas oil preparation on the upper respiratory tract microorganisms // Otolaryngol. Pol. 1997; 51 Suppl 27:355-4. Polish.
9. Mimica-Dukiж N, Bozin B, Sokoviж M, Mihajloviж B, Matavulj M. Antimicrobial and antioxidant activities of three *Mentha* species essential oils // Planta Med. 2003 May; 69(5): 413-9.
10. A.Olsewska-Ziaber, P. Zalewski, J.Olsewski. Clinical examination of Olbas oil tolerance and effect on nasal mucosa in healthy volunteers // Otolaryngol. Pol. 1997; 51 Suppl 25:353-5. Polish.

Особенности реакции организма детей 5–7 лет на работу с компьютером

Леонова Л.А.,

д-р мед. наук, профессор, чл.-корр. РАО;

Лукьянец Г.Н.,

канд. биол. наук;

Макарова Л.В.,

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

Повышенное внимание к исследованию работоспособности и состояния здоровья детей в связи с их работой на компьютере обусловлено спецификой этого вида деятельности. Имеющиеся исследования и наблюдения за взрослыми операторами ПЭВМ и школьниками-пользователями убедительно показали, что работа этой категории очень утомительна и отличается рядом особенностей [2; 7].

В последние годы новые информационные технологии все шире стали использоваться в дошкольном образовании. Наряду с несомненными достоинствами ПЭВМ возникла проблема сохранения здоровья детей при общении их с компьютером. Важность разработки указанной проблемы связана, с одной стороны, с отсутствием достаточной информации о влиянии ПЭВМ на детский организм, с другой — с имеющимися данными о специфике влияния такой работы на организм взрослых и школьников, обусловленной изменениями внешней среды помещений под влиянием работы компьютеров, особенностями зрительной работы, высоким нервно-эмоциональным напряжением, вынужденной рабочей позой.

Значимость подобных исследований можно обсуждать также и в связи с возрастными функциональными возможностями дошкольников, их бурной реактивностью на воздействие факторов среды (особенно неблагоприятных), в связи с неблагоприятной картиной состояния

ГИГИЕНА



здоровья детского населения страны, а также недостаточной изученностью вопроса.

Вопросы безопасного общения дошкольников с ПЭВМ на занятиях в детском саду изучались нами в течение ряда лет. Оценивалось влияние на организм ребенка самых разнообразных факторов, имеющих отношение к организации занятий с использованием ПЭВМ:

- длительность однократной работы с компьютером;
- кратность использования ПЭВМ в режиме дня и недели;
- оптимальные дни недели для проведения занятий;
- стиль поведения педагога, роль эмоционального фактора на занятиях с ПЭВМ и др.

К настоящему времени нами обследовано 1500 детей 5—7 лет.

В результате исследований было доказано, что работа дошкольников на ПЭВМ оказывает на их организм специфическое влияние. При сравнительном анализе реакции организма ребенка на занятия с ПЭВМ и традиционные занятия, проводимые без использования компьютеров (рисование, развитие речи), выявлены существенные различия. Несмотря на то, что все прочие условия на этих занятиях были идентичными (длительность, мотивация детей к занятиям, профессиональная подготовка преподавателей, стиль их поведения с детьми, внешнесредовые условия в помещениях), работа с компьютерами оказывала совершенно

иное воздействие на организм ребенка. Особенно четко это проявилось на примере изучения функционального состояния коры надпочечников [5].

Так, исходное (до работы на ПЭВМ) содержание кортизола в слюне было существенно выше, чем до рисования и занятий по развитию речи (соответственно $6,98 \pm 0,53$ нМоль/л против $4,35 \pm 0,59$ и $3,35 \pm 0,54$ нМоль/л). После работы на ПЭВМ уровень кортизола, хотя и имел тенденцию к снижению, но оставался достаточно высоким ($5,98 \pm 0,55$ нМоль/л). Рисование и занятия по развитию речи не оказывали выраженного влияния на изучаемый показатель.

Полученные результаты говорят о явном стрессогенном влиянии занятий с компьютером на организм дошкольников. В этом нас убеждает, кроме изложенного, и тот факт, что под нашим наблюдением во всех трех вариантах занятий находились одни и те же дети, которые имели к тому же достаточный опыт работы с ПЭВМ. Поэтому трактовать выявленные особенности реакции коры надпочечников детей на работу их с ПЭВМ как реакцию на новое для них педагогическое средство нет оснований.

Приведенные выше факты еще больше убеждают в значимости экспериментальных исследований, направленных на разработку здоровьесберегающих условий проведения занятий с использованием ПЭВМ.

Цель настоящего исследования — выявить возрастные особенности реакции организма детей 5—7 лет на работу с ПЭВМ.

Использовался метод естественно-гигиенического эксперимента: исследования проводились непосредственно на развивающих занятиях с использованием ПЭВМ в одном из детских садов Москвы. Дети работали в компьютерном зале, полностью соответствующем санитарно-гигиеническим требованиям к его устройству и оборудованию. В процессе занятий использовались специально разработанные педагогами и психологами компьютерные программы средней степени сложности.

Применялись информативные методики, которые можно было бы использовать и в естественных условиях обучения: хроно-рефлексометрия (зрительно-моторная реакция) и методика обработки полученных результатов, позволяющая определить функциональное состояние ребенка по одному из четырех признаков (состояние вработывания, первые признаки утомления, утомление, выраженное утомление), — для определения состояния нервной системы [6]; хронометраж работы — для исследования общей работоспособности [6]; кардиоинтервалография по Р.М. Баевскому — для изучения регуляции сердечного ритма. Регистрировалось 100 кардиоинтервалов. Рассчитывались общепринятые среднестатистические по-

казатели регуляции сердечного ритма; к зоне оптимального его регулирования относили значения «индекса напряжения» в пределах 60—180 отн. ед., поскольку в силу значительных индивидуальных различий и высокой реактивности регуляторных механизмов вегетативной нервной системы в ответ на компьютерную нагрузку именно в указанный диапазон укладывались, как показали наши исследования, результаты большинства детей 5—7 лет.

Под наблюдением были дошкольники 5—7 лет I и II групп здоровья. Дети обследовались до и после работы на ПЭВМ, кроме хронометража, проводившегося сплошным методом в течение всего занятия.

В связи с тем что условия общения с ПЭВМ для всех детей были одинаковыми (один и тот же компьютерный зал и условия внешней среды, одинаковые ПЭВМ и эргономика рабочего места, длительность работы — 15 мин; развивающие компьютерные программы средней степени сложности, со всеми детьми занимался один и тот же методист), можно было бы считать, что выявленные различия при работе на ПЭВМ в поведенческих реакциях и динамике реагирования физиологических систем детей разного возраста зависели главным образом именно от возрастных особенностей их организма.

Рассмотрим результаты хронометражных исследований за

поведением детей и проанализируем один из показателей, интегрально отражающий состояние работоспособности ребенка, — *длительность отвлечений от работы*. Оказалось, что у 5-летних детей средняя продолжительность отвлечений в первые 5 мин работы на ПЭВМ равнялась 24 с, а в последние 5 мин — 55, т.е. нарастала более чем вдвое. У детей 6 лет в первые 5 мин отвлечения занимали 18 с, в последние 5 мин — 37. У детей 7 лет соответственно 13 и 27 с. Таким образом, с увеличением возраста детей длительность отвлечений была меньше как в начале, так и в конце периода их работы на ПЭВМ. При этом характерно, что более выраженная разница отмечалась между 5- и 6-летними дошкольниками, а 6-летние дети по этому показателю приближались к 7-летним.

По результатам хронорефлексометрии (табл.1) видно, что за время работы на ПЭВМ при неизменном числе срывов дифференцировки латентный период зрительно-моторной реакции у 5-летних детей достоверно увеличивался (на 17,5 мс; $p = 0,01$), в то время как у 6- и 7-летних дошкольников он не изменялся. Согласно комплексной оценке функционального состояния ЦНС, число детей в состоянии вратывания, т.е. без признаков утомления, было наименьшим среди детей 5 лет (24%) и в половине случаев среди дошкольников 6 и 7 лет (56—50%). У небольшого числа детей наблюдались первые признаки утомления. Наибольшее число утомления и выраженного утомления отмечалось у 5-летних (соответственно 48 и 12%). Среди детей 6 и 7 лет их было существенно меньше (27 и 8%).

Таблица 1

Динамика показателей функционального состояния ЦНС у детей 5—7 лет в процессе занятий на ПЭВМ
(средние данные и их ошибки)

Возраст, лет	Время исследования	Латентный период реакции, мс	Количество срывов дифференцировочных реакций, %
5	До занятий	$259 \pm 4,5$	48
	После занятий	$277 \pm 3,8$	52
6	До занятий	$250 \pm 3,4$	49
	После занятий	$253 \pm 3,8$	49
7	До занятий	$265 \pm 6,0$	46
	После занятий	$261 \pm 5,3$	46

Таким образом, и по этим показателям дети 5 лет значительно отличались от дошкольников 6—7 лет, а 6-летние дети по своей реакции на работу с компьютером были схожи с 7-летними.

Анализ усредненных показателей регуляции сердечного ритма (кардиоинтервалография) свидетельствует о том, что в каждой возрастной группе отмечались свои особенности. У детей 5 лет, в отличие от дошкольников 6 и 7 лет, исходные (до работы на ПЭВМ) величины Dx и V были существенно ниже, а ИВР, ИН, ЧП — выше (табл. 2).

После работы на ПЭВМ у детей 5 и 6 лет наблюдалась сходная направленность изменения большинства показателей, причем у 6-летних приросты ИВР, ИН, Dx , V были более выражены. У детей 7 лет достоверно снижалась АМО и увеличивался Dx , изменение остальных показателей было незначительным (недостоверным), ИВР и ИН имели тенденцию к снижению.

Индивидуальный анализ показателей регуляции сердечного ритма говорит о том, что до работы на ПЭВМ в зоне оптимального напряжения регуляторных механизмов вегетативной нервной системы (ВНС) находилось 58% детей 5—7 лет. Наряду с этим обращает на себя внимание тот факт, что высокий уровень напряжения механизмов вегетативного обеспечения ССС до работы на ПЭВМ чаще встречался среди детей 5 лет (21%

случаев против 10 и 16% у 6- и 7-летних). Увеличенный, по сравнению с нормой, ИН после работы на ПЭВМ отмечался у 5-, 6- и 7-летних детей соответственно в 28, 25 и 17% случаев. Среди 7-летних в значительном числе случаев (58%) наблюдалось снижение ИН после работы. Встречались и случаи с низким уровнем активации ССС до работы на ПЭВМ: среди детей 5, 6, 7 лет соответственно в 15, 30, 25%.

Выявленные различия, вероятно, связаны с перестройкой механизмов регуляции ССС в возрасте 6—7 лет, когда становится возможным более активное участие центрального звена в вегетативном обеспечении регуляции ССС. Так, по сравнению с 5-летними детьми, величина Dx после работы на ПЭВМ была выше у 6-летних детей на 19,2%, у 7-летних — на 11,5%; значение V было выше соответственно на 24 и 8,1%. Это может говорить об активации парасимпатических каналов регуляции сердечного ритма.

Приведенные результаты свидетельствуют и о том, что между 6- и 7-летними дошкольниками тоже выявлены различия. Это отразилось как в исходных параметрах регуляции сердечного ритма, так и в их значениях после работы на ПЭВМ.

В отличие от детей 7 лет у детей 6 лет исходная вариативность кардиоинтервалов была существенно выше, а в ответ на компьютерную нагрузку боль-

Таблица 2

**Динамика статистических характеристик сердечного ритма
у детей 5, 6 и 7 лет в процессе занятий на ПЭВМ
(средние данные и их ошибки)**

Возраст, лет	Количество исследований	Время исследований	Статистические показатели сердечного ритма*						
			Мо, с	АМо, %	Дх, с	ИВР, отн. ед.	ИН, отн. ед.	V, %	ЧП, уд./мин
5	33	До занятий	$0,66 \pm 0,008$	$33,1 \pm 1,12$	$0,26 \pm 0,010$	$157,1 \pm 7,4$	$126,2 \pm 8,7$	$7,7 \pm 0,23$	$106,2 \pm 2,0$
		После занятий	$0,66 \pm 0,010$	$34,4 \pm 1,42$	$0,25 \pm 0,008$	$154,1 \pm 8,5$	$137,1 \pm 5,5$	$7,4 \pm 0,23$	$106,8 \pm 1,4$
6	51	До занятий	$0,67 \pm 0,007$	$31,7 \pm 0,74$	$0,31 \pm 0,009$	$129,1 \pm 5,7$	$99,2 \pm 4,9$	$9,6 \pm 0,22$	$100,2 \pm 0,80$
		После занятий	$0,67 \pm 0,009$	$35,5 \pm 0,82$	$0,28 \pm 0,012$	$170,6 \pm 6,0$	$130,0 \pm 5,0$	$8,0 \pm 0,27$	$101,1 \pm 1,46$
7	12	До занятий	$0,66 \pm 0,010$	$33,6 \pm 1,17$	$0,29 \pm 0,012$	$106,1 \pm 10,2$	$109,1 \pm 10,2$	$8,2 \pm 0,29$	$102,0 \pm 1,4$
		После занятий	$0,66 \pm 0,010$	$29,5 \pm 1,20$	$0,30 \pm 0,012$	$125,2 \pm 11,9$	$99,4 \pm 10,5$	$8,7 \pm 0,27$	$100,7 \pm 1,4$

* Мо — мода.

АМо — амплитуда моды.

Дх — вариационный размах.

ИВР — индекс вегетативного равновесия.

ИН — индекс напряжения.

V — коэффициент вариации.

ЧП — частота пульса.

шинство показателей изменялось у них более значительно (АМо, ИВР, ИН — увеличивались, а Dх и V — снижались).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что регуляция сердечного ритма детей 5 лет осуществляется по принципу автономного контура регулирования. У детей 6 и 7 лет активизируется центральный тип регуляции. При этом у детей 6-летнего возраста регуляция осуществляется с некоторым напряжением и преимущественным участием симпатической нервной системы. В 7 лет проявляется стабилизация сердечного ритма с активацией парасимпатических каналов регуляции сердечного ритма. Подтверждением служат снижение АМо после работы на ПЭВМ и стабильность большинства остальных статистических параметров регуляции сердечного ритма.

Удлинение R-R интервалов и тенденция к увеличению вариабельности сердечного ритма под влиянием умственной нагрузки в литературе расценивается как выражение наступающего утомления [3; 8]. Некоторые авторы [4] приходят к выводу о том, что сниженная вегетативная реактивность при повышенном эмоциональном напряжении свидетельствует о снижении адаптивности к нервно-психическим нагрузкам. По мнению Р.М. Бавевского и В.И. Кудрявцевой [1], это положение вполне соответствует современным представле-

ниям об умственном утомлении как центрально-корковом процессе.

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлено, что функциональное состояние ЦНС, механизмов регуляции сердечного ритма и общая работоспособность дошкольников 5—7 лет имеют свои особенности, четко проявляющиеся в процессе работы на ПЭВМ. Дети 5 лет и по исходным результатам исследования, и по реакции их организма на работу с ПЭВМ существенно отличаются от 6- и 7-летних.

Установлена менее благоприятная динамика функционального состояния ЦНС и работоспособности у 5-летних по сравнению с 6- и 7-летними детьми: утомление и выраженное утомление наблюдались у них после работы на ПЭВМ в 60% случаев.

В процессе работы на ПЭВМ проявились возрастные различия и по показателям состояния регуляции сердечного ритма. У детей 5 лет были более выражены автономный контур с преобладанием симпатического отдела ВНС, у детей 6 лет — неустойчивость регуляторных процессов, а также большие приросты статистических показателей сердечного ритма, отражающие влияние симпатического звена ВНС в ответ на компьютерную нагрузку. Для детей 7 лет был характерен выраженный дисбаланс в регуляции сердечного ритма с преобладанием парасимпатического отдела ВНС.

Все это говорит о специфике влияния работы с ПЭВМ на детский организм и о необходимости выделения дошкольников 5 лет в особую, отдельную от детей другого возраста, группу. Для них следует отдельно от других возрастных групп устанавливать нормы различных нагрузок (учебно-воспитательных, умственных, физических и пр.).

Наши результаты исследования хорошо согласуются с результатами физиологических и морфофункциональных исследований [9]. Согласно многочисленным данным, дети 5 лет по многим признакам существенно отличаются от 6-летних. Об этом свидетельствуют результаты изучения функционального состояния целого ряда физиологических систем (центральной нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, двигательной); исследования их возрастных резервных и адаптивных возможностей; современные научно-обоснованные представления о возрастных структурных преобразованиях коры большого мозга и мозжечка человека; особенности функциональной организации мозга и формирования когнитивной деятельности на разных этапах возрастного развития.

Например, полиморфный характер ЭЭГ (частота α -ритма от 8 до 10 Гц) присущ детям только до 5 лет включительно, а с 6 лет уже доминирует α -ритм частотой 9 Гц. Произвольное регулирование деятельности детей до 6 лет

очень несовершенно. Они не могут подчинить свои действия внешним управляющим влияниям, делают много ошибок. В отличие от них, 6—7-летние дети допускают немного ошибок и сами же их исправляют; время выполнения задания у них значительно короче, работают они сосредоточенно, не отвлекаясь.

Именно в период 5—6 лет начинается существенно развиваться и сердечно-сосудистая система, о чем свидетельствуют достоверное снижение величин объемного мозгового кровотока и показателя тонуса мелких мозговых артерий, снижение частоты сердечных сокращений, возрастание минимального артериального давления и ударного объема крови. В этот возрастной период довольно резко увеличиваются объемная скорость спокойного дыхания и прирост объема дыхания; резервные возможности системы дыхания возрастают в возрасте 6—7 лет.

Не остается в стороне и двигательная система. В частности, длительность заданного цикла движения постепенно уменьшается с увеличением возраста, но наиболее заметно в некоторые возрастные периоды и, что особенно примечательно, — от 6 до 8 лет, т.е. снова на границе 5—6 лет. Вследствие совершенствования регуляции произвольных движений способ механического копирования при выполнении задания по изображению (рисо-

вание) геометрических фигур, присущий детям 3—5 лет, сменяется в 5,5 лет способом осознанного выполнения движений по инструкции.

Такой интегральный показатель функционального состояния организма, как «умственная работоспособность» у 6—7-летних детей имеет более высокие значения, чем у 5-летних, работоспособность первых значительно устойчивее, чем у вторых.

Функциональное изменение детского организма на рубеже 5—6 лет созвучно с морфофункциональными изменениями различных образований головного мозга в этот возрастной период.

Все вышеизложенное убеждает нас в том, что нормирование работы на компьютере следует проводить с учетом возраста ребенка. Дети начинают работать на ПЭВМ, как правило, с 5—6 лет. Именно для этого возраста в систему развивающих педагогических средств в детском саду включают и компьютер с развивающими компьютерными программами. Следовательно, разработку правил использования компьютеров для детей 5—6 лет нужно проводить отдельно для каждого возраста.

Среди прочих правил, требований и рекомендаций особенно важное значение приобретают физиолого-гигиенические, направленные на сохранение здоровья детей.

Литература

1. Баевский Р.М., Кудрявцева В.И. Особенности регуляции сердечного ритма при умственной работе // Физиология человека. 1975. Т. 1. № 2.
2. Видеодисплейные терминалы и здоровье пользователей // ВОЗ. Женева, 1989.
3. Казакова М.И., Братанова В.В. R-R — интервалографические исследования школьников, обучающихся работе с персональным компьютером // Физиология человека. 1991. № 5.
4. Климова-Черкасова В.И., Кузменкин В.А. Вызванные потенциалы и адаптивные реакции на умственную нагрузку в норме и при нарушениях кровоснабжения мозга // Физиология человека. 1985. Т. 2. № 2.
5. Леонова Л.А., Макарова Л.В., Губернаторов Е.Е. Функциональное состояние коры надпочечников у детей 6 лет при работе на ПЭВМ // Мат-лы V Конгресса педиатров России «Здоровый ребенок». М., 1999.
6. Методики исследования детей и подростков, работающих на ЭВМ. М., 1988.
7. Новые исследования в психологии и возрастной физиологии. 1989. № 1.
8. Трегубов Е.И. Сравнительная оценка частоты и колеблемости сердечных сокращений у здоровых детей и больных хроническим тонзиллитом // Математические методы анализа сердечного ритма. М., 1968.
9. Физиология развития ребенка. Теоретические и прикладные аспекты / Под ред. М.М. Безруких, Д.А. Фарбер. М., 2000.

Организация учебного процесса в школе полного дня на базе ДОУ

Осетрова У.Н.,

врач-педиатр, МОУ «Начальная школа — д/с № 1»,
г. Ангарск Иркутской обл.

В соответствии с Законом РФ «Об образовании» здоровье человека отнесено к приоритетным направлениям государственной политики в области образования. По данным Министерства образования России, среди причин, влияющих на здоровье школьников, 21% составляют факторы внутришкольной среды. Это большая наполняемость классов, значительно заниженный уровень освещенности в школах, перегруженность учащихся основными и дополнительными занятиями, неблагополучие психологического климата школьных коллективов, неоправданная интенсификация образования на фоне ухудшения социально-экономической и экологической обстановки.

Среди факторов, негативно влияющих на особенности адаптации к процессу обучения в образовательных учреждениях, следует выделить нерациональную организацию учебного процесса, гиподинамию, несоответствие возрастных и индивидуально-типологических особенностей учащихся содержанию педагогических программ. Причинами также являются завышенный

объем учебных программ, учебников, их качество и полиграфическое оформление, неблагополучие в семье. Оптимизация системы «образовательная среда — ребенок» должна быть направлена на постоянное, берегающее здоровье, развитие, оптимальную организацию учебной деятельности. Одна из главных задач школы — создание условий, гарантирующих формирование и укрепление здоровья учащихся. Год от года совершенствуются и модернизируются различные методики, приемы и стратегии образовательной системы. Вместе с этим увеличивается и умственная нагрузка, поскольку объем учебного материала и литературы возрастает. Это является следствием огромного количества разных вариаций учебных планов, вводимых в действие без проверки на их соответствие возрастным особенностям и возможностям учащихся. Неудержимо растет число учебных предметов, предлагаемых для изучения, в итоге возрастает число одночасовых предметов. В связи с этим увеличивается время на приготовление домашних заданий,

снижается время двигательной активности, сна, что в результате приводит к ухудшению здоровья.

Цель работы — изучение режима дня первоклассников, посещающих школу инновационного типа, и сравнительное влияние учебного процесса в общеобразовательных школах и школе полного дня.

Материалы исследования. Настоящая работа написана на основе анализа исследования режима дня детей 6—7-летнего возраста. Базой для проведения исследования послужили общеобразовательные школы № 19, 32, 38 и школьное отделение «Начальная школа — детский сад № 1» г. Ангарска. Всего в исследовании участвовали 127 учащихся первых классов в возрасте 6,5—7 лет.

Результаты анализа. В ходе исследования были обнаружены нарушения режима дня у первоклассников в исследуемых общеобразовательных школах. Гигиенические требования должны строиться на постепенном наращивании объема учебной нагрузки, по так называемому «ступенчатому» режиму, согласно которому количество уроков и их продолжительность должны увеличиваться от 1-й к 4-й четверти. Однако при анализе учебной нагрузки в ходе исследования выявилось, что она превышает допустимую норму на 2 ч. При этом отмечались недостатки в

составлении расписания: сдвоенные уроки, отсутствие чередования легких и более трудных предметов, неправильное распределение учебной нагрузки в течение недели. Данный факт вызвал у детей к концу учебной недели неблагоприятные физиологические реакции со стороны нервной и сердечно-сосудистой систем. Кроме того, «прессинг» учебных воздействий негативно сказывается на стиле жизни младших школьников: порождает дефицит сна, двигательной активности, ограничивает пребывание на свежем воздухе, не оставляет времени для полноценного досуга, необходимого для формирования личности ребенка. По результатам опроса, в первых классах от дневного сна отказалось лишь 15% детей, при этом мальчики чаще испытывали потребность в дневном отдыхе по сравнению с девочками (10 против 6%). У 77% опрошенных первоклассников время ночного сна сократилось с 11 до 9 ч. В инновационном образовательном учреждении «Начальная школа — детский сад» первоклассникам сохранен дневной сон после уроков продолжительностью 1,45 ч и ночной сон — 9,45.

В ходе опроса первоклассников общеобразовательной школы установлено, что 33% учащихся бывают на свежем воздухе только по дороге в школу и домой; 23 — гуляют 2—3 раза в неделю (в основном в выходные дни) в течение 1—1,5 ч; 44% — гуляют еже-

дневно по 1,5—2 ч в сочетании с подвижными играми или занятиями спортом. Более того, лишь 12% опрошенных первоклассников делают утреннюю зарядку и посещают спортивные секции, остальные 88% занимаются спортом только на уроках физкультуры.

В ходе исследования было отмечено увеличение числа детей с преобладанием левосторонних показателей в функциональной асимметрии мозга, а также обнаружилось нарушение у них организации учебного процесса. Истинных левшей среди обследуемых нами детей оказалось 10%, причем среди мальчиков их доля была выше в сравнении с девочками (6,2 против 3,8%). В процессе обучения у исследуемых детей с преобладанием леволатеральных показателей степень «рукости» снижалась к концу учебного года, что связано с преобладанием стандартных школьных программ, по-прежнему рассчитанных на праворуких детей. Более того, при организации учебного процесса педагогами не учитывались особенности работы с леворукими детьми. Таким образом, организация качественного обучения детей без ущерба для состояния здоровья связана с изучением морфофункциональных и психофизиологических особенностей их организма уже с момента рождения, поэтапным определением степени готовности к учебной нагрузке, созданием оптимальных условий обучения и отдыха детей.

Преимущества школы продленного дня в МОУ «Начальная школа — детский сад» в решении задач образования, обеспечения развития учащихся состоят в том, что школьники в течение нескольких часов ежедневно после уроков остаются в школе (12-часовое пребывание, сон — включая дневной), им обеспечивается возможность заниматься в благоприятных условиях, горячее 4-разовое питание, помощь при выполнении домашнего задания, благоприятное влияние на качество обучения основных режимных моментов: прогулка, утренняя гимнастика (с элементами дыхательной гимнастики), психогимнастика, уроки здоровья (аэробика, ЛФК, закаливание: босохождение, контрастные ванны, обливание), фиточай; факультативные занятия; спортивные секции; самоподготовка (коррекционная работа); комплексное (психолого-педагогическое и медико-социальное) сопровождение решения образовательных задач. Вряд ли нужно говорить о неоценимой помощи продленного дня для работающих родителей и тем семьям, где нет необходимого надзора и условий для занятий и отдыха ребенка. Развитие школы с продленным днем шло прежде всего по пути совершенствования учебно-воспитательного процесса, привлечения специалистов к организации во внеурочное время кружков, студий, секций, различных клубов. Эти незначительные преобра-

зования открыли широкие возможности построения более рациональной и эффективной системы внеурочной деятельности учащихся и всего режима работы школы. Используя средства в пределах, установленных для организации продленного дня, школа имеет возможность избежать многих сложностей в организации учебного процесса, обеспечить свободный выбор учащихся по интересам, гибкий режим, учитывающий семейную ситуацию и индивидуальные особенности каждого ребенка. Само понятие «продленный день» относится к режиму группы учащихся, которые после уроков остаются в школе. Под наблюдением воспитателя они гуляют, обедают, готовят домашние задания, а в оставшееся время играют или читают. Иное содержание понятия «школа полного дня». Оно относится не к определенной группе школьников, а к школе в целом, и не только к ее режиму, а ко всему организационно-педагогическому укладу. Школа полного дня — это новый тип школы, открытой целый день и обеспечивающей максимальное раскрытие способностей ученика, его всестороннее психосоциальное развитие через коллективную совместную работу с учениками и учителем, общение и дискуссии с другими учениками. Главная задача школы полного дня — использование всех имеющихся ее ресурсов, социума,

семьи для воспитания социально ответственной личности, чтобы каждый ученик имел возможность проявить свои уникальные качества. Режим школы полного дня обеспечен значительным количеством часов двигательной активности, спортивными занятиями, плаванием, динамическими часами на свежем воздухе (аэрацией). Расписание основных предметных часов составлено с учетом чередования интеллектуально активных часов с интеллектуально пассивными или разгрузочными, наличием психологических пауз, релаксации. Ежедневно проводятся:

- урок физкультуры — единый спортивный час (5 ч в неделю), разработанный в результате научно-методического исследования;
- секционные спортивные занятия (по интересам детей);
- занятия с психологом;
- ароматерапия;
- кружки и студии дополнительного образования;
- развивающие мероприятия;
- индивидуальные занятия.

Подавляющее большинство (75—100%) обучающихся в начальных классах удовлетворяют свою биологическую потребность в двигательной активности за счет организации различных спортивных игр, секций, плавания, хореографии и др. в рамках школы полного дня. Почти такое же количество младших школьников (58,3—100%) от 1,6 до 3,3 ч в неделю посещают кружки эс-

тетической направленности в соответствии со своими интересами. Одна из важных особенностей деятельности школы — комплексная оздоровительная работа с учащимися с учетом их состояния здоровья:

- фитопрофилактика и фитотерапия;
- профилактические курсы простудных и вирусных заболеваний с использованием гомеопатических препаратов;
- витаминпрофилактика (курсами 2 раза в год);

- лечебный массаж (курсами 2 раза в год);
- санация полости рта;
- диетическое питание (по медицинским показаниям);
- организация физиотерапевтических процедур (тубус-кварц, ингаляции через небулайзер);
- ежегодная противогриппозная вакцинация;
- формирование мотивации к здоровому образу жизни.

Весь этот комплекс мероприятий дает соответствующий положительный результат (см. таблицу).

Таблица

**Сравнительные характеристики образовательных функций
в школах различного типа**

Функции	Общеобразовательные школы № 19, 32, 38	Школа полного дня МОУ «НШДС № 1»
Управление	Организация учебного процесса на уроках	Организационно-педагогический уклад школы
Обучение	Классно-урочная система	Самоподготовка, групповая работа, работа в парах сменного состава, проектная деятельность. Образовательные кружки, научные общества, экскурсии, конкурсы
Воспитание	Подконтрольно только учебное время	Кружки и микрокружки по интересам, дискуссионные собрания, дебаты, наращивание свободного времени для самостоятельного выбора учащимися деятельности по интересам
Уход за детьми	Во время уроков гигиеническая и бытовая забота	Увеличивается время на питание, отдых, прогулки, школа начинает выполнять функцию семьи
Административно-хозяйственная	Материальное обеспечение учебного процесса (занимаются представители администрации и учителя)	Материальное обеспечение уклада школы (занимаются представители администрации, учителя, члены семьи, ученики, социальные партнеры)

Организация учебного процесса

Содержание учебного процесса в обычной массе школ также имеет достаточно факторов, отрицательно влияющих на состояние здоровья учащихся.

Основные виды школьной работы учащихся начальной школы — письмо и чтение. Отмечается, что данные виды деятельности предъявляют повышенные требования к коре головного мозга, зрительному анализатору, мышцам тела, удерживающим рабочую позу. При письме особенно напряжен опорно-двигательный аппарат руки (мелкие мышцы, связки, суставы), еще не закончивший своего развития. Зрение ребенка также напрягается, а морфофункциональное созревание зрительного анализатора еще не закончено и продолжается до 10—12 лет. Поэтому длительность непрерывного письма для детей первого класса не должна превышать 3—5 минут. Процесс чтения для первоклассников на начальном этапе обучения, когда навык непрочен и владение техникой несовершенно, напряжен и утомителен. Показатели работоспособности детей после уроков чтения ниже, чем после уроков математики и русского языка. Работа с учебником отличается от чтения художественной литературы: материал, данный в учебнике, надо запомнить, иногда пересказать, поэтому один и тот же текст прихо-

дится перечитывать несколько раз. Как показали исследования, школьники во время чтения не устраивают никаких перерывов. Длительные однообразные раздражители вызывают у детей младшего школьного возраста смену процессов возбуждения торможением, поэтому нецелесообразно в начальной школе делать двоянные уроки по одному предмету. Полезно иметь в виду результаты исследований, показывающие, что трудность предмета и его утомляющее воздействие не всегда совпадают. Так, математика относится к числу трудных предметов, однако наиболее утомительны уроки чтения и музыки. Наиболее благоприятные условия для выполнения смены умственного труда и физической нагрузки создаются в группах продленного дня. Сравнение состояния здоровья детей, посещающих и не посещающих группы продленного дня, было в пользу первых. Соблюдение гигиенических и педагогических рекомендаций по ведению спортивных занятий, прогулок на свежем воздухе с элементами физических упражнений, подвижных игр в определенное время дня дает весьма положительные результаты. У детей легче снимается утомление, вызванное учебными занятиями, отмечается улучшение состояния здоровья, быстрее вырабатываются навыки самостоятельной работы, повышается успеваемость.

Организация режима внеурочной деятельности

Как правило, в обычной школе характерно компактное расположение в режиме дня внеурочных мероприятий, чаще всего с учетом отсутствия в большинстве их органов ученического самоуправления ученики почти не задерживаются в школе. В период каникул и выходные дни следует увеличить время пребывания на воздухе, где можно организовать подвижные игры, спортивные занятия, соревнования, экскурсии, походы, больше отводить времени творческой деятельности учащихся. На этом важно акцентировать внимание родителей, поскольку даже в каникулярное время у детей преобладают статические виды деятельности (просмотр телепередач, занятия за компьютером).

Школа полного дня имеет все возможности так организовать работу, чтобы чередовать учебу, труд, отдых, развивающую деятельность учащихся с учетом их возраста и возможностей школы. Режим представляет собой сочетание социально-экономических и психолого-педагогических отношений учебно-воспитательного процесса с внутришкольными и внешкольными аспектами жизнедеятельности детей. Работа этой школы строится с учетом всего комплекса определяющих его предпосылок и моментов: интересов семьи, возможностей школы, специфики дифференцированной работы с учащимися, стремлений и интере-

сов самих учащихся. Наиболее важная и специфическая особенность школы полного дня — сочетание обязательных для учащихся мероприятий со свободно избираемыми, реализация возможности занятий во внешкольных учреждениях и возвращения в школу и т.д. Режим тесно связан с внедрением принципиально новых систем организации, учета, контроля и оплаты труда учителей и воспитателей. Структура режима характеризуется постепенным переходом от жесткой регламентации места, последовательности и количества времени деятельности учащихся к деятельности, построенной в основном на саморегуляции и самоконтроле с учетом состояния здоровья, интересов, уровня притязаний и общего развития конкретного ребенка. Самоподготовка (выполнение домашнего задания) должна начинаться не ранее 16 ч. Для первоклассников желателен послеобеденный пассивный отдых (сон) в течение 1—1,5 ч.

Организация питания

В понятие режим питания входит строгое соблюдение времени приемов пищи и интервалов между ними, правильное распределение ее количества и качества. При несоблюдении интервалов между приемами пищи нарушается нормальная желудочная секреция, снижается аппетит. Школьники без отклонений в состоянии здоровья должны принимать пищу 3—4 раза в день с интервалом в 3,5—4 ч. Помимо завтрака и ужи-

на в домашних условиях учащиеся школы полного дня обеспечиваются 4-разовым питанием. Первоклассники общеобразовательных школ обеспечены горячим питанием, после второго урока 80% учащихся обедают в школьной столовой, при отсутствии контроля со стороны взрослых режим питания дома нарушается.

Заключение

Здоровье школьников находится в прямой зависимости от условий обучения, питания, двигательной активности, правильного чередования нагрузки и отдыха, условий семейного воспитания. От состояния здоровья школьников напрямую зависят и результаты успеваемости, что возможно только при создании благоприятной образовательной среды для поддержания личностного развития каждого ребенка. Опыт работы школы полного дня свидетель-

ствует, что только личностно-ориентированное обучение, основным субъектом которого является ученик с присущими ему психофизиологическими качествами, и здоровьесберегающая среда позволяют реально влиять на формирование иммунологического потенциала детей, способствовать охране и укреплению здоровья подрастающего поколения. Показана эффективность применения физиолого-гигиенически обоснованного расписания занятий детей в течение дня, организации питания, физического воспитания, лечебно-профилактической работы. Оптимальное санитарно-гигиеническое состояние образовательной среды обеспечивается достаточно высоким уровнем материально-технического оснащения образовательного пространства, т.е. ресурсного обеспечения в процессе личностно-ориентированного обучения в школе полного дня.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

По данным Росстата, в 2009 г. наблюдается существенное снижение показателя младенческой смертности по сравнению с 2008 г. Так, число умерших детей в возрасте до 1 года уменьшилось на 126 человек, а показатель младенческой смертности на 1000 родившихся снизился на 0,3 процентного пункта. В 2008 г. он составил 8,5 умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми (в 2007 г. — 9,4).

Смертность детей в возрасте до 1 года по всем основным классам причин смерти существенных изменений не претерпевала. Наиболее частыми причинами младенческой смертности являются: от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде — 46%; врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений — 24; болезней органов дыхания и внешних причин смерти — по 7%.

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

Комплексное использование средств физического воспитания в оздоровлении детей раннего возраста в условиях Крайнего Севера

Бородина М.В.,

заведующий, педагог высшей категории;

Огиенко Г.П.,

старшая медицинская сестра высшей категории, МБДОУ № 78 «Детский сад комбинированного вида “Василек”», г. Норильск

Проблема сохранения и укрепления здоровья детей на Севере актуальна на протяжении многих лет. При адаптации детей к сниженной температуре среды, низкой общей и ультрафиолетовой освещенности, гиподинамии, возникающих в осенне-зимний период года, деятельность различных функциональных систем снижается. Эти данные свидетельствуют о необходимости проведения закаливания во все сезоны года, в особенности в осенне-зимний период, что поможет снизить заболеваемость в 2—3 раза.

Комплексный метод оздоровления «Тропинка здоровья» направлен на одновременное укрепление здоровья детей раннего возраста всеми средствами физического воспитания: физическими упражнениями, природными и психогигиеническими факторами посредством интеграции

физкультурных и оздоровительных мероприятий. Таким образом обеспечивается систематическая тренировка при максимальном сокращении времени, отводимом специально на закаливание в общем режиме дня. За основу мы взяли традиционные методы закаливания (босохождение, воздушные ванны в сочетании с физическими упражнениями, «поптывание» в ванночке с мелкой галькой, местные ножные ванны), а также рекомендации выдающихся врачей-педиатров: С.М. Мартынова о совмещении босохождения с ежедневными ножными ваннами, с последовательным понижением температуры воды, и Г.Н. Сперанского о целесообразности проведения водных процедур после воздушной ванны. Водная процедура в ручейке (последний этап «Тропинки здоровья») схожа с рекомендуемыми последним

короткими ножными прохладными ваннами («топтанье в тазу»). Но в дошкольных учреждениях использование этой процедуры считается не совсем удобным (каждому ребенку нужно приготовить чистый таз с водой). Наш ручеек с сенсорным душем (рис. 1) решает эту проблему: температура проточной воды регулируется старшей медицинской сестрой. Новизна в том, что давление отдельных тонких струй воды (пульсирующий душ) оказывает массирующее действие на кожу стопы и голени ребенка, и вода ощущается более теплой, чем при обливании. Малыши очень любят ходить по воде. И нужно предоставить им эту возможность. Водная процедура в ручейке с постепенным понижением температуры воды с 30 до 18 °С направлена на увеличение адаптационных возможностей развивающегося организма (постоянное закаливание организма холодом приводит к тому, что при неожиданном переохлаждении срабатывает защитный рефлекс, препятствующий возникновению простуды и связанных с ней более серьезных заболеваний).

Воздушные и водные процедуры на зимней «Тропинке здоровья» комбинируются в определенной последовательности: сначала воздушные процедуры в сочетании с босохождением по различным компонентам из при-

родных материалов (рис. 2) и непосредственно за ними — водная процедура.

Эффективность закаливания увеличивается, если его проводить при активном режиме, т.е. если во время процедур выполнять физические упражнения. Мышечная деятельность повышает теплопродукцию организма, допускающую более быстрое нарастание интенсивности холодовых воздействий. Движения требуют пространства. Малыши, свободно преодолевая препятствия на «Тропинке здоровья», реализуют потребность в двигательной активности и своевременно овладевают всеми видами основных движений. Преодоление полосы препятствий из различных природных массажеров способствует разогреванию стоп. Ходьба по бревну, прерывистой дорожке из спилов деревьев, перешагивание через пеньки способствуют совершенствованию у детей жизненно необходимых двигательных умений и навыков.

Возможность систематического использования природно-оздоровительных факторов «Тропинки здоровья» (хождение босиком по искусственным грунтовым дорожкам, топтанье по мелкой промытой речной гальке в ящике) в холодное время года — хорошая профилактика плоскостопия у детей. Пролезание в норку (рис. 3) и ловля бабочки — увлекательная профилактика сколиоза.



Рис. 1. Ручеек с сенсорным душем

«Тропинка здоровья» — отличное средство для тренировки терморегуляционного аппарата и профилактики психоэмоционального напряжения. Физическая нагрузка — лучшее средство снятия нервного напряжения. Использовать движения в качестве противовеса отрицательным эмоциям рекомендовала, например, Н.П. Бехтерева. Известный русский физиолог И.П. Павлов говорил о том, что любая физическая деятельность дарит мышечную радость, создавая устойчивое настроение. На фоне спокойной музыки (звуки леса) дети самостоятельно, в индивидуальном темпе занимаются на

несложной полосе препятствий. Задача взрослых — подстраховывать их. Для поддержания интереса детей к движению по тропинке воспитатели организуют им встречи с различными игровыми персонажами, сказочными героями, роли которых исполняют дошкольники старшего возраста. Это способствует снятию монотонности детской жизни, обеспечению эмоционального благополучия малышей. Комплексный метод оздоровления «Тропинка здоровья» способствует развитию социальной компетентности малышей и через расширение круга взаимодействия со взрослыми (медицинский персонал, психолог,



Рис. 2. Дорожка из крупной гальки

инструктор по физической культуре и т.д.).

Показателями эффективности закаливания детей на «Тропинке здоровья» служат:

- снижение заболеваемости (по отношению к контрольной группе);
- повышение уровня физического развития;
- развитие основных психических процессов;
- гармоническое сочетание нервно-психического и физического развития детей.

Основные особенности терморегуляционной системы ребенка раннего возраста

1. Незрелость нервной системы. Этим объясняется еще недостаточно четкая ее деятельность в регу-

ляции тепла, например, когда у ребенка при действии одинаковых факторов температура тела бывает выше, чем у взрослого.

2. Кожа ребенка отличается нежностью и незрелостью всех слоев (в частности мышечного). Вследствие этого у детей до 2,5 лет можно не наблюдать так называемой «гусиной кожи», образующейся для уменьшения теплоотдачи и профилактики переохлаждения.

3. По сравнению со взрослым, кожа малыша имеет большую поверхность ($0,069 \text{ м}^2$ у ребенка и $0,025 \text{ м}^2$ у взрослого на 1 кг массы тела), поэтому детский организм в одних и тех же условиях быстрее охлаждается, чем взрослый.

Наряду с возрастными особенностями организма имеются так-



Рис. 3. Пролезание в норку

же индивидуальные различия, проявляющиеся в своеобразии ответных реакций на закаливающие процедуры. Они определяются врожденными свойствами организма, особенностями типологической направленности высшей нервной деятельности.

Дети по состоянию здоровья могут быть отнесены к одной из трех групп закаливания:

1-я — здоровые, ранее закаливаемые;

2-я — здоровые, но ранее не закаливаемые или находящиеся в периоде выздоровления от острых заболеваний, а также дети с функциональными отклонениями (из «группы риска»);

3-я — имеющие отклонения в состоянии здоровья, ослабленные дети (ЧБД, с хроническими очагами инфекции).

Вопрос о назначении ребенку группы закаливания, а также о ее

замене решается врачом. Замена группы возможна только спустя два месяца после очередного заболевания.

Дети 3-й группы принимают процедуры без снижения температуры, а для детей 2-й группы начальная и конечная температура закаливающего фактора на $1-2^{\circ}\text{C}$ выше, снижение температуры идет медленнее: не через 2 дня на 3-й, а через 7—8 дней.

Закаливание можно начинать и далее проводить только при полном здоровье ребенка.

Постоянных противопоказаний для проведения закаливания нет. Могут применяться лишь ограничения в дозе и длительности воздействующих факторов с учетом состояния здоровья.

Временные противопоказания: острый период заболевания, обширное повреждение кожи, тяжелые травмы.

После острого периода заболевания длительностью до 10 дней величина холодового воздействия ослабляется на 2—3 °С по сравнению с температурой последних процедур. При прекращении закаливания на 10 дней и более рекомендуется возвращаться к начальной методике закаливания. После перерыва с разрешения врача возобновление занятий следует начинать с тех степеней воздействия, которые были в начале закаливающих процедур; нарастание воздействий происходит быстрее, чем при начальном периоде закаливания.

Начинать закаливание можно в любое время года, однако предпочтительно теплое (в холодное время года воздействие средовых факторов в начале закаливания уменьшается и необходимо его более постепенное нарастание, нежели в теплое время года).

Основные принципы адаптирующих закаливающих мероприятий

1. При закаливании организма недопустимо форсированное снижение температуры или увеличение продолжительности процедуры. Это особенно важно учитывать в работе с детьми раннего возраста. У них реакция на воздействие закаливающей процедуры может проявиться не сразу, а только через 2—3 дня. Признаками избыточного охлаждения являются «гусиная кожа» и дрожание.

2. Систематичность закаливания — это регулярное повторение закаливающих воздействий (начиная с раннего детства и на протяжении всей жизни). Следует помнить, что закалить ребенка, как говорится, наперед невозможно, какие бы усилия к этому ни прилагались. Даже у взрослого прекращение закаливающих процедур снижает устойчивость организма к холоду через 2—3 недели, а у ребенка это происходит в еще более короткие сроки, через 5—7 дней. Закаливание подготавливает организм малыша к переходу от одного сезона к другому, тренирует его защитные и приспособительные механизмы, чтобы они могли оптимально противостоять колебаниям интенсивности действия факторов внешней среды. Все мероприятия по закаливанию детей будут эффективными тогда, когда потребность в закаливающей процедуре станет такой же, как в еде, сне и др.

3. Учет индивидуальных и возрастных особенностей организма ребенка: состояние его здоровья, физического и психического развития, типологических особенностей нервной системы, чувствительности к действиям закаливающих агентов. В соответствии с этими особенностями назначается закаливающая нагрузка.

4. Наличие обязательной эмоционально-положительной реакции малыша на любую закаливающую процедуру.

5. Многофакторность закаливания — использование разных физических агентов: холода, тепла, механического движения воздуха, воды и др. (нельзя закалить ребенка только, например, водными процедурами).

6. Полиградационность закаливания — применение раздражителей, разных по силе и времени воздействия (слабые, сильные, быстрые, медленные, средние). Цель такого закаливания — не дать организму привыкнуть только к одному стереотипу закаленности (если действовать, например, только контрастным душем). При условии полиградационности в закаливании вырабатывается готовность организма без отклонений воспринимать различные естественные термические воздействия, встречающиеся в жизни.

7. Сочетаемость общих и местных охлаждений. Так, при обливании стоп тело остается незакаленным, и наоборот — водные процедуры (обливание до пояса) не обеспечивают устойчивости стоп к холоду. Оптимальная устойчивость организма ребенка достигается при чередовании общих закаливающих процедур с местными, направленными на наиболее чувствительные к действию холода области (стопы, носоглотка, поясница). Воздействие закаливающих агентов следует адресовать к различным участкам тела.

8. Выполнение закаливающих процедур для повышения устойчивости организма к термическим воздействиям в разном состоянии его терморегуляции, как в покое, так и при различной двигательной активности ребенка. Закаливающие процедуры не должны быть монотонными, их следует варьировать по силе, продолжительности, использовать в сочетании с физическими упражнениями или без них.

9. Состояние организма — учет предшествующей деятельности. Интенсивные, непривычные мышечные нагрузки могут затормозить течение термовосстановительного процесса после охлаждения даже у закаленных детей.

Для текущего контроля за проведением закаливающих процедур и влиянием их на здоровье ребенка воспитатель должен знать внешние признаки переохлаждения и перегревания организма.

Различают три фазы действия холодового фактора на организм:

1) спазм (сужение) кожных сосудов, отлив крови к внутренним органам, кожа становится бледной и холодной;

2) расширение сосудов, прилив крови из внутренних органов к периферии, наступает ощущение тепла;

3) застой крови в результате спастического состояния капилляров, появление бледности с цианотическим оттенком, мы-

шечная дрожь, съеживание (поза сохранения тепла).

Если физиологическая реакция проявляется при первой и второй фазах, внешние признаки которых свидетельствуют об эффективности закаливающей процедуры, то третья фаза — патологическая, говорящая о том, что организм переохладился. Ее при закаливании допускать нельзя.

Существуют три фазы реакции организма на действие пониженной температуры воды:

1) сосудосуживающий эффект, появление озноба, а в целом — реакция напряжения. Затем наступает адаптация к низкой температуре воды, в результате чего реакция напряжения уменьшается, урежается частота сердечных сокращений, снижается артериальное давление;

2) кожные сосуды расширяются, в результате чего кожа розовеет или становится красной, усиливаются обменные процессы. Данная фаза характеризуется улучшением самочувствия, увеличением активности, работоспособности;

3) истощаются приспособительные возможности организма, и вновь сосуды сужаются — проявляется терморегуляционная реакция для ограничения теплоотдачи. При этом кожные покровы становятся бледными, подчас с синюшным оттенком, начинается озноб.

Третья фаза наступает, если водная процедура осуществляется несоразмерно с адаптивными возможностями организма, что вызвано чаще всего длительностью гидротерапии.

Закаливающее действие водной процедуры обусловлено первой и второй фазами. При систематическом воздействии прохладной воды время первой фазы сокращается, и более быстро наступает вторая фаза.

Методику закаливающих процедур нужно строить таким образом, чтобы у ребенка не наступила третья фаза воздействия воды. В особенности это важно по отношению к детям раннего возраста. Контроль за уменьшением кровенаполнения кожных сосудов необходимо проводить с помощью измерения температуры кожи конечностей (тыла голени).

Необходимо следить за признаками переохладения. При появлении «гусиной кожи» ребенка надо сразу же одеть. У детей со склонностью к аллергическому диатезу переохладение наступает быстрее.

При внимательном наблюдении за поведением и общим состоянием ребенка можно заметить отклонения в его настроении и самочувствии. Они могут быть признаком начинающегося заболевания. Если ребенок фактически здоров, значит, в режиме его дня или в мерах закали-

вания что-то не соответствует индивидуальным возможностям и в них следует внести изменения, чтобы получаемые ребенком нагрузки были посильны для его организма.

Основные признаки состояния ребенка

Настроение

О хорошем настроении говорят жизнерадостность ребенка, спокойствие, правильные реакции на окружающее. Если малыш подавлен, часто плачет или чересчур возбужден, беспричинный смех у него сменяется беспричинным плачем, это свидетельствует об отрицательных отклонениях в состоянии его организма. О хорошем самочувствии ребенка говорит его активное участие в играх и занятиях, о плохом — вялость, апатия, стремление к уединению. Если ребенок чувствует себя хорошо, к концу бодрствования у него появляется умеренная усталость; при плохом самочувствии ребенок в начале бодрствования активен в играх, проявляет интерес к занятиям, но не выдерживает их продолжительности, уединяется и засыпает раньше положенного времени.

Аппетит

При хорошем самочувствии проблем с аппетитом не бывает. При плохом состоянии ребенок

чрезмерно разборчив в еде, ест медленно, долго рассматривает пищу, легко отвлекается, порой отказывается есть.

Сон

При хорошем самочувствии у ребенка сон спокойный, глубокий, нормальной продолжительности, соответствующей возрасту; ребенок засыпает через 5—10 минут после укладывания в постель. При плохом состоянии ребенок спит беспокойно, сон его поверхностный (часто ворочается, легко пробуждается), иногда перед сном повышенно возбужден.

Во всех случаях проявления этих неблагоприятных признаков необходимо вносить поправки в режим дня ребенка, формы и методы его закаливания, снижая силу закаливающих воздействий (использовать дозы, рекомендованные для детей более младшего возраста).

Если поведение и состояние ребенка после поправок, внесенных в режим и закаливание, улучшились, значит, принятые меры были правильными.

Рекомендации по закаливанию детей на «Тропинке здоровья»

Сентябрь

Подготовительная работа с детьми. Босохождение — сначала по ковровому покрытию, а

Комплексное оздоровление детей

Этапы тропинки	Оздоровительное и общеукрепляющее действие	Рекомендации для воспитателей
1	2	3
Веселая разминка на полянке со сказочными персонажами (воздушная ванна в сочетании с упражнениями)	Углубление дыхания, усиление кровообращения, улучшение обмена веществ, развитие внимания, повышение эмоционального тонуса, жизнедеятельности организма. Высокий оздоровительный эффект	Разминка проводится в виде подвижной сюжетной игры, включающей 3—4 упражнения имитационного характера. Дети босиком и в трусиках, стоя врассыпную или в кругу, выполняют вместе со взрослым упражнения из разных исходных положений. Каждое упражнение повторяется 4—5 раз под характерную музыку (петушки, зайчики, неваляшки и т.д.). Для показа привлекаются дети старшего дошкольного возраста в костюмах игровых и сказочных персонажей, понятных детям, или с ростовыми куклами. Для ориентировки детей в пространстве можно сшить солнышко: каждый малыш находит себе лучик и, стоя около него, выполняет общеразвивающие упражнения. Необходимо следить за правильной осанкой детей. Комплекс упражнений можно несколько изменять через каждые 8—10 дней
Преодоление полосы препятствий из различных природных массажеров будет способствовать разогреванию стоп	То же	
Ходьба по бревну	Совершенствование и закрепление навыков ходьбы по ограниченной поверхности, упражнение в равновесии	Необходима страховка движений ребенка взрослым

Окончание табл.

1	2	3
Ходьба по дорожке из крупной гальки	Профилактика плоскостопия, укрепление мышц и связок голеностопа	Следить, чтобы дети использовали снаряды по назначению
Ходьба по прерывистой дорожке из спилов деревьев	Развитие чувства равновесия, воздействие на активные точки стопы. Совершенствование у детей жизненно необходимых двигательных умений и навыков	Помочь ребенку преодолеть чувство неуверенности, страха
Пролезание в норку	Профилактика сколиоза	Дети встают на четвереньки и пролезают через норку. Необходимо подбадривание боязливых, неуверенных детей на начальных этапах освоения «Тропинки здоровья»
Дотянись до бабочки (пчелки)	То же	Побуждение детей выполнить движение на выпрямление туловища
Топтание на островке с мелкой галькой	Профилактика плоскостопия	Следить, чтобы ребенок топтался в течение 20—30 с
Перешагивание через пеньки	Формирование навыка правильной ходьбы и равновесия	Важны страховка, поддержание положительного эмоционального состояния детей, постепенность в усложнении: сначала учим перешагивать через низкие пеньки (10 см), затем — через высокие (15 см)
Ходьба по мостику	Массирование стоп, профилактика плоскостопия, развитие координации движений, внимания	Очень важна страховка малышей!
Прохождение ручейка с сенсорным душем	Надежное профилактическое средство против различных случайных охлаждений тела. Повышение устойчивости организма к простудным заболеваниям. Закаливание наиболее уязвимых для охлаждения мест организма. Водные процедуры рефлекторно влияют на деятельность всех органов: сердце, легкие, мозговую ткань, а следовательно, на состояние нервной системы, кровообращение и дыхание	Проводится в течение 2—3 мин. Начальная температура воды для этой местной процедуры равна +28—30 °С (приближена к температуре кожи на лице, стопах, кистях рук). Далее охлаждают ее из расчета 1 °С в неделю. Нижние пределы температуры воды +20 °С. Для детей 3 лет ее снижают до +18 °С. По окончании процедуры ноги тщательно растираются махровым полотенцем

затем по непокрытому полу (во время физкультурных занятий на веранде, при подготовке ко сну). Хожение босиком можно начинать при температуре пола не менее 18 °С.

Октябрь

1-я неделя — веселая разминка на полянке со сказочными персонажами, затем дети ходят в носках по тропинке (до 5 мин);

2-я неделя — то же самое с босохождением по тропинке;

3-я неделя — то же самое с босохождением по тропинке без маек;

4-я неделя — то же самое с включением закаливания в ручейке (температура воды — 30 °С) — продолжительность до 10 минут.

С **ноября** закаливание проводится в полном объеме.

Комплексное оздоровление детей на «Тропинке здоровья» включает такие средства оздоровления, как закаливание воздухом, водой, стопотерапию, удовлетворение потребности в движении (см. таблицу).

План занятия на «Тропинке здоровья»

Задачи:

- укреплять здоровье детей, развивать физические и моральные навыки и качества;
- создать радостное настроение на занятии.

Предварительная работа:

- подготовка ребенка подготовительной к школе группы на роль Белочки;
- изготовление орешков для общеразвивающих упражнений.

* * *

Дети надевают спортивную форму и поднимаются в зимний сад, где их встречает медсестра, помогает раздеться.

Звучит веселая музыка, вбегает Белочка.

Воспитатель. Дети, к нам на зарядку пришла Белочка. Она принесла нам орешки. Белочка, раздай орешки детям, и начнем разминку.

Звучит музыка, дети по показу Белочки выполняют упражнения.

Комплекс оздоровительной гимнастики

I часть. Ходьба и бег вокруг солнышка за воспитателем и Белочкой. Остановиться вокруг солнышка — каждый ребенок напротив одного лучика.

II часть. Общеразвивающие упражнения (с орехами).

1. И.п. — стоя, ноги на ширине плеч, руки в стороны. Соединить руки, не сгибая в локтях, ударить орехом об орех, развести руки в стороны (6—7 раз).

2. И.п. — лежа на животе, руки с орехами согнуты, подтянуть их к плечам. Вытянуть руки вперед — «показать орехи солнышку», вернуться в и.п. — «спрятать» (стараться руки немного поднимать от пола) (4—6 раз).

3. И.п. — стоя, руки с орехами опущены. Присесть, коснуться орехами пола, выпрямиться, поднять руки вверх. Упражнение выполнять в бодром темпе, стараться полностью приседать (4—6 раз).

4. Подскоки на двух ногах на месте (15—20 с). Ходьба. Положить орехи на место.

Воспитатель хвалит детей за правильное выполнение упражнений, помогает Белочке в показе. По окончании гимнастики предлагает детям и Белочке пройти на тропинку.

Звучит фонограмма «Утро в лесу», дети проходят на тропинку и выполняют упражнения по схеме: идут по бревну; по каменистой дорожке из мелкой гальки; идут, наступая на деревянные спилы; пролезают в норку и, прогнувшись, дотягиваются до бабочки; заходят в короб с мелкой галькой; идут, перешагивая через пеньки. Воспитатель страхует детей на бревне, младший воспитатель следит, чтобы они, вылезая из норки, дотянулись до бабочки (выпрямили позвоночник).

Дети входят в ручеек, медсестра страхует, а воспитатель следит за прохождением детьми ручейка друг за другом. Дети выходят из ручейка, с помощью младшего воспитателя растирают полотенцем ножки, обувают сандалики, надевают футболки.

Белочка. Молодцы, дети!

Дети. Белочка, приходи к нам еще!

Комплексы веселой разминки с игровым персонажем на «Тропинке здоровья»

Оборудование: платочки, осенние листочки, ягоды, грибы, орехи, снежки, шишки, погремушки, ленточки, флажки, цветы, кубики.

Персонажи: лисичка, птичка, зайка, ежик, белочка, мышка, медведь, котик, курочка, собачка.

* * *

Лисичка с платочками

Воспитатель приглашает детей посмотреть, что лежит у Лисички в корзине. Дети смотрят, каждый берет по одному цветному платочку, играет с ним.

I часть. Ходьба чередуется с бегом. Напомнить детям, что нужно бегать, используя все пространство, не наталкиваясь друг на друга. Остановиться в рассыпанную (помочь детям встать так, чтобы не мешать друг другу при выполнении упражнений).

II часть. Общеразвивающие упражнения (с платочком).

1. И.п. — сидя на ковре, платочек в правой руке. Поднять платочек над головой, помахать и опустить на колени. То же выполнить левой рукой (3—4 раза каждой).

2. И.п. — стоя, взять платочек обеими руками за углы, руки опущены. Присесть, поднять платочек перед лицом «все спрятались, нет никого!», выпрямиться, опустить платочек — «вот наши детки» (4—6 раз).

3. И.п. — лежа на животе, платочек в вытянутой вперед руке.

Поднять руку вверх и опустить (3—4 раза каждой рукой).

4. Подскоки на месте на двух ногах.

5. Ходьба за воспитателем.

Положить платочки в указанное воспитателем место.

Зайка

с осенними листочками

I часть. Ходьба и бег за воспитателем. Взять листочки и встать в разных местах комнаты, повернувшись к воспитателю.

II часть. Общеразвивающие упражнения (с осенними листочками).

1. И.п. — стоя, в опущенных руках листочки. Поднять листочки вверх, покачать ими — «дует ветерок», опустить руки (3—4 раза).

2. И.п. — сидя, ноги вытянуть, листочки в обеих руках на коленях. Поднять руки вперед, показать листочки воспитателю, опустить руки (4—6 раз).

3. И.п. — стоя, в опущенных руках листочки. Присесть, положить листочки на пол, выпрямиться и поднять руки вверх, затем по указанию воспитателя присесть, взять листочки, выпрямиться (4—6 раз).

4. И.п. — сидя, ноги вытянуть, листочки между ногами, руками опереться об пол сзади. Развести ноги, соединить их вместе, стараться не сгибать в коленях (3—4 раза).

5. Бег врассыпную за воспитателем. Ходьба.

Птичка с ягодами

I часть. Ходьба и бег за воспитателем — «идем в лес за ягодами». Следить, чтобы дети во время ходьбы не шаркали ногами. «Посмотрите, как я хожу», — говорит воспитатель и показывает. Не следует обращать внимание на то, чтобы дети высоко поднимали ноги, так как при этом шаг ребенка становится значительно короче.

Воспитатель рассыпает ягодки и предлагает взять каждому по ягодке в одну и другую руку и повернуться к нему.

II часть. Общеразвивающие упражнения (с ягодками).

1. И.п. — стоя, руки с ягодками внизу. Поднять руки вперед, показать ягодки и спрятать их за спину (6—8 раз).

2. И.п. — лежа на спине, руки вдоль туловища. Поднять руки и ноги вверх, коснуться ягодками стоп ног и опустить (4—6 раз).

3. И.п. — сидя, ноги свободно лежат на полу. Поднять руки в стороны вверх, потянуться, опустить руки (3—4 раза).

4. И.п. — стоя, руки опущены. Присесть, положить ягодки на пол, выпрямиться, затем присесть, взять ягодки — «птичка играет с ягодками». Упражнение проводится в быстром темпе (4—6 раз).

5. Подскоки на месте — «птички веселятся» (20—25 с). Ходьба за воспитателем. Положить ягодки в корзину.

Ежик с грибами

I часть. Ходьба и бег за воспитателем — «идем в лес за

грибами». Следить, чтобы дети во время ходьбы не шаркали ногами. «Посмотрите, как я хожу», — говорит воспитатель и показывает. Не следует обращать внимание на то, чтобы дети высоко поднимали ноги, так как при этом шаг ребенка становится значительно короче.

Воспитатель рассыпает грибы и предлагает взять каждому по грибу в одну и другую руку и повернуться к нему.

II часть. Общеразвивающие упражнения (с грибами).

1. И.п. — стоя, руки с грибами внизу. Поднять руки вперед, показать грибы и спрятать их за спину (6—8 раз).

2. И.п. — лежа на спине, руки вдоль туловища. Поднять руки и ноги вверх, коснуться грибами стоп ног и опустить (4—6 раз).

3. И.п. — сидя, ноги свободно лежат на полу. Поднять руки в стороны вверх, потянуться вверх, опустить руки (3—4 раза).

4. И.п. — стоя, руки опущены. Присесть, положить грибы на пол, выпрямиться, затем присесть, взять грибы — «ежик играет с грибами». Упражнение проводится в быстром темпе (4—6 раз).

5. Подскоки на месте — «ежики веселятся» (20—25 с). Ходьба за воспитателем. Положить грибы в корзину.

Белочка с орехами

Воспитатель предлагает детям взять в каждую руку по одному ореху.

I часть. Ходьба и бег за воспитателем. Остановиться в разных местах комнаты (враспынную).

II часть. Общеразвивающие упражнения (с орехами).

1. И.п. — стоя, ноги на ширине плеч, руки в стороны. Соединить руки, не сгибая в локтях, ударить орехом об орех, развести руки в стороны (6—7 раз).

2. И.п. — лежа на животе, руки с орехами согнуты, подтянуть их к плечам. Выпрямить руки вперед — «показать орехи воспитателю», вернуться в и.п. — «спрятать» (стараться руки немного поднимать от пола) (4—6 раз).

3. И.п. — стоя, руки с орехами опущены. Присесть, коснуться орехами пола, выпрямиться, поднять руки вверх. Движение выполнять в бодром темпе, стараться полностью приседать (4—6 раз).

4. Подскоки на двух ногах на месте (15—20 с). Ходьба. Положить орехи на место.

Мышка со снежками

I часть. Ходьба за воспитателем. Воспитатель предлагает детям взять каждому по одному снежку. Бег и ходьба вместе с воспитателем.

II часть. Общеразвивающие упражнения (со снежком).

1. И.п. — сидя, ноги вместе, снежок в обеих руках, руки внизу. Поднять руки вверх, посмотреть на снежок, опустить руки (4—6 раз).

2. И.п. — лежа на животе, снежок в обеих руках. Руки протя-

нуть вперед, показать снежок и подтянуть его к груди (4—6 раз).

3. И.п. — лежа на спине, ноги вместе, снежок в обеих руках, подтянуть его к груди. Поднять обе ноги вверх и опустить (4—6 раз).

4. И.п. — стоя, руки со снежком внизу. Положить снежок на пол, попрыгать на месте (15—20 с).

5. Спокойная ходьба. Встать на (обозначенное) место.

Медведь с шишками

I часть. Ходьба и бег за воспитателем. Остановиться, взяться за руки и сделать круг. Воспитатель встает рядом с менее активными детьми. Взявшись за руки, дети идут по кругу. По предложению воспитателя берут шишки.

II часть. Общеразвивающие упражнения (с шишкой).

1. И.п.: стоя, ноги на ширине плеч, руки внизу, шишка в одной руке. Поднять руки вверх, потянуться, выпустить шишку из руки — «шишки падают с сосны», присесть, взять шишку, выпрямиться (4—6 раз).

2. И.п. — сидя, ноги врозь, руки на коленях, в одной руке шишка. Наклониться вперед, стараться не сгибать колени, положить шишку между ногами, выпрямиться, показать пустые руки, по указанию воспитателя нагнуться, взять шишку и выпрямиться (4—6 раз).

3. И.п. — лежа на спине, шишка в обеих руках над головой. Поднять ноги вверх, руки вперед, коснуться шишкой стоп ног, вернуться в и.п. — «мишка играет с шишкой» (4—5 раз).

4. Подскоки на месте — «медвежонок прыгает» (20—30 с).

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

По предварительной оценке Федеральной службы государственной статистики, численность постоянного населения Российской Федерации на 1 января 2010 г. составила 141,9 млн человек и за прошедший год увеличилась на 23,3 тыс. человек (с учетом миграционного прироста за счет мигрантов, зарегистрированных на год и более). Естественная убыль населения в 2009 г. уменьшилась, по сравнению с 2008 г., на 112,7 тыс. человек. Убыль населения страны наблюдается с 1992 г. Сокращение численности населения происходило в основном из-за естественной убыли населения (превышение числа умерших над числом родившихся). С 2006 г. наметилась тенденция к ее снижению. Так, если в 2003 г. число умерших превысило число родившихся в 1,6 раза, то в 2008 г. — в 1,2 раза. Это привело к сокращению естественной убыли населения Российской Федерации в 2008 г. до 362 тыс. человек. Это наименьший показатель за последние 15 лет.

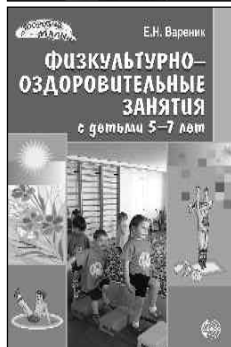
Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2009 году»

Издательство «ТЦ Сфера»

Представляет книги серии «Здоровый малыш»

**ЗАНЯТИЯ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ
С ДЕТЬМИ 3—7 ЛЕТ****Планирование, конспекты***Авторы — Вареник Е.Н., Кудрявцева С.Г.,
Сергиенко Н.Н.*

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

**ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ
ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ 5—7 ЛЕТ***Автор — Вареник Е.Н.*

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

**ФИЗКУЛЬТУРА И ПЛАВАНИЕ
В ДЕТСКОМ САДУ***Авторы — Яблонская С.В., Циклис С.А.*

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

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

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

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

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

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

«Дошкольное воспитание», «Логопедия», «Педагогика и психология»,

«Начальная и средняя школа», «Подписные издания».



Диагностика и профилактика нарушений осанки у детей

Самохина И.В.,

заведующий дошкольным отделением;

Часовникова А.Н.,

медсестра дошкольного отделения, МУЗ «Городская
детская поликлиника № 4», МДОУ № 326, г. Пермь

ПЕДИАТРИЯ



Нарушение осанки и деформации позвоночника — актуальная проблема педиатрии. Изменения в позвоночнике происходят уже в детском возрасте, т.е. сначала возникает не само заболевание, а ортопедические отклонения, ведущие к неестественным изгибам и деформациям позвоночника. В детском возрасте срабатывают огромные компенсаторные возможности, в связи с чем клинические проявления дают о себе знать гораздо позднее.

Статистические исследования, проведенные в РФ в последние годы, показали, что 90% учащихся в той или иной степени страдают нарушениями опорно-двигательной системы и нуждаются в комплексной коррекционно-профилактической помощи. Причины, определяющие столь плачевный результат, носят многофакторный характер:

- высокие стрессовые нагрузки в повседневной жизни;
- гиподинамия, увеличение негативного влияния компьютерной техники;
- ухудшение питания (по данным последних исследований, энергообеспечение организма ребенка в 2 раза ниже необходимого уровня, арациональный характер детского питания — необоснованная замена или полная отмена в меню молочных продуктов, ввиду всеобщей нелюбви детей к ним, что приводит к дефицитным состояниям со стороны фосфорно-кальциевого обмена);
- экологически неблагоприятные территории, где проживают дети;

- нерациональное обеспечение детского пространства (подобранная не по росту мебель, «неправильное» спальное место);
- общее неудовлетворительное состояние здоровья.

Где же берет начало столь огромная по значимости проблема?

У новорожденного позвоночника имеет форму равномерной дуги. Формирование первого изгиба — *шейного лордоза* — начинается вскоре после рождения ребенка под влиянием работы мышц, когда малыш поднимает голову. Второй изгиб — *грудной кифоз* — начинает формироваться, когда ребенок садится и ползает на четвереньках. Позже, когда малыш начинает стоять и ходить, формируются угол наклона таза и третий изгиб позвоночника — *поясничный лордоз* (чем больше таз отклонен вперед, тем меньше выражен поясничный лордоз). Начиная с 3—4 лет формируется арочная форма костей стопы. Если ребенок относительно здоров, примерно до 3 лет его позвоночник развивается нормально. Проблемы начинаются с того момента, когда ребенку первый раз скажут: «Не бегай! Сиди спокойно!» Но чтобы мышцы развивались, они должны работать! Тогда и функциональные изгибы позвоночника будут формироваться правильно, мышцы и связки станут достаточно крепкими, чтобы справляться с нагрузками. Здоровый ребенок должен много дви-

гаться, тем более что из-за особенностей детской нервной системы и мышц ему труднее поддерживать неподвижную позу. В положении сидя или стоя, особенно если в одной и той же позе приходится находиться дольше нескольких минут, ребенок «обвисает», вертикальная нагрузка переносится с мышц на связки и межпозвоночные диски, начинают формироваться неправильный двигательный стереотип и плохая осанка. Как правило, этот период приходится на возраст 5—7 лет. Это время, когда кости и мышцы увеличиваются в длину, а механизмы поддержания позы еще не приспособились к произошедшим изменениям. Именно в этот возрастной период на малыша обрушивается масса обязанностей и соблазнов: занятия в воскресных школах, компьютеры и детские образовательные, развлекательные программы по телевидению, курсы иностранного языка, музыкальная школа и т.д. И здесь важно вовремя заметить те изменения опорно-двигательного аппарата, которые во взрослой жизни обеспечивают развитие различной хронической патологии, существенно ухудшая качество жизни человека. Следует отметить, что нарушения осанки чаще встречаются у детей астенического телосложения, они ухудшают внешний облик ребенка, создают неблагоприятные условия для развития дегенеративных изменений в межпозвоноч-

ных дисках, функционирования органов грудной клетки, брюшной полости и органов малого таза.

В дошкольном отделении МУЗ «Городская детская поликлиника № 4» г. Перми раннему выявлению нарушения осанки у детей придается особое значение. Все педиатры владеют основами диагностики, что позволяет вовремя выявить и организовать коррекционные мероприятия для ребенка как со стороны специалиста лечебного учреждения, так и родителей и педагогического коллектива МДОУ.

Основные диагностические критерии. Правильная осанка характеризуется:

— уровнем надплечий, сосков, углов лопаток;

— равной длиной шейно-плечевых линий (расстояние от уха до плечевого сустава);

— глубиной треугольников талии (углубление, образуемое выемкой талии и свободно опущенной рукой);

— прямой вертикальной линией остистых отростков позвоночника;

— равномерно выраженными физиологическими изгибами позвоночника в сагиттальной плоскости;

— одинаковым рельефом грудной клетки и поясничной области.

В норме глубина лордоза в шейном и поясничном отделах позвоночника соответствует толщине ладони обследуемого. Отклонение этих показателей от нормы свидетельствует о нару-

Тестовая карта для выявления нарушения осанки

1	Явное повреждение органов движения, вызванное врожденными пороками, травмой, болезнью	Да	Нет
2	Голова, шея отклоняются от средней линии; лопатки, бедра установлены несимметрично	Да	Нет
3	Грудная клетка «сапожника», «куриная», деформированная	Да	Нет
4	Чрезмерное увеличение или уменьшение физиологической кривизны позвоночника: шейного лордоза, грудного кифоза, поясничного лордоза	Да	Нет
5	Чрезмерное отставание лопаток	Да	Нет
6	Чрезмерное выступание живота	Да	Нет
7	Нарушение осей нижних конечностей (О-образные, Х-образные)	Да	Нет
8	Неравенство треугольников талии	Да	Нет
9	Вальгусное положение пятки или обеих пяток (ось пятки отклонена наружу) во время стояния	Да	Нет
10	Явные отклонения в походке: прихрамывающая, «утиная»	Да	Нет

шении осанки или сколиозе. Дефекты осанки могут быть самыми разными:

сутуловатость — увеличение грудного изгиба в верхних отделах при сглаживании поясничного изгиба;

круглая спина — увеличение грудного изгиба на всем протяжении грудного отдела позвоночника;

вогнутая спина — усиление изгиба в поясничной области;

кругло-вогнутая спина — увеличение грудного изгиба при нормальном или несколько увеличенном поясничном изгибе.

Для осмотра ребенок должен разуться и раздеться до нижнего белья, встать в обычной для себя позе, поставить стопы параллельно на расстоянии одной ступни и смотреть прямо перед собой.

Осмотр сбоку. Вертикальная линия должна соединять мочку уха, вершину плеча, задний край тазобедренного сустава, заднюю поверхность коленной чашечки и передний край лодыжки. Если воображаемой линии недостаточно, можно использовать отвес. Голова должна находиться в положении, при котором углы рта и нижней челюсти расположены на одной высоте, лоб и подбородок — на одной вертикальной линии, затылок и надплечья соединяются плавной дугой. Опущенная голова или вытянутая вперед шея, усиленный или шейный уплощенный лордоз изме-

няют положение остальных частей позвоночника. Обратите внимание на выраженность грудного кифоза и поясничного лордоза, степень выпуклости грудной клетки, грудного отдела спины, живота, коленные суставы — находятся ли они в нормальном положении, излишне согнуты или перерасогнуты. При осмотре сбоку могут быть видны крыловидные, не прилегающие к спине лопатки.

Осмотр спереди. Начните осмотр с лица и головы. Их асимметрия и другие отклонения формы черепа и лица от нормы обычно являются признаками врожденных нарушений ОДА. Обратите внимание: голова расположена прямо или наклонена вперед, назад или вбок, повернута вправо или влево. Посмотрите, подняты или опущены плечи, на одном ли уровне они находятся, симметрично ли расположены ключицы, соски, обратите внимание на форму грудной клетки: она может быть воронкообразной, впалой, цилиндрической, бочкообразной, уплощенной. Измерьте расстояние от кончиков пальцев до пола — так можно диагностировать асимметрию плечевого пояса, незаметную при визуальном осмотре. Верхний край трапецевидной мышцы в норме слегка вогнут, а при повышенном тонусе надплечья становится выпуклым, это часто сочетается с нарушениями в шейном отделе позвоночника. Смещенный в сторо-

ну пупок говорит об укорочении и повышенном тоне мышц живота с этой стороны. Треугольники талии должны быть симметричны. Выпяченный живот — признак слабости мышц брюшного пресса и увеличение поясничного лордоза.

Осмотр сзади. Еще раз оцените угол наклона и расположение надплечий. Лопатки должны прилегать, спина, остистые отростки располагаться по прямой линии. Правая и левая стороны тела, мышечные валики по сторонам позвоночника должны быть симметричны, а гребни подвздошных костей — расположены на одной высоте. Обратите внимание на крестцовый ромб: его стороны должны быть равносторонними. Если при осмотре ребенка выявляется отклонение по одному или нескольким признакам, необходима консультация у врача-ортопеда. Многие родители не считают нарушение осанки серьезным поводом для консультации и проведения коррекционных мероприятий. И это глубокое заблуждение — именно нарушение осанки запускает патогенетические механизмы, приводящие к изменению функций позвоночника во взрослом состоянии.

Основу комплексного лечения должны составлять корригирующая гимнастика и занятия различными видами спорта, способствующие правильному формированию позвоночника. Физические

нагрузки, в первую очередь, оказывают влияние на связочно-мышечный и костно-суставной аппараты, изменяя их строение и функцию. Спортивные упражнения всегда увеличивают силу мышц, эластичность сумочно-связочного аппарата и другие функциональные качества. Развиваются и совершенствуются двигательные навыки и умения (скорость, гибкость, ловкость, выносливость, сила, равновесие), что свидетельствует о совершенствовании проприорецепции, мышечного чувства, вестибулярной устойчивости, точности воспроизведения движений. Детям с нарушением осанки назначаются основная группа по физкультуре и дополнительные занятия корригирующей гимнастикой под наблюдением врача-ортопеда. Рекомендуются и ежедневные занятия лечебной физкультурой в домашних условиях. Необходимо учитывать, что не все спортивные занятия оказывают одинаковое влияние на дальнейшее развитие осанки и позвоночника. По характеру воздействия на ОДА все виды спорта можно условно разделить на три группы: симметричные, асимметричные, смешанные. В основном навыки неправильной осанки, сформировавшиеся при отсутствии функциональных изменений со стороны ОДА, устраняются при занятиях симметричными видами

спорта в течение года. В остальных случаях для устранения имеющихся нарушений требуются более настойчивые занятия в течение нескольких лет. Так, навыки неправильной установки тела, образовавшиеся на фоне функциональных изменений ОДА, исправляются в течение 2—3 лет, а нарушения осанки, возникшие на фоне функциональных и структурных изменений, можно исправить в течение 4—5 лет, а в отдельных случаях (до 6—7%) они сохраняются на всю жизнь. Эффективно воздействовать на деформацию можно до 14—15 лет, в старшем возрасте она не поддается коррекции. Таким образом, при выборе средств профилактики и лечения детей с нарушением осанки можно рекомендовать им корригирующую гимнастику и занятия определенными видами спорта. При наличии у детей хронической патологии органов дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой системы на фоне нарушения осанки занятия спортом противопоказаны.

Профилактика развития нарушения осанки должна быть комплексной и включать в себя:

- сон на жесткой постели, в положении лежа на спине;
- правильную и точную коррекцию обуви, компенсацию дефектов стоп;
- организацию и точное соблюдение режима дня;

- постоянную двигательную активность, занятия спортом;
- контроль за правильным положением тела в пространстве (за партой, рабочим столом, дома в кресле и т.д.);
- контроль за равномерной нагрузкой на позвоночник при ношении рюкзаков, сумок, портфелей и др.

Немаловажную роль в лечебно-профилактическом взаимодействии играют и специалисты детского сада.

Хочется поделиться опытом лечебно-профилактической работы МДОУ № 326 Кировского района г. Перми. Более пяти лет в этом детском саду проводятся оздоровительные мероприятия с детьми, имеющими нарушения осанки. Работа организована совместно с медицинскими работниками, сотрудниками дошкольного отделения МУЗ «Городская детская поликлиника № 4». С учетом временного фактора формирования нарушения осанки профилактические мероприятия охватывают старшую и подготовительную к школе группы. В начале учебного года, по результатам тестирования и осмотра на предмет выявления детей с нарушениями осанки, формируются группы детей, с которыми в течение года проводят занятия 1 раз в неделю с использованием комплексов лечебной гимнастики (приложение). Занятия проводятся в первой половине дня в течение 40 минут. Комплексы ЛФК меняются

1 раз в 3 месяца. Занятия выстраиваются следующим образом:

вводная часть — подготовка к выполнению физических упражнений (дыхательная гимнастика с постепенным увеличением нагрузки);

основная часть — с использованием комплекса лечебной гимнастики;

заключительная часть — с использованием подвижных игр. В основной части количество подходов в течение учебного года увеличивается с 2 до 6 раз. Примерные комплексы лечебной гимнастики — № 1, 2. Эффективность занятий такого типа зависит от распределения нагрузки во всех частях занятия. Поэтому регулярно осуществляется медико-педагогический контроль. Моторная плотность таких занятий ниже, чем на физкультурных занятиях. Это обусловлено тем, что обеспечивается индивидуальный контроль за качеством выполнения каждого упражнения ребенком. Систематическое наблюдение за состоянием здоровья детей, результаты медико-педагогического контроля фиксируются при подведении итогов работы. Учитывается общее состояние здоровья, состояние костно-мышечной системы, уровень развития физических качеств. Для достоверной оценки показателей здоровья детей, посещающих контрольные группы, были определены сравнительные группы детей другого детского сада, где проводятся физ-

культурные занятия по стандартной программе.

Так, в период 2008—2010 гг. в МДОУ № 326 проводилась лечебно-профилактическая работа с 16 детьми, имеющими диагноз «нарушение осанки». Были сформированы две подгруппы, в которых проводились занятия по описанной методике. При анализе медицинской документации, сравнении данных динамометрии, показателей выносливости, данных объективного осмотра и показателей мышечной силы обращает на себя внимание выраженная положительная динамика — регрессия клинической симптоматики у 13 детей, улучшение показателей динамометрии — у 16, нарастание мышечной силы — у 16 и повышение общей выносливости — у 14 детей. Таким образом, можно говорить о высокой эффективности данной методики, КПД которой близок к 100%.

Факторами, определяющими столь высокую результативность, являются систематичность и регулярность занятий, лечебно-профилактическая направленность и максимальная индивидуализация процесса.

С учетом доступности методики можно рекомендовать ее для массового применения, с соблюдением регулярности не менее одного раза в неделю, продолжительностью не менее одного года. В условиях МДОУ возможно

использование элементов корригирующей гимнастики в программе утренней зарядки и при пробуждении детей после дневного сна.

Таким образом, можно достоверно утверждать о высокой эффективности данной лечебно-профилактической работы. Уровень пораженности в контрольной группе не только не увеличился, но позволил говорить о регрессе симптоматики у большинства детей (82%), дети контрольной группы показали улучшение динамометрических показателей, увеличение выносливости отдельных групп мышц, укрепление мышечного корсета. В группе сравнения количество детей с нарушениями осанки увеличилось с 40 до 72% от общего количества.

Выводы

1. Можно рекомендовать использование методов лечебной физкультуры в условиях МДОУ с обязательным соблюдением принципов регулярности и систематичности.

2. Именно лечебно-профилактическая направленность физкультурных занятий обеспечивает желаемый эффект.

3. Работа по профилактике нарушений осанки должна проводиться в тесном взаимодействии медико-педагогического коллектива с обязательным привлечением родителей.

Приложение

Дорогу осилит идущий

Комплекс 1

Вводная часть

1. Построение у гимнастической стенки — проверка осанки.
2. Ходьба:
 - с высоко поднятыми коленями (30 с);
 - на носках, руки на поясе, со сдвигом лопаток (30 с);
 - с мешочком на голове (30 с).

Основная часть

1. И.п. — стоя, носки на ширине плеч, руки опущены. Потянуться всем туловищем вверх, поднимаясь на носки. Вернуться в и.п. Повторить 6—8 раз.

2. И.п. — стоя, руки согнуты перед грудью, локти подняты. С напряжением отводить локти назад, как бы преодолевая сопротивление. Повторить 6—8 раз.

3. И.п. — стоя, руки согнуты, пальцы к плечам, локти подняты. Вращать руки вперед и назад (по 4 раза). Дыхание произвольное.

4. И.п. — стоя, кисти рук сжаты в кулаки, опущены. Поворачивать кулаки тыльной стороной назад и внутрь, сближая лопатки, голову поднимать вверх. Повторить 6—8 раз.

5. И.п. — лежа на животе, руки согнуты в локтевых суставах. Выпрямить руки, прогнуться в грудном отделе, вдохнуть. Вернуться в и.п., выдохнуть. Повторить 6—8 раз.

6. И.п. — лежа на животе, руки вверх, туловище и голову не поднимать. Поочередно поднимать левую и правую ногу. Повторить 5 раз.

7. И.п. — лежа на спине, руки подняты вверх, сесть, сделать два наклона вперед, вернуться в и.п.

8. И.п. — лежа на спине, имитировать ногами езду на велосипеде. Повторить 10—15 раз.

9. И.п. — сидя, упор рук сзади. Поднять ноги, развести в стороны, соединить ноги, вернуться в и.п. Повторить 6—8 раз.

10. И.п. — стоя, руки на поясе, ноги на ширине плеч. Выполнять наклоны туловища в стороны, рывками по 2 раза. Повторить 6—8 раз.

11. И.п. — стоя, руки на поясе, ноги на ширине плеч. Выполнять круговые движения туловищем. Повторить 6—8 раз.

12. И.п. — стоя на четвереньках. Поднимать поочередно ноги. Повторить 6—8 раз.

13. И.п. — стоя на четвереньках. Сделать круглую спину (кошка сердится), прогнуться в грудном отделе позвоночника, сгибая локти, продвинуть корпус вперед, локти выпрямить, вернуться в и.п. Повторить 6—8 раз.

Заключительная часть

1. Отжимание от пола (2 раза).

2. Качание пресса (2 раза).

3. На шведской стенке в висающем положении поднимание ног под углом 90° (2 раза).

4. Ходьба (30 с).

5. Проверка осанки у шведской стенки.

Комплекс 2

Вводная часть

1. Ходьба с правильной осанкой.

2. Ходьба:

— с высоко поднятыми руками (30 с);

— на носках, с разведением рук и сдвигом лопаток (30 с).

Основная часть

1. И.п. — ноги вместе, руки опущены. Поднять руки вверх, отставить ногу назад, прогнуться. Вернуться в и.п. Повторить 6—8 раз.

2. И.п. — стоя, одна рука поднята вверх, другая отведена назад. Маховым движением сменить положение рук. Повторить 6—8 раз.

3. И.п. — стоя, руки опущены, ноги вместе. Выполнять каждой рукой движения, имитирующие срывание яблока. Повторить 6—8 раз каждой рукой.

4. И.п. — стоя, руки согнуты перед грудью. Рывками разводить руки с одновременным поворотом корпуса в каждую сторону поочередно. Повторить 6—8 раз.

5. И.п. — стоя, ноги вместе. На счет «раз» — хлопок перед грудью, на счет «два» — хлопок за спиной. Повторить 6—8 раз.

6. И.п. — стоя, ноги на ширине плеч. Выполнять наклоны вправо и влево, скользя руками по корпусу. Повторить 6—8 раз.

7. И.п. — стоя, ноги вместе, руки на поясе. Приседать, держа спину прямой и разводя руки в стороны и назад, вернуться в и.п. Повторить 6—8 раз.

8. И.п. — лежа на спине, руки под головой. Приподнять выпрямленные ноги, развести в стороны, не касаясь пола. Повторить 6—8 раз.

9. И.п. — лежа на спине, руки под головой. Имитировать ногами езду на велосипеде. Повторить 15—20 раз.

10. И.п. — стоя на четвереньках. Сделать круглую спину (кошка сердится), прогнуться в грудном отделе позвоночника, сгибая локти, продвинуть корпус вперед, локти выпрямить, вернуться в и.п. Повторить 6—8 раз.

11. И.п. — лежа на животе, руки вытянуты вперед. Прогнуться всем корпусом в грудном отделе,

одновременно поднимая руки, вдохнуть. Вернуться в и.п. Повторить 6—8 раз.

12. И.п. — лежа на животе, руки вытянуты вперед. Осуществлять перекаты туловища вперед-назад, поочередно поднимая руки и ноги. Повторить 6—8 раз.

13. И.п. — лежа на животе, поднять руки в стороны, одновременно поднять ноги (ласточка), находиться в таком положении 30 с, вернуться в и.п. Повторить 6—8 раз.

Заключительная часть

1. Отжимание от пола (3 раза).

2. Качание пресса (3 раза).

3. На шведской стенке в висающем положении поднимание ног под углом 90° (3 раза).

4. Игра.

5. Проверка осанки у шведской стенки.

Соединительнотканые дисплазии у детей

Чемоданов В.В.,

д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой детских болезней лечебного факультета;

Краснова Е.Е.,

д-р мед. наук, профессор кафедры детских болезней лечебного факультета ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Росздрава, г. Иваново

Особое место в организме занимает соединительная ткань. Представленная во всех органах,

она составляет более половины массы тела; многофункциональна, образует опорный каркас и на-

ружные покровы, а также формирует внутреннюю среду организма, через которую все структурные элементы получают питательные вещества и отдают продукты метаболизма. Клеточный состав соединительной ткани разнообразен, хорошо развит межклеточная субстанция, состоящая из трех видов волокон и основного вещества. Такое ее строение позволяет понять многообразие ее функций в организме — механической (опорной), трофической, пластической (репаративной) и защитной. Благодаря многообразию и сложности морфологии соединительная ткань выполняет важнейшие функции в организме, что обеспечивает ей центральную роль в саногенетических процессах и предполагает активное участие основных ее элементов в развитии многих видов патологии.

Врожденную патологию соединительной ткани, проявляющуюся снижением ее прочности, принято обозначать термином «дисплазия». Дисплазия (от лат. *dis* — нарушения, *plasia* — развитие, образование) соединительной ткани (ДСТ) представляет собой уникальную онтогенетическую аномалию развития организма. Это в широком смысле слова — ненормальное состояние органов и тканей, обусловленное наследственными качествами всего организма и его клеток.

В основе ДСТ лежат молекулярно-генетические и онтогенетические механизмы, сопровождающиеся изменением структуры и функции соединительной ткани. Ведущее значение в развитии клиники ДСТ имеют мутации генов, кодирующих синтез и пространственную организацию коллагена, ответственных за формирование компонентов экстрацеллюлярного матрикса, многочисленных ферментов, принимающих участие во внутри- и внеклеточном созревании коллагена и процессах фибриллогенеза.

Высокая частота патологии соединительной ткани может быть обусловлена также воздействиями неблагоприятной экологической обстановки, стрессов, плохого питания и др.

Уникальность структуры и функции соединительной ткани создают условия для возникновения огромного числа ее аномалий и заболеваний, вызванных хромосомными и генными дефектами, имеющими определенный тип наследования или возникающих в результате внешних мутагенных воздействий в фетальном периоде. Наряду со множеством наследственных заболеваний, в основе которых чаще всего лежат генные дефекты, встречаются также врожденные аномалии соединительной ткани полигенно-мультифакториальной природы.

Диагностика соединительнотканых дисплазий

Для практикующего врача одним из наиболее значимых и универсальных методов генетического исследования детей с ДСТ является клинико-генеалогический, базирующийся на составлении родословной схемы (генеалогического древа) и собственно генеалогическом анализе.

Родословная составляется на основании комплексного изучения данных перекрестного опроса родственников больного и соответствующей медицинской документации. Сбор генеалогического анамнеза и построение родословных схем требует навыка и тщательности. Лицо, с которого начинают составлять родословную, называется пробандом. Минимальный объем информации должен включать сведения не менее чем о трех поколениях. Для удобства и наглядности рисуют схемы семейных родословных, применяя общепринятые обозначения. Фигуры в родословной располагаются по поколениям, каждое из которых занимает отдельную строку и обозначается слева римской цифрой. Арабскими цифрами нумеруются члены одного поколения (весь ряд) слева направо в порядке рождения. Все индивидуумы должны располагаться строго по поколениям в один ряд.

После составления схемы родословной переходят к генетическому анализу, цель которого — выявление, к какому типу наследования относится конкретная болезнь.

Верификация ДСТ основывается на использовании ряда методов диагностики, включая клинико-морфологическое обследование. Особенность данного метода при состояниях, сопровождающихся аномалиями развития, составляет необходимость внешнего узнавания того или иного симптома или синдрома. Другое название этого метода — «портретный», т.е. для диагностики используют фото больного и его родственников.

Внешние фенотипические признаки ДСТ

Врожденная несостоятельность соединительной ткани может быть диагностирована уже на этапе клинического обследования при комплексной оценке внешних фенотипических маркеров или стигм дизэмбриогенеза, за которыми нередко стоят системные дефекты соединительной ткани. Для диагностики соединительнотканной дисплазии критическим количеством признаков является наличие шести и более стигм дизэмбриогенеза. Необходимо учитывать не только число фенотипических проявлений, но также степень выраженности и их клиническую значимость.

Клинико-морфологические признаки поражения соединительной ткани проявляются различными отклонениями физического развития, изменениями со стороны внутренних органов.

Наиболее типичен для лиц с ДСТ — астенический тип конституции, характеризующийся увеличением продольных размеров тела над поперечными. Пропорциональное или гармоничное развитие отдельных частей тела оценивается посредством индекса Вервека (ИВе) или индекса «брахиодолихоморфии», представляющего собой отношение длины тела к удвоенной массе тела плюс окружность груди. Величина индекса свыше 1,35 свидетельствует о выраженном вытягивании (долихоморфии), в интервале 1,35—1,25 — об умеренном преобладании роста в длину, интервал 1,25—0,85 отражает мезоморфию (гармоничное развитие), величина индекса в пределах 0,85—0,75 свидетельствует об умеренной брахиморфии, а ниже 0,75 — отражает выраженную брахиморфию, т.е. преимущественно поперечный рост. Универсальность индекса Вервека заключается в том, что он не зависит от возраста пациента.

Помимо этих показателей большое значение имеет выявление клинических проявлений скелетных аномалий. Наиболее часто встречаются аномалии: краниоцефальные, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей и др.

Краниоцефальные деформации представляют: неправильная форма черепа, долихоцефалия (длинноголовость, значительное преобладание продольного диаметра мозгового черепа над поперечным), несращение губы и верхнего нёба, короткая шея, искривление носовой перегородки.

К аномалиям верхних конечностей относят короткие мизинцы (симптом Дюбуа) или их искривление (девиацию). Также наблюдаются: утолщение ногтевых фаланг, синдактилия (сращение), диспропорция размеров пальцев, когда четвертый палец кисти меньше второго. Нижние конечности характеризуются варусной или вальгусной деформацией, кроме того, может быть выявлена «сандалевидная» щель. Достаточно типичны вывихи и подвывихи суставов.

Один из симптомов — долихостеномелия (удлинение и утончение конечностей), которая определяется измерением трубчатых костей и оценкой расчетных индексов. В частности определяют «размер растяжения», т.е. расстояние между кончиками третьих пальцев горизонтально вытянутых и выпрямленных во всех суставах рук.

Изменения конечностей могут проявляться такими признаками, как арахнодактилия (длинные и тонкие пальцы, напоминающие лапы паука), гипермобильность суставов, плоскостопие.

При выявлении арахнодактилии можно использовать:

- скрининг-тест большого пальца (тест Steinberg), который считается положительным, когда при сгибании второго-пятого пальцев над согнутым (приведенным) первым пальцем дистальная фаланга последнего выступает за пределы пятой пястной кости;
- тест запястья, являющийся положительным в случае, когда пациент легко охватывает свое запястье мизинцем и большим пальцем противоположной руки.

Один из признаков ДСТ — гипермобильность суставов (увеличение объема движений в одном или нескольких суставах по сравнению с условной среднестатистической нормой). Для оценки суставной гипермобильности используют диагностические критерии по 9-балльной системе Бейтона. Они включают:

- пассивное переразгибание мизинца на угол, превышающий 90°;
- пассивное приведение большого пальца кисти к предплечью;
- переразгибание в локтевом суставе на угол, превышающий 10°;
- переразгибание в коленном суставе более 10°;
- наклон вперед при фиксированных коленных суставах, при этом ладони достигают пола. Первые четыре симптома — парные, пятый — непарный. За наличие каждого из признаков присваивается 1 балл. Таким

образом, максимальная оценка составляет 9 баллов. Одним из проявлений гипермобильности мелких суставов кисти является возможность уложить пальцы рук в «косичку» или «гребешок». Этот симптом легко и с удовольствием воспроизводится детьми.

К скелетным аномалиям относят деформации стоп, различающиеся по виду:

- «качалки» (характеризуется провисающим сводом и выступающей назад пяткой);
- «конская» (стопа, фиксированная в положении подошвенного сгибания);
- полая (диагностируется по наличию чрезмерно выраженного свода);
- пяточная (стопа, касающаяся пола только пяткой и фиксированная в положении дорсального сгибания);
- эквиновальгусная (сочетание «конской» стопы и внутренней косолапости);
- эквиноварусная (сочетание «конской» стопы и наружной косолапости);
- плоская (характеризуется уменьшением свода);
- плосковальгусная (характеризуется продольным плоскостопием с выраженным отведением переднего отдела, пронацией пятки и поднятием наружного края стопы).

Большое клиническое значение среди деформаций стопы имеет плоскостопие. Для оценки про-

дольного плоскостопия используют подометрический индекс, представляющий собой отношение высоты стопы к ее длине, выраженное в процентах. Индекс нормального свода стопы колеблется в пределах 31—29%, показатель в пределах 29—25 указывает на пониженный свод (плоскостопие), а значения ниже 25% свидетельствуют о выраженном плоскостопии.

Костно-хрящевые дисплазии представляют:

акромелия — укорочение дистального отдела конечностей;

мезомелия — укорочение средних отделов (предплечье, голень);

ризомелия — укорочение проксимальных отделов (плечо, бедро).

Деформации грудной клетки могут быть достаточно разнообразными, но наиболее часто представлены двумя вариантами: воронкообразной и килевидной. Воронкообразная деформация («грудь сапожника») характеризуется углублением в нижней части грудины, а килевидная («куриная грудь») диагностируется по увеличению переднезаднего отдела грудной клетки и резкому выступанию грудины вперед.

Проявлением патологии позвоночника служат: сколиозы, гиперкифозы грудного отдела, гиперлордоз поясничного отдела, «плоская или прямая» спина. В простейшем случае патологические изменения со стороны позвоночника определяются с

помощью пробы с отвесом и при рентгенологическом обследовании.

Современной кинезиологией сколиоз рассматривается не только как искривление позвоночника во фронтальной плоскости, но и поворот вокруг нее, т.е. его скручивание. Выделяют четыре степени сколиоза.

Кифоз — искривление позвоночника выпуклостью назад, лордоз — искривление позвоночника выпуклостью вперед. Под термином «прямая» спина имеют в виду потерю физиологического кифоза грудного отдела позвоночника. Укорочение расстояния между грудиной и грудным отделом позвоночника ведет к компрессии сердца и вызывает ряд симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы, которые входят в понятие «синдрома прямой спины».

Изменение кожных покровов при ДСТ характеризуется преимущественно гиперрастяжимостью кожи, которая проявляется безболезненным оттягиванием кожи на 3 см в области тыла кисти, на лбу, над наружными концами ключиц, а также возможностью формирования складки кожи на кончике носа. В случае снижения или отсутствия естественной упругости и эластичности кожи она определяется как «дряблая». Кроме этого, кожа может быть сухая, тонкая, иметь вид «папирозной бумаги», когда хорошо контурируются подкожно распо-

ложенные сосуды. Часты варикозное расширение вен, келоидные рубцы, геморрагические проявления (экхимозы, петехии, положительные эндотелиальные пробы — жгута, щипка, манжетки), что свидетельствует о неполноценности эластина и коллагена соединительной ткани мелких сосудов. Помимо этих признаков могут иметь место очаги депигментации, атрофические стрии, не связанные с ожирением, множественные пигментные пятна, гипертрихоз, гемангиомы, ангиоэктазии. При пальпации на передней поверхности голени и в области локтевого сустава могут определяться подкожные узелки.

Изменения ногтей проявляются очаговой аплазией (отсутствие части ногтя), анонихией (отсутствие ногтевых пластинок), пахионихией (утолщение эпидермиса под ногтевой пластиной), лейконихией (появление белых пятен или полосок на ногтях).

Со стороны волос могут выявляться: гипотрихоз (недоразвитие волосяного покрова), алопеция (выпадение волос), низкий рост волос.

Аномалии полости рта представляют: «готическое» нёбо, нарушение роста зубов, гиподентия (уменьшенное по сравнению с нормой количество зубов, связанное с отсутствием их зачатков), пародонтоз, кариес, микроденитизм (малые размеры коронки зуба), олигодентия (наличие неполного количества зубов), трема (боль-

шое расстояние между зубами), расщепление язычка, аномалии прикуса, малый или большой рот, микро- и прогнатия.

К диспластическим изменениям ушей относят: низкое расположение и асимметрия ушных раковин, неправильное развитие завитков, малые или приросшие мочки ушей, отсутствие козелка, оттопыренные, маленькие или большие уши, врожденная тугоухость. Ушные раковины могут быть мягкими, легко сворачиваться в трубочку.

Достаточно многообразна патология органа зрения — миопия, гиперметропия, астигматизм, дислокация (эктопия) хрусталика, отслойка сетчатки. Глазные симптомы могут быть представлены: эпикантом (вертикальная складка кожи полулунной формы, прикрывающая внутренний угол глазной щели), гипертелоризмом (аномально увеличенное расстояние между двумя органами), гипотелоризмом (уменьшенное расстояние между двумя органами), колобомами (щелевидные дефекты), птозом, короткими или узкими глазными щелями, катарактой, врожденным косоглазием, вывихами (подвывихами) хрусталика, деструкцией стекловидного тела, иридокинезом (дрожание радужки).

Внешние фенотипические признаки вовлечения мышечной системы оценивают по осанке, наличию аплазии, атрофии, диастаза мышц, грыжевых выпячи-

ваний, анализу мышечной силы и тонуса. Мышечная гипотония различной степени проявляется увеличением объема пассивных движений.

Для изучения внешнего фенотипа предложены различные фенотипические карты, в которых учитывают такие признаки, как: долихоцефалия, удлинение носового или нижнего сегмента лица, нарушение пропорций лица за счет отдельных сегментов, завиток волос в области макушки с направлением против часовой стрелки, низкая граница роста волос на затылке, опущение волосяных дорожек до уровня лопаток, ранняя седина волос, укладка волос бровей в разных направлениях, дугообразные брови, участки неодинаковой длины волос бровей, синофриз, голубые склеры, гетерохромия радужки, антимонголоидный разрез глаз, эпикант, седловидный нос, тонкие, узкие губы, срединная расщелина верхней губы, высокое нёбо, «готическое» нёбо, аномалии положения зубов, трема, центральная диастема, искривление носовой перегородки, оттопыренные уши, третий тип мочки уха, гипоплазия мочки, «зубчики» на свободном крае завитка, продольная расщелина мочки уха, раздвоение козелка, микротия, ямка на подбородке, микрогения, массивный тяжелый подбородок, клиновидная нижняя челюсть, повышенная растяжимость кожи, рубчики на коже по типу «папиросной бума-

ги», белые стрии в области живота и бедер, не связанные с беременностью и резкими изменениями массы тела, множественные пигментные пятна, лентиги, воронкообразная деформация грудной клетки I—II степени, килевидная грудная клетка, сосочный гипертелоризм, крыловидные лопатки, гиперлордоз, арахнодактилия, положительные признаки большого пальца и запястья, гиперэкстензия дистальных фаланг первых пальцев кисти, клинодактилия, двузубец или трезубец стопы, «сандалевидная» щель, вросшие ногти на пальцах стопы, продольное плоскостопие, переразгибание тыльной поверхности стопы на 45° и более, олигодактилия четвертого и пятого пальцев.

Висцеральные признаки ДСТ

Висцеральные, или органические, признаки ДСТ характеризуются изменениями со стороны внутренних органов и подразделяются по их органной локализации. В таблице приведены некоторые висцеральные соединительнотканые дисплазии.

Методы диагностики висцеральных нарушений у детей с ДСТ весьма разнообразны, но наиболее значимые из них: УЗИ-диагностика, ЭХО-графия, рентгенодиагностика, электрокардиография, исследование вариабельности сердечного ритма.

Как видим, внимательный осмотр пациента врачом первого

Таблица

Висцеральные соединительнотканые дисплазии

Физиологическая система	Признаки
Центральная нервная	Вегетативная дисфункция, дефекты речи, нервная анорексия, гемикрания, миотонический синдром, энурез, врожденные мальформации сосудов мозга
Сердечно-сосудистая	Пролапсы клапанов сердца, ложные хорды, дистопии папиллярных мышц, расширение корней аорты и легочной артерии, ангиодисплазии артериальные, венозные и смешанные, аневризмы сосудов сердца среднего и мелкого калибра, межпредсердной перегородки, недостаточность клапанного аппарата вен нижних конечностей, нарушение проводимости, сердечного ритма, кальциноз аорты
Система органов дыхания	Поликистоз, спонтанные пневмотораксы неясной этиологии, трахеобронхиальные дискинезии, врожденная трахеобронхомаляция, врожденная трахеобронхомаляция, бронхоэктатическая эмфизема Лешке, гипоплазия легкого, синдром Вильямса—Кемпбелла, рецидивирующие ателектазы, апикальные буллы
Мочевыделительная	Нефроптоз, атония чашечно-лоханочной системы, удвоение почки и/или мочевыводящих путей, ортостатическая протеинурия
Желудочно-кишечный тракт	Висцероптоз, аномалия желчного пузыря, мегаколон, долихосигма, синдром раздраженной толстой кишки, рефлюксы (дуоденогастральный, гастроэзофагеальный)
Органы зрения	Миопия, вывих и подвывих хрусталика, врожденное косоглазие, глубокий угол передней камеры глаза, деструкция стекловидного тела
ЛОР-органы	Отосклероз, искривление носовой перегородки, нейросенсорная тугоухость
Система крови	Повышенная кровоточивость, гемоглобинопатии, тромбоцитопатии, снижение активности фактора Виллебранда в плазме крови
Репродуктивная	Аномалии развития и расположения половых органов (опущение матки и влагалища), склонность к задержке формирования вторичных половых признаков, самопроизвольные аборт у женщин, ювенильные маточные кровотечения, преждевременные роды, евнухоидизм у мужчин

контакта позволяет выявить признаки, являющиеся маркерами соединительнотканых дисплазий. Последующее клинико-инструментальное обследование

ребенка позволяет определить, к какой группе заболеваний следует их относить и назначить необходимые лечебно-реабилитационные мероприятия.

Организация деятельности МДОУ по укреплению здоровья дошкольников в условиях Крайнего Севера

Ботова Ю.А.,

заведующий МДОУ «Детский сад № 4 «Солнышко»,
пос. Оленья Губа, ЗАТО Скалистый Мурманской обл.

ПЕДАГОГИКА

Наш детский сад находится в небольшом поселке на севере Кольского полуострова. Суровые природно-климатические условия оказывают значительное влияние на детские организмы, поэтому охрана и укрепление здоровья детей, формирование привычки к здоровому образу жизни в условиях Крайнего Севера являются первостепенной задачей дошкольного воспитания. Коллектив МДОУ организует разностороннюю деятельность, направленную на сохранение здоровья детей, и реализует комплекс воспитательно-образовательных, оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий. Их реализация обеспечивается:

- комплексом оздоровительных мероприятий в режиме дня в зависимости от времени года;
- созданием оптимальных педагогических условий пребывания детей в МДОУ;
- формированием подходов к взаимодействию с семьей и развитием социального партнерства.

Планомерная работа по сохранению здоровья детей в нашем МДОУ осуществляется по следующим направлениям:

- лечебно-профилактическое (прием витаминов, адаптогенов, противовирусных препаратов);
- обеспечение психологической безопасности личности ребенка (психологически комфортная организация режимных моментов, оптимальный двигательный режим, правильное распределение физических и интеллектуальных нагрузок, доброжелательный стиль общения взрослых с детьми, использование приемов



- психогимнастики, релаксации, элементов сказкотерапии);
- оздоровительная направленность воспитательно-образовательного процесса (учет гигиенических требований к максимальной нагрузке на детей дошкольного возраста, бережное отношение к нервной системе ребенка);
- формирование валеологической культуры ребенка, основ валеологического сознания (знания о здоровье, умение беречь, сохранять и поддерживать его, формирование осознанного отношения к здоровью и жизни).

Наш детский сад построен в 2003 г. на базе переоборудованного жилого дома с учетом основных современных требований. Для реализации оздоровительных задач имеются физкультурный и музыкальный залы, экологическая комната, кабинеты психолога и логопеда, медицинский блок, комната психологической разгрузки. Групповые ячейки состоят из приемной, игровой, спальни, буфетной и туалетной комнат. Таким образом достигается рациональное использование предметно-пространственной среды.

Важное звено в сохранении и укреплении здоровья дошкольников — соблюдение принципов рационального здорового питания детей:

- регулярность;
- полноценность;

— разнообразие путем строгого соблюдения режима питания, норм потребления продуктов, гигиены питания и индивидуального подхода к детям во время приема пищи.

В рационе питания детей постоянно присутствуют натуральное молоко и сметана, два раза в неделю — блюда из творога, различные кисломолочные напитки. Хорошо зарекомендовало себя использование различных сортов хлебобулочных изделий, обогащенных железом, витаминами, микроэлементами.

Для создания и поддержания интереса малышей к приему пищи огромное значение имеет привлекательный внешний вид блюд, присущие им приятные запах и вкус. В первые и вторые блюда добавляются укроп, петрушка, зеленый лук. Для приготовления пищи используется только йодированная соль, проводится обязательная витаминизация третьего блюда. Ежедневно дети получают свежие овощи, фрукты, соки. Во время вспышек заболеваемости ОРВИ готовим чесночные и луковые пасты и салаты. Такой подход к организации питания позволяет добиваться улучшения физического развития детей, повышения их иммунологической защиты.

Для построения оптимального двигательного режима кроме традиционной двигательной деятельности детей (утренняя и бодрящая гимнастика, физкуль-

турные занятия, подвижные игры, прогулки, музыкально-ритмические занятия, самостоятельная двигательная деятельность) мы включаем в воспитательный процесс следующие формы работы: — пальчиковую и дыхательную гимнастику; — проведение дней здоровья (не реже 1 раза в квартал); — физкультурно-спортивные праздники; — танцевально-игровую гимнастику «Са-фи-дансе» (со второй младшей группы); — проведение мероприятий по формированию у детей осознанного отношения к своему здоровью и основ безопасности жизнедеятельности.

В ходе этой работы дети учатся вести себя в разных ситуациях, преодолевать негативные эмоциональные состояния, заботливо относиться к своему организму, правильно и полноценно питаться, заниматься физкультурой.

Новой формой оздоровления детей стала для нас работа по оздоровительно-развивающей программе «Са-фи-дансе» (Ж.Е. Фирилёва, Е.Г. Сайкина). Ее содержание тесно связано с программами по физическому и музыкальному воспитанию дошкольников. Основные разделы: танцевально-ритмическая гимнастика, нетрадиционные виды упражнений и креативная гимнастика. Все разделы программы объединяет игровой метод проведения занятий.

По итогам наблюдений, у детей, занимающихся по программе «Са-фи-дансе», более развиты физические качества, координационные способности, отсутствуют плоскостопие и нарушения осанки. Все занимающиеся дети имеют I и II группу здоровья, среди них нет часто и длительно болеющих.

За четыре учебных года работы нашего МДОУ мы наблюдаем уменьшение числа детей с III группой здоровья и уменьшение процента пропусков по болезни, увеличение средней посещаемости МДОУ.

Для более успешного ведения оздоровительной работы мы планируем приобрести тренажер биологической обратной связи «БОС» для органов дыхания, поскольку практика показала, что все чаще у наших детей наблюдается предрасположенность к болезням верхних дыхательных путей. Поэтому мы с осторожностью используем фито- и ароматерапию, так как они могут вызывать нежелательные побочные эффекты у детей.

Действенным средством укрепления здоровья и борьбы с заболеваниями органов дыхания мы считаем также оздоровительный массаж спины и грудной клетки, которые по назначениям врача выполняет медицинская сестра по массажу.

Учитель-логопед и педагог-психолог нашего МДОУ работают над коррекцией и развитием речемыслительной и психофизи-

ческой деятельности детей (регуляция мышечного тонуса, снятие эмоционального напряжения, релаксация, артикуляционная и дыхательная гимнастика, развитие мелкой моторики).

При организации оздоровительной работы мы ориентируемся на следующие конечные результаты:

- создание здоровьесберегающего образовательного пространства в детском саду и семье;
- улучшение соматических показателей здоровья дошкольников;
- формирование у дошкольников основ валеологического сознания, потребности заботиться о своем здоровье.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

Для последних лет характерна относительно низкая заболеваемость коклюшем. Несмотря на это, в 2009 г., по сравнению с 2008 г., заболеваемость выросла на 14,2% и составила 2,86 на 100 тыс. населения (2008 г. — 2,5). Зарегистрировано 4056 случаев коклюша, в том числе 3937 у детей до 17 лет включительно (в 2008 г. — 3557 и 3451 соответственно). Уровень заболеваемости детского населения относительно 2009 г. увеличился на 13,9% и составил 15,01 на 100 тыс. детей в 2009 г. (2008 г. — 12,92).

Основную массу заболевших коклюшем составляют дети до 17 лет включительно, на долю которых в 2009 г. приходится 97,1% всех зарегистрированных случаев коклюшной инфекции. В возрастной структуре заболевших детей преобладают дети 7—14 лет — 41,2%. В то же время следует обратить внимание на то, что практически сравнялось число детей, заболевших в возрасте до 1 года (20,8%) и 3—6 лет (22,6%).

Среди детского населения высокие уровни заболеваемости регистрируются в Санкт-Петербурге (99,77), Ярославской области (64,21), Москве (56,98), Мурманской (51,7), Астраханской (48,13), Ивановской (36,73) и Калининградской (35,6) областях.

Относительно низкие показатели заболеваемости коклюшем регистрируются на фоне неуклонного повышения охвата профилактическими прививками детского населения. Своевременность охвата детей в возрасте 12 месяцев вакцинацией (97,2%) и в возрасте 24 месяцев ревакцинацией (97%) против коклюша во всех субъектах Российской Федерации превысила уровень в 95%, за исключением Ханты-Мансийского автономного округа, где уровень охвата детей ревакцинацией в возрасте 24 месяцев составил 94,5%.

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

Составление комплексной программы индивидуального образовательного маршрута ребенка с ограниченными возможностями здоровья

Козина Г.П.,

директор муниципального учреждения «Психолого-медико-педагогическая комиссия Нерюнгринского р-на», г. Нерюнгри

Теоретические вопросы психолого-медико-педагогического сопровождения освещены достаточно широко Л.М. Шипицыной, С.Д. Забрамной, С.Г. Шевченко. Однако при встречах со специалистами — психологами, дефектологами, педагогами школ и детских садов на практике обозначилась проблема составления индивидуального маршрута на ребенка с применением конкретных практических заданий, которые могут использовать в коррекционной работе все заинтересованные специалисты и родители. В целях повышения эффективности коррекционно-развивающего процесса нами составлены рекомендации для педагогов, психологов, учителей-дефектологов и логопедов по данной проблеме.

Программа сопровождения разрабатывается на основании первичного психолого-педагогического обследования, при помощи которого определяется зона актуального развития ребенка. По

результатам диагностического обследования составляются индивидуальный коррекционно-развивающий маршрут, даются практические рекомендации и задания с учетом способностей ребенка, направленные на развитие психических процессов (внимания, памяти, мышления, речи), коррекцию и эмоционально-волевые нарушения. Программа индивидуального образовательного маршрута составляется на три месяца. В конце ее реализации вновь проводятся диагностика, консилиум, фиксируется результат усвоения программного материала ребенком. Далее в зависимости от результатов программа упрощается или усложняется.

Обязательно при составлении программы определяются ведущие направления — коррекция эмоционально-волевых нарушений, развитие познавательных процессов, комплексная коррекция аномального развития.

Большое значение в программе придается психологическому и дефектологическому сопровождению. В графе «Рекомендации педагогам» даются короткие словесные психотерапевтические установки, применяемые к ребенку, которых должны придерживаться все члены коллектива. В разработке индивидуального образовательного маршрута рекомендуется использование авторских программ, опубликованных Институтом специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга. Специалисты включают в занятия речевые игры, игры на развитие навыков коммуникации, познавательных процессов в зависимости от требований зоны ближайшего развития.

Психолог проводит диагностику, в течение учебного года фиксируя динамику развития воспитанников и отслеживая их в процессе занятий с целью оказания психологической помощи педагогам, предупреждает психические срывы при превышении учебной нагрузки, помогает учителю выбрать правильную тактику по отношению к ребенку. В ходе психологического сопровождения коррекционно-развивающие занятия способствуют развитию коммуникативных навыков, эффективному межличностному общению, умению сотрудничать в группе, коррекции ВПФ. Психологические игры в классах и группах должны присутствовать в режимных моментах, чаще использоваться игры на сплоче-

ние коллектива, налаживание общения между детьми, снятие агрессивности в конкретных практических игровых ситуациях. Психолог проводит подгрупповую работу с детьми при подготовке изучения учебного материала по разделу программы «Основы полового воспитания». Основное внимание в программе уделяется тренингам с целью привития элементарных навыков по саморегуляции поведения. По разделу программы «Культура поведения» рекомендуется использование в тренингах игр, способствующих разыгрыванию разных бытовых ситуаций. В результате психологического сопровождения ребенка с отклонениями в развитии формируются адекватная реакция на различные явления окружающей действительности, адекватное проявление эмоционального состояния в коммуникативной сфере.

Создание положительного климата в учреждении для детей с нарушениями в развитии должно стать главной задачей в коррекционном процессе. Данная программа помогает специалистам и родителям логически выстроить и представить, в чем заключается практическое сопровождение детей и показать конкретную направленность медико-педагогического взаимодействия в работе специалистов. Системная коррекционно-развивающая работа по индивидуальному образовательному маршруту будет способствовать изменению взгля-

да ребенка на мир и отношения к окружающим.

В качестве образца предлагаем индивидуальный образовательный маршрут, составленный на ребен-

ка с выраженной интеллектуальной недостаточностью, обучающегося в детском доме — интернате для детей с глубокой умственной отсталостью РДДИ (табл. 1—3).

Таблица 1

**Индивидуальный образовательный маршрут
на воспитанницу РДДИ Алену Г.**

Показатели психофизического развития IQ — 52 балла (зона актуального развития)	Рекомендации психолога, дефектолога педагогам (учителям, воспитателям), работающим над развитием психофизических функций, эмоционально-волевых нарушений (зона ближайшего развития)
<i>Контакт</i> Достаточно легко вступает в контакт со взрослыми и детьми. Проявляет заинтересованность в установлении контакта. Но в силу нарушенного процесса торможения зачастую контакт приобретает навязчивый характер. Девочка не является лидером в классе, склонна к отрицательному подражанию поступков детей более старшего возраста	Создание при общении благоприятной, деловой, доброжелательной обстановки. Проявление внешних позитивных эмоций — улыбка, взгляд. Для исключения манипулирования собой педагогу необходимо на уроке организовать общение на уровне инструкций: «Алена, сядь правильно», «Алена отвечай»; при этом важно помнить о ранимости ребенка. Необходимо правильно дозировать ее взаимодействие с детьми
<i>Эмоционально-волевая сфера</i> Проявляются частые колебания настроения от хорошего к плохому. Наблюдаются немотивированное упрямство, двигательная расторможенность, чрезмерная активность, но вместе с тем девочка очень ранимая. Негативное отношение к неудаче и замечаниям со стороны педагога и воспитателя	Педагог должен использовать личное наблюдение за ребенком в процессе учебной деятельности. Требуется психологическая поддержка педагогом (взрослым): «Я рада тебя видеть на уроке», «У тебя все получится!». Нельзя показывать отрицательные эмоции по отношению к ребенку к его негативным действиям, необходимо использовать словесную помощь: «Тебе плохо сейчас? Я тебе сейчас помогу», «Хочешь, я покажу (расскажу) тебе, как поступить в этой ситуации?» и т.п.
<i>Уровень развития деятельности</i> Игрушки старается использовать в соответствии с их функциональным назначением. Может организовать игру с элементами сюжета, но нужна постоянная помощь взрослого	Учитывая склонность девочки к подражанию, нужно через игровую деятельность воспитывать в ней положительные черты характера. Организовать в игровой деятельности жизненные ситуации, в которых происходят те или иные события и девочка участвует в них, перенимая правильный стереотип поведения (через обучение в психотренигах)

Продолжение табл.

1	2
<i>Обучаемость</i> Может перенести освоенный способ деятельности на аналогичное задание при направляющей, стимулирующей помощи взрослого, поскольку отсутствует мотивация деятельности. Недостаточно самостоятельна, круг интересов узок. <i>Работоспособность</i> Низкая — около 10 мин	Создавать ситуацию успеха, организовывать частую смену видов деятельности, использовать разнообразный наглядный материал (опора на слуховой анализатор, тактильный). Нужна направляющая помощь взрослого
<i>Запас общих представлений</i> Снижен, не соответствует возрасту	Продолжать работу по обогащению словаря с опорой на жизненный опыт ребенка — экскурсии, простые опыты, занятие по развитию речи через ознакомление с окружающим миром
<i>Зрительное восприятие</i> Знает и называет основные цвета, соотносит предметы по величине, различает геометрические формы, дифференцирует их между собой	Необходимо продолжать работу по изучению промежуточного цветового спектра, геометрических фигур (овал, ромб) с дифференциацией с другими фигурами
<i>Восприятие пространственных отношений</i> Знает значение частей тела и лица, ориентируется в сторонах собственного тела, затруднение вызывает зеркальное отображение частей тела. Целостный образ предмета не нарушен — собирает разрезные картинки из 6 частей	Продолжать коррекционную работу в развитии восприятия пространственных отношений своего тела в зеркальном отображении. Отрабатывать вместе с педагогом перед зеркалом: сначала педагог называет и показывает на себе части тела, затем на девочке. Далее девочка показывает заданную часть тела
<i>Конструирование</i> Выполняет по представлению (домик). Затруднена дифференциация пространственных понятий: путает право — лево, дальше — ближе, в центре	Продолжать выполнять конструирование по представлению через усложнение заданий. Дифференцировать пространственные понятия: «право — лево», «дальше — ближе», в центре через уроки труда, физкультуры, рисования, чтобы девочка имела практическое представление о пространственных отношениях
<i>Временные представления</i> Называет части суток; времена года, дни недели и месяцы в году — не знает	Работа по развитию временных представлений будет сосредоточена на изучении времен года и месяцев, с постоянным повторением частей суток, дней недели. Данная работа должна проводиться на всех уроках

Продолжение табл.

1	2
<i>Количественные представления</i> Знает порядковый счет до 10; прямой, обратный — не усвоила. Представление о количестве затруднено — только при наводящей помощи взрослого. Понятия: «много», «мало», «больше», «меньше», «поровну» не усвоила. Счетные операции до 5 и только на сложение. Задачи решать не умеет	Продолжать работу над прямым и обратным счетом (прямой счет до 15, обратный — до 5); по количественному соотносению цифрового ряда до 5, затем до 10 с соотносением количественных предметов; усвоению понятий «много — мало» на количественном примере на уроке труда, ознакомлению с окружающим, физкультуре; учиться решению примеров на сложение до 5, затем до 10
<i>Навыки чтения и письма</i> Читает по слогам, смысла прочитанного не улавливает. Самостоятельно только списывает, письмо под диктовку затруднено	<i>Развивать языковой анализ</i> Сколько слов в предложении? Какое первое? Покажи цифрой, сколько слов в предложении, сколько звуков в слове, посчитай. Чтение небольших текстов (из 2—3 предложений) с разъяснением смысла каждого слова. Продолжать развивать навык письма через списывание небольших текстов, заранее прочитанных, чтобы девочка понимала, о чем пишет
<i>Мышление</i> Наглядно-действенное. Процессы обобщения сформированы частично только при направляющей и стимулирующей помощи взрослого — выполняет задание «Четвертый — лишний» с большим трудом и только простые формы «фрукты, овощи». Скрытый смысл картин не улавливает, последовательность событий устанавливает по картинкам не более трех и с помощью взрослого	Продолжать работу по установлению причинно-следственных связей через составление сюжета по серии картинок (из 3—4) с разъяснением смысла каждой картинки. Развивать процессы обобщения через другие группы предметов. Работать с простейшими картинками — нелепиками
<i>Внимание</i> Недостаточно устойчивое, поверхностное, быстро истощаемое, требующее частого переключения с одного вида деятельности на другой	Использовать частую смену видов деятельности на уроках, физкультминутки, пиктограммы для выделения важного и лучшего запоминания — ребенок рисует или обозначает символами события и т.п. (сначала словесное рисование, затем практическое).

Продолжение табл.

1	2
	Педагог должен закончить объяснение (задания, упражнения) до того, как девочка утомится, следить за работоспособностью. Обязателен зрительный контакт с девочкой для эмоционального реагирования ребенка с обязательным настроением на хорошее внимание: «Алена внимательна на занятии», «Алена хорошо выполняет задание». Развитие внимания через введение «корректирующих проб», игр: «Чего не стало?», «Что появилось, что здесь лишнее?». «Увидишь заданный предмет — хлопни в ладоши», таблицы Шульте в пределах 5, 10
<i>Моторика кистей и пальцев рук</i> Ведущая рука — правая. Нарушена моторика пальцев рук, недостаточная согласованность действий рук	Продолжать занятия по развитию моторики рук через: — разучивание гимнастики для пальцев рук; — обучение навыкам самомассажа с использованием ребристого карандаша, резиновых шаров; — шнуровка различных предметов; — штриховка и обводка по трафарету; — закрашивание предметов, при этом не выходить за линию, с использованием только карандашей; — использование эспандера для укрепления мышц кистей рук; — застегивание и расстегивание пуговиц; — закручивание и раскручивание крышек у пузырьков; — нанизывание бусин, пуговиц, заплетание лент
<i>Навыки самообслуживания, санитарно-гигиенические</i> Самостоятельно одевается, раздевается, чистит зубы и умывается	Совершенствовать навыки самообслуживания через подготовку и уборку рабочего места на уроках
<i>Развитие речи</i> Словарь ограничен, на уровне обиходно-бытовой речи. Наблюдается слабость мышц речевого аппарата и общая смазанность речи.	Обогащать словарь прилагательными, наречиями, существительными и вводить в активную речь; укреплять мышцы речевого аппарата через зондовый массаж, упражнения на развитие мышц языка, губ; учиться распространять предложения до 3—4—5 слов через описательные рассказы, составлять рассказы по сюжету.

Окончание табл.

1	2
В грамматическом строе речи присутствуют ошибки в неправильной постановке окончаний, предлогов. В речи преобладают простые двусоставные предложения. Составляет рассказ по очень простому сюжету. Наблюдаются нарушения в слоговой структуре слова в виде замен звуков	Внедрять методику В.Н. Воробьевой по работе с моторными алаликами — для развития связной речи с опорой на зрительный анализатор (моделирование, тексты цепной структуры)
<i>Звукопроизношение</i> Наблюдается нарушение звукопроизносительной стороны речи по типу искажения звуков и замен с дизартрией (диагноз ДЦП)	Коррекция звукопроизношения через постановку дефектных звуков по этапам: — укрепление артикуляционного аппарата через динамические и статические логопедические упражнения (мышцы языка, губ, щек); — использование зондового массажа на мышцы языка; — активизация биологически активных точек для снятия мышечного тонуса артикуляционного аппарата; — использование нетрадиционных форм коррекции звукопроизношения и укрепления мышц лица (работа с шариком, ложкой по В.В. Коноваленко, С.В. Коноваленко)
<i>Физическое развитие</i> ДЦП, выявлен низкий уровень ВПФ, сформированность мелкой и крупной моторики	Необходимо использование тренажеров для развития ОДА, организация занятий в секциях и индивидуальный учет рекомендаций врача-психиатра. Обучать навыкам правильного дыхания в сочетании с двигательными действиями (синхронность дыхания нарушена). Подбирать упражнения на укрепление общей моторики, а также комплекс на снятие спастичности мышечного тонуса. Отрабатывать на уроках пространственную ориентировку (лево — право, назад — вперед), ориентировку на своем теле. Использовать кинезиологические упражнения для развития общей и мелкой моторики, а также развития ВПФ (автор А.Л. Сиротюк). Закреплять понятия «много — мало», «далеко — близко» в двигательной активности на занятиях по физической культуре

Таблица 2

**Рекомендуемые разделы учебного материала,
доступные для усвоения Аленой Г.**

Направление коррекционно-развивающей деятельности	Программа	Разделы программы
Умственное развитие	<i>Обучение по программе VIII вида</i>	А) Чтение и письмо. Б) Начальная математика (элементарный счет). В) Развитие речи. Г) Мир вокруг нас (элементарный курс по естествознанию — природа). Д) Организм человека (основы анатомии и физиологии)
Эстетическое воспитание	<i>Музыка</i>	А) Пение. Б) Слушание музыки. В) Музыкально-ритмические упражнения
	<i>Творческий труд</i>	А) Декоративно-объемная аппликация (теоретическое и практическое обучение). Б) Беседы об изобразительном искусстве. В) Экскурсии
	<i>Сенсорное воспитание</i>	А) Навыки самообслуживания. Б) Ручной труд. В) Хозяйственно-бытовой труд. Г) Домоводство
	<i>Социально-бытовая ориентировка</i>	А) «Ты и твоё здоровье». Б) «Ты среди людей»
	<i>Культура поведения</i>	А) Роль этических знаний в нравственном поведении подростка. Б) Развитие ответственного отношения к окружающим. В) Культура речи, чувства
	<i>Основы полового воспитания</i>	Физическое воспитание направлено: — на развитие здоровья детей; — физических способностей; — волевых качеств; — формирование правильной осанки

Система психологических воздействий

Цели	Задачи	Приемы	Игры и упражнения
Смягчение эмоционального дискомфорта, повышение самостоятельности, активности	Диагностика поведения, особенностей общения, личностных характеристик	Наблюдение за ребенком на занятии, вне занятий, в игре, анализ продуктов его деятельности. Коммуникативные игры	Развитие внимания, воображения, коррекции эмоционально-волевой сферы: «Будь внимателен», «Чего не стало?», «Что появилось?», «Карлики, великаны», «Нос — пол — потолок».
Устранение личностных реакций: агрессивность, повышенная тревожность, возбудимость, мнительность	Приучение к активности, самостоятельности. Коррекция негативных характерных проявлений	Игры-драматизации на темы знакомых ему сказок. Коммуникативные игры	Эмоционально-волевая сфера: «Четыре стихии», «Молчанка», «Кулак — ладонь», «Рожки — ножки», «Перекаты», «Пальцы — колечки», «Хор», «Путаница», «Кулацкий бой», «Мигалки», «Толкалки», «Займи пустой стул», «Жмурки с голосом»
Формирование эмоциональной саморегуляции	Обучение контролю по результатам, способу деятельности	Дидактические игры, упражнения на внимание, наблюдательность. Обучение конструированию, рисованию по моделям, доступным видам деятельности (авторы С.Д. Забрамная, И.И. Мамайчук, Е.А. Стребелева)	Пantomимические игры: «Обед», «На ощупь», «Сломанный телефон», «Передай чувство», «Кто это был?» Эмоциональные игры: «Что будет если...», «Картинки по Розенцвейгу», «Абра-кадабра», «Ладошки», «Перехват рук», «Слепой и поводырь».
	Смягчение эмоционального дискомфорта, коррекция негативных эмоциональных реакций, обучение нахождению нужных форм эмоционального реагирования	Психорегулирующая тренировка, игровые методы (авторы С. Джексон, И.И. Мамайчук). Психогимнастика М.И. Чистяковой. Расслабляющие техники, различные игры, методы саморегуляции	Элементы сказкотерапии: «В магазине игрушек» (коррекция драчливости), «Королева капризов» (хулиган, сквернослов). Когнитивная сфера: «Рыбы, птицы, звери», «Паровозик», «Вьетнамская игра», «Тень», «Сквозь группу», «Танграм», «Задача Пифагора», «Дорисуй до предмета»

Программа адаптации детей раннего возраста в ДОУ

Беляева Л.А.,

педагог-психолог высшей категории, МБДОУ № 234 «Кроха»,
г. Новосибирск

При поступлении в ДОУ все дети переживают адаптационный стресс. Адаптивные возможности ребенка ограничены, поэтому резкий переход малыша в новую социальную ситуацию и длительное пребывание в стрессовом состоянии могут привести к эмоциональным нарушениям или замедлению темпа психофизического развития и как следствие — к ухудшению здоровья.

Иначе говоря, разлука с близкими людьми может стать для ребенка сильнейшим психотравмирующим фактором, поскольку воспринимается малышом как потеря маминой и папиной любви. Тревога, связанная с разлукой, появляется у детей во многом потому, что они предчувствуют возможность столкновения с новыми, незнакомыми людьми и обстоятельствами. И чем неожиданнее расставание, тем труднее ребенку адаптироваться в новых условиях. Следовательно, необходимо подготовить ребенка к поступлению в детский сад, создать условия для благоприятной адаптации.

Дети раннего возраста эмоциональны и впечатлительны. Им свойственно заражаться сильными, как положительными, так и отри-

цательными, эмоциями взрослых и сверстников, подражать их действиям. Эти особенности раннего возраста были учтены нами при разработке представляемой программы «Солнышко».

Программа рассчитана на детей раннего возраста, предусматривает организацию 10 игр-знаний, разработанных педагогом-психологом. При этом каждое занятие можно проводить в два или три этапа, привлекая родителей и педагогов. Участие родителей в занятиях обусловлено необходимостью подготовки самих родителей к изменению семейной ситуации, ситуации воспитания и развития ребенка в связи с его поступлением в детский сад.

Цель: проводить профилактику стрессовых состояний у детей в период адаптации к ДОУ.

Задачи:

- снимать эмоциональное и мышечное напряжение;
- снижать импульсивность, тревожность, агрессию;
- развивать навыки общения со взрослыми и друг с другом;
- развивать произвольное поведение.

Решение данных задач возможно лишь при определенных

условиях: положительный эмоциональный фон занятий, конструктивное сотрудничество педагогов и родителей, наличие развивающей предметно-игровой среды в ДОУ, высокий уровень профессиональной компетентности педагога-психолога, осуществляющего психологическое сопровождение развития ребенка в период адаптации в ДОУ.

Итак, предлагаемые занятия призваны обеспечить безболезненную адаптацию детей раннего возраста в ДОУ, что чрезвычайно важно для сохранения их физического и психического здоровья.

Картина адаптации ребенка к детскому саду диагностична. Для выявления степени адаптации ребенка к ДОУ могут быть использованы следующие методы: — анкетирование родителей (приложение 1); — наблюдение за ребенком с фиксацией результатов наблюдения в адаптационной карте (приложение 2).

Сценарии занятий на тему «Адаптация ребенка к ДОУ как один из факторов, влияющих на эмоциональный мир ребенка»

Занятие 1

Цель: формировать родительскую группу и провести презентацию программы «Солнышко».

* * *

1. **Вступительное слово** педагога-психолога. Обозначение целей

и задач программы, принципов работы, условий, необходимых для успешной реализации программы.

2. **Выявление переживаний и родительских ожиданий.**

3. **Мини-лекция** «Эмоциональная жизнь ребенка в раннем возрасте».

4. **Практическая часть.** Заполнение родителями анкеты (см. приложение 1).

5. **Домашнее задание** для родителей. Вспомнить стихотворение о солнышке, принести с собой на занятие звучащую игрушку (ребенку до занятия ее не показывать).

Занятие 2*

Цель: знакомить родителей и детей с педагогами и пространством детской площадки.

Материалы: рисунок солнышка (символ программы «Солнышко»), обруч, звучащие игрушки (погремушки).

* * *

1. **Вводная часть.** Родители с детьми и два педагога гуляют по территории детского сада. Педагоги обращают внимание родителей на игровое оборудование, имеющееся на детской площадке, рассказывают о том, как гуляют и чем занимаются дети во время прогулки, привлекают малышей к общению. Затем педагог (психолог), обращаясь к детям, читает стихотворение о солнышке.

* Здесь и далее занятия проводятся на детской площадке. Встречаются все участники адаптационного процесса.

Вышло солнце погулять,
С нами вместе поиграть.
Собирайся, весь народ,
В наш веселый хоровод!

2. *Игра «Солнечная карусель»*
(проводит один из педагогов).

Дети с родителями становятся в круг. Внутри круга лежит обруч и рисунок солнышка.

Педагог. Дети, посмотрите, какой у нас получился большой круг. Похож он на солнышко?

Дети отвечают.

Давайте вспомним и расскажем стихи о солнышке.

Дети читают стихи.

А теперь давайте нашему солнышку сделаем лучики. Возьмитесь одной ручкой за обруч, а другой — за руку мамы или папы. *(При этом все должны смотреть в одну сторону.)* Вот какие замечательные у солнышка лучики! Давайте покрутимся вокруг солнышка, как на карусели.

Все кружатся сначала в одну сторону, затем меняют руки и кружатся в обратную сторону.

3. *Прощание.* Педагог читает стихотворение о медведях. При этом слова сопровождаются движениями, соответствующими тексту.

Три медведя шли домой.
Папа был большой-большой.
Мама чуть поменьше ростом,
Ну а сын — малютка просто.
Очень маленький он был,
С погремушками ходил!

Детям раздают погремушки и предлагают потрясти ими. Педагог (психолог) и воспитатели прощаются с детьми, ласково называя каждого ребенка по имени.

Занятие 3

Цель: знакомить детей и родителей с помещением группы.

Материалы: костюм курицы; магнитофон; кассета с записью кудахтанья курицы.

* * *

1. *Вводная часть.* Педагог читает четверостишие про солнышко, призывая детей повторять за ним (см. занятие 2).

2. *Игра «Солнечная карусель»* (см. занятие 2).

3. *Посещение детьми и родителями группы.*

После игры педагог всех приглашает войти в группу. Дети и родители раздеваются в приемной, проходят в игровую комнату, спальню, затем — в умывальную комнату. Перед входом педагог, наряженный в костюм курочки-наседки, предлагает детям помыть руки, показывая, как это надо правильно делать.

Процедура сопровождается стихами.

Из колодца принесла
Курица водицы.
И цыплята всей гурьбой
Побежали мыться.

Кран, откройся,
Нос, умойся!
Мойтись сразу, оба глаза!
Мойтись, уши, мойся, шейка!

Шейка, мойся хорошенько!
Мойся, мойся, обливайся.
Грязь, смывайся!
Грязь, смывайся!

Лейся, чистая водичка,
Ты умой мне чисто личико,
Шейку, ручки умывай,
Ничего не забывай!
Мылом, мылом чисто мойся,
Ни о чем не беспокойся.
Мыло не кусается,
Просто умывается.

4. *Завтрак в группе.* После проведения водной процедуры педагог приглашает детей на завтрак.

5. *Свободное перемещение родителей и детей по группе, знакомство с игрушками и свободная игра.*

6. *Прощание.* Персонально с каждым ребенком.

Занятие 4

Цель: снять барьеры в общении между всеми участниками адаптационного процесса.

Материалы: шаблон петушка, клей, разноцветная бумага; магнитофон с записью петушиного крика.

* * *

1. Вводная часть.

2. *Игра «Солнечная карусель»* (см. занятие 2) и отгадывание детьми загадки.

Золотое яблочко по небу
катается,

Всем, всем улыбается.

А улыбка-то — лучи —

очень-очень горячи!

3. *Организация режимных моментов.* Родители и дети заходят

в помещение детского сада, переодеваются и проходят в группу. Педагог ведет детей мыть руки и при этом читает четверостишие так, чтобы дети могли его повторять.

Умываемся мы быстро,
Вытираемся мы чисто,
Так опрятны, аккуратны,
Всем смотреть на нас приятно.

Подготовка к завтраку. Завтрак.

4. *Совместная продуктивная деятельность родителей и детей.*

Педагог проводит занятие по аппликации для родителей и детей «Веселый петушок». Каждой детско-родительской паре предлагаются необходимые для деятельности материалы: шаблон петушка из картона, клей и разноцветная бумага. Ставится задача: украсить, используя цветную бумагу, своего петушка.

По завершении работы все любят петушками. Педагог читает прибаутку.

Петушок, петушок,
Золотой гребешок,
Что ты рано встаешь?
Деткам спать не даешь!

Педагог. Дети, а как кричит петушок?

Дети озвучивают петушка.

А давайте с вами послушаем, как кричит настоящий петушок.

Включается запись петушиного крика.

5. *Прощание.*

Педагог. А теперь давайте прощаемся, и пусть каждого из вас завтра разбудит ваш петушок, чтобы вы не проспали в детский сад.

6. *Свободная игра родителей с детьми в группе детского сада.* Дети с родителями по желанию покидают группу, а кто не желает уходить, остаются поиграть.

Занятие 5

Цель: формировать у детей адекватное поведение в группе, умение подчиняться общим правилам.

Материалы: куклы кота, петуха и лисы, ширма; магнитофон, запись легкой детской музыки.

* * *

1. *Вводная часть.* Встреча педагога, родителей и детей на детской площадке. Приветствие друг друга. Педагог предлагает детям хором рассказать известные им стихотворные строчки о солнышке. Затем проводится игра «Солнечная карусель» (см. занятие 2).

2. *Организация режимных моментов.* Вход в группу. Подготовка детей к завтраку (процедура умывания сопровождается чтением известных детям стихотворных строк), завтрак.

3. *Мини-спектакль для детей и родителей «Кот, петух и лиса».*

Педагог, используя игрушки, рассказывает и показывает сказку.

Педагог. В лесу в маленькой избушке жили-были кот да петух. Кот рано утром вставал, на охоту ходил, а Петя-петушок оставался дом стеречь. Уйдет кот на

охоту, петушок все в избушке приберет, пол чисто подметет, вскочит на жердочку, песни поет и кота ждет: «Ку-ка-ре-ку»!

Пробежала как-то мимо лиса, услышала, как петух песни поет. Захотелось ей петушка съесть. Вот она села под окошко и запела:

Петушок-петушок,
Золотой гребешок,
Выгляни в окошко —
Дам тебе горошка.

Петушок выглянул, а она его цап-царап — схватила и понесла.

Петушок испугался и закричал: — Несет меня лиса за темные леса, за высокие горы! Котик-братик, выручи меня!

Кот был недалеко, услышал, помчался за лисой что было силы, отнял петушка и принес его домой.

С тех пор кот и петух живут вместе, а лиса к ним даже не показывается.

4. *Беседа с детьми о правилах, принятых в детском саду* (не обижать друг друга, делиться игрушками, хорошо кушать и слушаться воспитателя).

5. *Свободная игра детей в группе.* Во время игры звучит спокойная музыка. По желанию ребенок может покинуть группу.

Занятие 6

Цель: закрепить навыки правильного поведения и общения в группе.

Материалы: тарелка-трафарет, карандаш; магнитофон, кассета с записью звуков птичьего двора; костюм курочки для воспитателя.

* * *

1. *Вводная часть.* Педагог приветствует детей стихотворными строчками о солнышке. Затем предлагает поиграть в игру «Солнечная карусель» (см. занятие 2).

2. *Организация режимных моментов.* Вход в группу. Подготовка детей к завтраку (процедура умывания сопровождается чтением известных детям стихотворных строк), завтрак.

3. *Игровое занятие «Накормлю цыпленка».*

Педагог беседует с детьми о петушке.

Педагог. Кто вместе с солнышком встает, громко песенки поет и деткам спать не дает?

Дети. Это петушок.

Педагог. Давайте рассмотрим петушка на картинке. (*Нужно отметить внешние особенности петушка: хвостик, крылышки, гребешок, масляна головушка, шелкова бородушка и т.д.*) Давайте споем песенку про петушка! Как петушок кукарекает?

Дети показывают.

(*Читает потешку.*)

Как у наших у ворот
Петух зернышки клюет.
Петух зернышки клюет,
К себе курочек зовет.

Давайте и мы позовем курочку.

Дети. Курочка, иди к нам!

Входит воспитатель, переодетый в курочку.

Воспитатель. Здравствуйте, детки, меня зовут Рябушка. А кто мои детки?

Дети. Цыплята.

Воспитатель. А какие они?

Дети. Маленькие, желтые.

Воспитатель. Как курочка говорит?

Дети. Ко-ко-ко-ко.

Воспитатель. А как цыплята пищат?

Дети. Пи-пи-пи-пи.

Воспитатель. А вы хотите быть цыплятами?

Дети. Да!

Воспитатель. Тогда я буду мамой-курочкой.

Проводится игра «Наседка и цыплята».

Вышла курочка гулять,
Свежей травки пощипать,
А за ней ребятки —
Желтые цыплятки.
Съели желтого жука,
Дождевого червяка,
Выпили водицы
Полное корытце.
Квохчет курочка: «Ко-ко,
Не ходите далеко,
Лапками гребите,
Зернышки ищите».

Педагог. Давайте поищем зернышки. Нет, нигде не видно. А цыплята есть хотят, на всю улицу пищат: «Пи-пи-пи-пи». Давайте поможем цыплятам и нарисуем зернышки.

Дети рисуют, каждый на своей бумажной тарелке, зернышки для цыпленка, имитируют кормление. В это время включается аудиозапись звуков птичьего двора.

4. *Свободная игра детей с игрушками под звуки спокойной музыки.*

5. *Организация режимных моментов.* Подготовка к прогулке. Игра на площадке. Желаящие могут покинуть детский сад. Остальные возвращаются в группу, готовятся к обеду, кушают. После обеда дети и родители уходят домой.

Занятие 7

Цель: снять тревожность, развивать навыки общения.

Материалы: коробка с мозаикой, где помещены шесть элементов желтого цвета и один элемент белого цвета (можно использовать цветной картон).

* * *

1. *Вводная часть.* Ритуал приветствия и игра «Солнечная карусель» (см. занятие 2).

2. *Организация режимных моментов.* Вход в группу. Подготовка детей к завтраку (процедура умывания сопровождается чтением известных детям стихотворных строк), завтрак.

3. *Дидактическое упражнение «Курочка и цыплята».*

Педагог (*читает потешку*).

— Курочка-рябушка, куда ты пошла?

— На речку.

— Курочка-рябушка, зачем ты пошла?

— За водичкой.

— Курочка-рябушка, зачем тебе водичка?

— Цыпляток поить.

— Курочка-рябушка, как твои детки просят пить?

— Пи-пи-пи-пи-пи-пи!

(*Показывает белый элемент мозаики.*) Курочка у нас будет белого цвета. (*Демонстрирует желтую мозаику.*) Желтого цвета будут цыплятки. (*Берет белый элемент, еще раз напоминает, что курочка будет такого цвета.*)

Итак, будьте внимательны.

Следом за белым педагог помещает один желтый элемент, говоря, что такого цвета цыплята. Затем предлагает детям найти еще одного цыпленка. И поместить его следом за братишкой — пусть идут следом за мамой-курочкой. Так дети самостоятельно или с помощью взрослых выстраивают цепочку. После того как все цыплята будут найдены и размещены гуськом позади курочки, малыш еще раз выполняет задание самостоятельно.

4. *Подвижная игра «Петушки».*

У одной стены сидят петушки (дети). На большом расстоянии гуляет петух (кто-то из родителей). В одном из углов комнаты — «кошкин дом». В нем сидит кошка (педагог), второй педагог — находится с петушками и показывает на гуляющего петуха.

Петя в желтых сапогах
Ходит по песку,

А потом как закричит:
«Ку-ка-ре-ку!»

Выходите, петушки,

Собирайте крошки!

Много здесь есть мошек

На моей дорожке.

Петух имитирует собирание мошек, призывая петушков. Дети выбегают на ковер и, подражая петуху, имитируют собирание мошек. Выбегает кошка и пытается поймать цыплят, но все дети убегают (кто-то в домик, кто-то к своему родителю). Игра повторяется несколько раз.

5. *Прогулка.* Подготовка и выход на прогулку. Игра на площадке. Дети с родителями по желанию могут покинуть детский сад.

6. *Организация режимных моментов.* Дети, возвратившиеся в группу, готовятся к обеду, посещают комнату гигиены, моют руки и одновременно с воспитателем повторяют известные им стихотворные строки (см. занятие 4).

Педагог (настраивая детей на обед, озвучивает считалку)

Жили-были сто ребят,
Все ходили в детский сад.
Все садились за обед,
Все съедали сто котлет.
Все потом ложились спать.
Начинай считать опять.

После обеда — подготовка ко сну. В спальне можно включить спокойную музыку (пока дети укладываются). Усыпляя детей, педагог тихо читает стихи.

Ходит сон по хате
В сереньком халате,
А Сониха под окном —
В сарафане голубом.
Ходят вместе они,
Ты, цыпленочек, усни.
Баю, баю, баюшок,
В огороде петушок
Песни громко поет,

Детям спать не дает.
А ты, деточка, усни,
Крепкий сон к тебе приди.
Тебе спать — не гулять,
Только глазки закрывать.

После сна выполняется упражнение «Потягушки».

Чтобы всем проснуться, надо потянуться. Исходное положение — лежа на спине. Потянуться. Затем руки развести в стороны, вверх и хлопнуть в ладоши.

Дети выполняют.

Родители в группе встречают детей после сна. Ведут детей в комнату гигиены. Дети моют руки. Педагог читает потешку, а родители и дети повторяют.

Ай лады, лады, лады,
Не боимся мы воды,
Чисто умываемся,
Маме улыбаемся.

Полдник. Дети и родители могут по желанию покинуть детский сад, оставшиеся идут на прогулку.

7. Прощание.

Занятие 8

Цель: снимать эмоциональное напряжение и агрессию, обучать детей контактам друг с другом.

Материалы: наборы для выдувания мыльных пузырей для каждого ребенка; магнитофон, кассета с записью танцевальной музыки; шары; мячи для подскоков (хоппы).

* * *

1. *Вводная часть.* Ритуал приветствия и игра «Солнечная карусель» (см. занятие 2).

2. *Организация режимных моментов.* Вход в группу. Подготовка детей к завтраку (процедура умывания сопровождается чтением известных детям стихотворных строк), завтрак.

3. *Игровое занятие «Мыльные пузыри».*

Педагог показывает детям прибор для выдувания мыльных пузырей и предлагает отгадать загадку.

В мыльной воде родился,
В шарик превратился.
К солнышку полетел,
Да не долетел — лопнул!

Д е т и. Мыльный пузырь.

Педагог и дети выдувают пузыри, наблюдают за ними, ловят их.

П е д а г о г. Сколько пузырей я выдула?

Дети отвечают.

Большие или маленькие пузыри были?

Дети отвечают.

А какого цвета вы видели пузыри?

Дети отвечают.

А какой формы?

Дети отвечают.

А что делали пузыри?

Дети отвечают.

А что вы делали?

Дети отвечают.

Проводится игра «Пузырь». Все берутся за руки и встают в малень-

кий круг. Педагог рассказывает стихок и медленно отступает назад.

Надувайся, пузырь,
Раздувайся большой,
Оставайся такой
Да не лопайся!

Дети повторяют действия педагога.

Круг расширяется, пока педагог не скажет: «Лопнул пузырь». Тогда все хлопают в ладоши и хором говорят: «Хлоп!», сбегаются в маленький круг и снова берутся за руки. Игра повторяется 2—3 раза.

4. *Игра «Удержи шарик».* Педагог делит детей на пары либо составляет пару «ребенок—родитель», дает каждой паре по воздушному шару и говорит: «Представьте, что шар — это пузырь, который нельзя уронить, иначе он лопнет. Держите шар вдвоем и дружно выполняйте движения. (Желательно, чтобы дети выполняли это упражнение не только со своими родителями, но и с родителями других детей.) Звучит музыка, и пары выполняют движения (прыгают, кружатся, маршируют, приседают, поднимают руки вверх).

Следует предложение детям — полетать на мыльном пузыре (мяче для подскоков — хоппе). Ребенок ложится на хопп животом, а педагог (родитель) раскачивает его в разных направлениях.

5. *Организация режимных моментов.* Подготовка к обеду, обед, подготовка ко сну и т.д. осуществляется так же, как и в предыдущий день (см. занятие 7).

Занятие 9

Цель: развивать коммуникативные навыки, умение действовать согласованно и подстраиваться к темпу движений партнера.

Материалы: большой красный и маленький синий мячи; мячи среднего размера; магнитофон, кассета с записями спокойной, расслабляющей и ритмичной музыки; красный круг и маленький синий кружок для каждого ребенка.

* * *

1. *Вводная часть.* Ритуал приветствия и игра «Солнечная карусель» (см. занятие 2).

2. *Организация режимных моментов.* Вход в группу. Подготовка детей к завтраку (процедура умывания сопровождается чтением известных детям стихотворных строк), завтрак.

3. *Игровое занятие «Мячики».*

Педагог показывает детям большой красный и маленький синий мячи. Дети рассматривают и называют их количество, сравнивают по величине и цвету. Затем педагог предлагает детям встать в круг, взяться за руки и изобразить сначала большой, а потом маленький мяч.

Проводится подвижная игра «Давай попрыгаем». Дети вслед за педагогом повторяют слова и выполняют движения, называемые в тексте.

Девочки и мальчики
Прыгают, как мячики.
Ножками топают,
Ручками хлопают,
Головой кивают,
А после отдыхают.

Игра повторяется 2—3 раза.

Выполняется упражнение на расслабление. Дети ложатся на ковер, закрывают глаза.

Педагог (включает спокойную музыку). Мячики отдыхают, а по комнате летает ветерок и дотрагивается до них.

Педагог гладит детей: одного по голове, другого по коленкам, третьего по животу и т.д. Открыв глаза, дети должны показать и назвать части тела, до которых дотрагивался «ветерок».

А теперь давайте дружно похлопаем ладошками по мячу.

Дети садятся вокруг большого мяча, кладут на него по одной ладошке. Педагог читает стихотворные строки, дети ритмично шлепают по мячу.

Друг веселый, мячик мой,
Всюду, всюду ты со мной!
Раз, два, три, четыре, пять —
Хорошо с тобой играть!

Педагог включает ритмичную музыку, делит детей на пары и дает каждой паре по мячу. (В пару с ребенком может встать родитель.) По команде педагога, не выпуская мяча из рук, каждая пара должна пройти по группе, попрыгать, покружиться, присесть и т.п.

А теперь покажем, как мы будем рисовать мячики.

Дети вслед за педагогом в воздухе рисуют спираль, попеременно правой и левой руками. Детям раздаются большие красные и маленькие синие круги.

Покажите большой красный и маленький синий мячи.

Дети выполняют.

4. *Организация режимных моментов.* Осуществляется так же, как и в предыдущий день.

Занятие 10

Цель: снимать эмоциональное и мышечное напряжение, развивать внимание и воображение.

Материалы: большой зонт; магнитофон, кассета с аудиозаписью шума дождя и спокойной музыки; картонные или пластмассовые грибы и ягоды, корзинки.

* * *

1. *Вводная часть.* Ритуал приветствия и игра «Солнечная карусель» (см. занятие 2).

2. *Организация режимных моментов.* Вход в группу. Подготовка детей к завтраку (процедура умывания сопровождается чтением известных детям стихотворных строк), завтрак.

3. *Игра «Осенний дождь».*

Педагог (предлагает детям пойти в лес, собирать грибы, ягоды). Представьте, что мы идем гулять в осенний лес.

Дети выстраиваются в колонну.

Внимательно слушайте слова. Старайтесь двигаться дружно. Не обгоняйте друг друга.

Зашагали ножки: топ-топ-топ,
Прямо по дорожке: топ-топ-топ.
Ну-ка веселее: топ-топ-топ,
Вот как мы уедем:

топ-топ-топ.

Побежали ножки
По ровненькой дорожке,
Убегают, убегают,
Только пяточки сверкают.

(Так повторяется 2—3 раза.)

Дети ходят по комнате, изображая, что собирают грибы и ягоды (можно заменить осенними листьями, согласно времени года). Как только педагог включает кассету со звуками дождя или дает команду «Дождик!», дети бегут под большой зонт, который держит кто-нибудь из взрослых, и прячутся так, чтобы всем хватило места. Кто-то из взрослых может барабанить пальцами по поверхности зонта, имитируя звук дождя, слегка обрызгивая его из пульверизатора. (Детям доставляет огромное удовольствие наблюдать, как с зонта скатываются капельки, подставлять руки, чтобы их поймать.) Когда шум дождя прекращается, дети выбегают из-под зонта. (Игра повторяется 2—3 раза.) Затем дети и родители садятся за столы, рассматривают грибы и ягоды. Раскрашивают готовые шаблоны. Любуются рисунками.

4. *Организация режимных моментов.* Осуществляется так же, как и в предыдущий день.

Приложение 1

Анкета для родителей

Уважаемые родители!

Приглашаем Вас принять участие в анкетном опросе. Ваши ответы помогут сотрудникам детского сада лучше узнать осо-

бенности и желания Вашего ребенка, что очень важно для создания благоприятных условий его развития.

1. Ребенок:

ФИО _____

Дата рождения _____

Домашний адрес, телефон _____

Мать:

ФИО _____

Год рождения _____

Образование, специальность,
место работы _____

Отец:

ФИО _____

Год рождения _____

Образование, специальность,
место работы _____

2. Состав семьи (кто постоянно проживает с ребенком) _____

3. Есть ли в семье другие дети, их возраст, каковы взаимоотношения с ними _____

4. К кому из членов семьи ребенок больше привязан _____

5. Была ли патология беременности, родов (какая) _____

6. Часто ли болеет ребенок, какие тяжелые заболевания, травмы перенес _____

7. Основные виды игр и занятий дома _____

8. Какие игрушки любит, кто их убирает _____

9. Охотно ли вступает в контакты, общение (нужное подчеркнуть):

— с детьми своего возраста (да — нет);

— с детьми старшего возраста (да — нет);

— с незнакомыми взрослыми (да — нет);

— с родными (да — нет).

10. Каким Вы считаете своего ребенка (подчеркните): спокойным, малоэмоциональным, очень эмоциональным.

11. Что умеет делать ребенок самостоятельно _____

12. Выполнение каких режимных моментов доставляет Вам больше всего трудностей дома (нужное подчеркнуть): подъем, умывание, кормление, укладывание спать, другое (допишите) _____

13. Какой аппетит у Вашего малыша (нужное подчеркнуть): хороший, ест все, плохо и мало, в зависимости от того, что в тарелке.

14. Как Вы его кормите дома (нужное подчеркнуть): он ест сам, сначала ест сам, а потом докармливаем; чаще его кормят с ложки взрослые; ест аккуратно; не очень аккуратно; мы добиваемся, чтобы он ел все, что дают; мы разрешаем не есть то, чего он не хочет; пусть ест сколько хочет; тарелка должна быть чистой.

15. Как засыпает ребенок дома (нужное подчеркнуть): быстро, медленно, сам, с ним сидит кто-то из взрослых, иногда мочится во сне, раздевается перед сном сам, одевается после сна сам, его раздевают и одевают взрослые.

Спасибо.

Карта уровня адаптированности ребенка к дошкольному учреждению

ФИО ребенка, возраст _____

Дата	Психологические критерии адаптированности ребенка														
	Общий эмоциональный фон поведения			Наблюдение за ребенком									Реакция на изменение привычной ситуации		
				Познавательная и игровая деятельность			Взаимоотношения со взрослым			Взаимоотношения с детьми					
	Положительный	Неустойчивый	Отрицательный	Активный	Активен при поддержке взрослого	Пассивен / реакция протеста	Инициативен	Принимает инициативу взрослого	Уход от взаимоотношений / реакция протеста	Инициативен	Вступает в контакт при поддержке	Пассивен /реакция протеста	Принятие	Тревожность	Неприятие
Бал- лы	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1

Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы
СанПиН 2.4.1.2660-10

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

(Утверждены постановлением

*Главного государственного санитарного врача
Российской Федерации от 22 июля 2010 г. № 91)*

Введены в действие с 1 октября 2010 года

1. Общие положения и область применения

1.1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее — санитарные правила) направлены на охрану здоровья детей при осуществлении деятельности по их воспитанию, обучению, развитию и оздоровлению в дошкольных организациях (далее — ДО) независимо от их вида, организационно-правовых форм и форм собственности.

1.2. Настоящие санитарные правила устанавливают санитарно-эпидемиологические требования к:

- условиям размещения дошкольных организаций,
- оборудованию и содержанию территории,
- помещениям, их оборудованию и содержанию,
- естественному и искусственному освещению помещений,
- отоплению и вентиляции,
- водоснабжению и канализации,
- дошкольным организациям и группам для детей, имеющих недостатки в физическом и умственном развитии,
- группам кратковременного пребывания, семейным дошкольным группам и иным подобным им видам дошкольных организаций независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности,

АКТУАЛЬНО



- организации питания,
- медицинскому обеспечению,
- приему детей в дошкольные организации,
- организации режима дня,
- организации физического воспитания,
- личной гигиене персонала,
- соблюдению санитарных правил.

1.3. Санитарные правила распространяются на проектируемые, действующие, строящиеся и реконструируемые объекты дошкольных организаций независимо от их вида, организационно-правовых форм и форм собственности.

1.4. Настоящие санитарные правила распространяются на дошкольные организации, реализующие как основную общеобразовательную программу дошкольного образования (дошкольные образовательные организации), так и на дошкольные организации, оказывающие услуги по уходу и присмотру за детьми, не связанные с оказанием образовательных услуг.

К дошкольным организациям относятся организации следующих видов:

- детский сад;
- детский сад общеразвивающего вида с приоритетным осуществлением одного или нескольких направлений развития воспитанников (интеллектуального, художественно-эстетического, физического и др.);
- детский сад компенсирующего вида с приоритетным осу-

- осуществлением квалифицированной коррекции отклонений в физическом и психическом развитии воспитанников;
- детский сад пристра и оздоровления с приоритетным осуществлением санитарно-гигиенических, оздоровительных мероприятий и процедур;
- детский сад комбинированного вида (на основе сочетания детских групп с вышеуказанными направлениями обслуживания в любом сочетании);
- центр развития ребенка — детский сад физического и психического развития, поддержки и оздоровления всех воспитанников.

1.5. В зависимости от длительности пребывания детей дошкольные организации могут быть с кратковременным пребыванием (до 5 часов в день), сокращенного дня (8—10 часов в день), полного дня (12 часов в день), продленного дня (14 часов в день) и круглосуточным пребыванием детей.

1.6. В зависимости от потребностей населения могут быть организованы группы кратковременного пребывания, семейные дошкольные группы и иные подобные им виды дошкольных организаций различных организационно-правовых форм, форм собственности, в том числе созданные в виде структурных подразделений государственных и муниципальных дошкольных образовательных учреждений, на объектах дошкольных образова-

тельных организаций, учреждений дополнительного образования и иных помещений, отвечающих требованиям настоящих санитарных правил (глава XI).

Длительность пребывания детей в дошкольных организациях (группах) определяется возможностью организовать прием пищи и дневной сон:

- до 3—4 часов без организации питания и сна;
- до 5 часов без организации сна и с организацией однократного приема пищи;
- более 5 часов — с организацией дневного сна и приема пищи с интервалом 3—4 часа в зависимости от возраста детей.

1.7. Здания дошкольных организаций могут быть отдельно стоящими, пристроенными к торцам жилых домов, встроенными в жилые дома и встроенно-пристроенными к торцам жилых домов.

1.8. Допускается совмещение дошкольных образовательных организаций с общеобразовательными учреждениями в единый комплекс (детский сад—школа).

1.9. В дошкольную организацию принимаются дети в возрасте от 2 месяцев до 7 лет. Подбор контингента разновозрастной (смешанной) группы должен учитывать возможность организации в ней режима дня, максимально соответствующего анатомо-физиологическим особенностям каждой возрастной группы.

При комплектовании групп вместимостью до 80 детей оптимальным является:

- две смешанные группы детей смежного возраста (ясельная, дошкольная);
- две смешанные группы детей смежных возрастов и одна подготовительная.

1.10. Количество и соотношение возрастных групп детей в дошкольной организации общеразвивающей направленности определяется исходя из их предельной наполняемости:

1.10.1. Для ясельного возраста:

- от 2 месяцев до 1 года — не более 10 человек;
- от 1 года до 3 лет — не более 15 человек;
- при наличии в группе детей двух возрастов (от 2 месяцев до 3 лет) — 8 человек.

1.10.2. Для дошкольного возраста:

- для детей 3—7 лет — не более 20 человек (оптимальная — 15 человек);
- разновозрастных группах при наличии в группе детей любых трех возрастов (3—7 лет) — не более 10 человек;
- при наличии в группе детей любых двух возрастов (3—7 лет) — не более 20 человек (оптимальная — 15 человек).

1.11. Количество и соотношение возрастных групп детей в дошкольной организации компенсирующей направленности устанавливается в зависимости от категории детей и их возраста. Предельная наполня-

емость групп для детей до 3 лет и старше 3 лет соответственно должна быть не более:

- для детей с тяжелыми нарушениями речи — 6 и 10 детей;
- для детей с фонетико-фонематическими нарушениями речи только в возрасте старше 3 лет — 12 детей;
- для глухих детей — 6 детей для обеих возрастных групп;
- для слабослышащих детей — 6 и 8 детей;
- для слепых детей — 6 детей для обеих возрастных групп;
- для слабовидящих детей, для детей с амблиопией, косоглазием — 6 и 10 детей;
- для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата — 6 и 8 детей;
- для детей с задержкой психического развития — 6 и 10 детей;
- для детей с умственной отсталостью легкой степени — 6 и 10 детей;
- для детей с умственной отсталостью умеренной, тяжелой только в возрасте старше 3 лет — 8 детей;
- для детей с аутизмом только в возрасте старше 3 лет — 5 детей;
- для детей со сложным дефектом (имеющих сочетание 2 или более недостатков в физическом и (или) психическом развитии) — 5 детей для обеих возрастных групп;
- для детей с иными ограниченными возможностями здоровья — 10 и 15 детей.

1.12. В общеразвивающих дошкольных организациях, имеющих группы комбинированной направленности, предельная наполняемость устанавливается в зависимости от возраста детей (до 3 лет и старше 3 лет) и категории детей с ограниченными возможностями здоровья и составляет:

- а) до 3 лет — не более 10 детей, в том числе не более 3 детей с ограниченными возможностями здоровья;
- б) старше 3 лет:
 - не более 10 детей, в том числе не более 3 глухих детей, или слепых детей, или детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, или детей с умственной отсталостью умеренной, тяжелой, или детей со сложным дефектом;
 - не более 15 детей, в том числе не более 4 слабовидящих и (или) детей с амблиопией и косоглазием, или слабослышащих детей, или детей, имеющих тяжелые нарушения речи, или детей с умственной отсталостью легкой степени;
 - не более 17 детей, в том числе не более 5 детей с задержкой психического развития.

1.13. Настоящие санитарные правила являются обязательными для исполнения всеми гражданами, юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, деятельность которых связана с проектированием, строительством, реконструкцией, эксплуатацией объектов дошкольных организаций,

воспитанием и обучением детей, а также оказывающими услуги по уходу и присмотру за детьми, не связанные с образовательной деятельностью.

1.14. Функционирование дошкольных организаций осуществляется при наличии заключения, подтверждающего его соответствие настоящим санитарным правилам, выданного органом, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор¹.

Использование помещений дошкольных организаций не по назначению не допускается.

1.15. Контроль за выполнением настоящих санитарных правил осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и потребительского рынка.

II. Требования к размещению дошкольных организаций

2.1. Предоставление земельных участков для строительства объектов дошкольных организаций допускается при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам.

2.2. Здания дошкольных организаций размещают на внутриквартальных территориях жилых микрорайонов, удаленных от городских улиц, межквартальных проездов на расстояние, обеспечивающее уровни шума и загрязнения атмосферного воздуха требованиям санитарных правил и нормативов. От границы участка дошкольной организации до проезда должно быть не менее 25 м.

2.3. Здания дошкольных организаций должны размещаться в зоне жилой застройки, за пределами санитарно-защитных зон предприятий, сооружений и иных объектов, санитарных разрывов, гаражей, автостоянок, автомагистралей, объектов железнодорожного транспорта, метрополитена, маршрутов взлета и посадки воздушного транспорта.

При размещении зданий дошкольных организаций должны соблюдаться санитарные разрывы от жилых и общественных зданий: для обеспечения нормативных уровней инсоляции и естественного освещения помещений и игровых площадок. Через территорию организации не должны проходить магистральные инженерные коммуникации городского (сельского) назначения — водоснабжения, канализации, теплоснабжения, энергоснабжения.

2.4. При строительстве дошкольных организаций следует учитывать радиус их пешеходной доступности: в городах — не более 300 м, в сельских населенных пунктах и малых городах одно- и двухэтажной застройки — не

¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 31.03.2009 № 277 «Об утверждении положения о лицензировании образовательной деятельности».

более 500 м. Допускается для сельских районов радиус пешеходной доступности до 1 км.

Для районов Крайнего Севера, горных районов, для Южных районов радиус пешеходной доступности допускается снижать в 1,5 раза.

2.5. По условиям аэрации участка дошкольных организаций во всех климатических районах размещают в зоне пониженных скоростей преобладающих ветровых потоков, аэродинамической тени.

В районах Крайнего Севера необходимо обеспечивать ветро- и снегозащиту территорий дошкольных организаций.

2.6. Не предусматривается размещение игровых площадок на крыше зданий дошкольных организаций.

III. Требования к оборудованию и содержанию территорий дошкольных организаций

3.1. Территория дошкольной организации по периметру ограждается забором и полосой зеленых насаждений. Деревья высаживаются на расстоянии не ближе 15 м, а кустарники не ближе 5 м от здания дошкольной организации. При озеленении территории не проводится посадка деревьев и кустарников с ядовитыми плодами, в целях предупреждения возникновения отравлений среди детей, и колючих кустарников.

Озеленение территории предусматривают из расчета не менее 50% площади территории,

свободной от застройки. Зеленые насаждения используют для отделения групповых площадок друг от друга и отделения групповых площадок от хозяйственной зоны. При размещении территории дошкольной образовательной организации на границе с лесными и садовыми массивами допускается сокращать площадь озеленения на 10%.

Допускается сокращение площади озеленения деревьями и кустарниками в районах Крайнего Севера с учетом климатических условий.

3.2. На сложных рельефах местности предусматривается отвод паводковых и ливневых вод от территории дошкольной организации для предупреждения затопления и загрязнения игровых площадок для детей.

3.3. Территория дошкольной организации должна иметь наружное электрическое освещение. Уровень искусственной освещенности участка должен быть не менее 10 лк на уровне земли.

3.4. На территории дошкольной организации выделяют следующие функциональные зоны:

- игровая зона;
- хозяйственная зона.

Расстояние между игровой и хозяйственной зоной должно быть не менее 3 м.

3.5. Зона игровой территории включает в себя:

- групповые площадки — индивидуальные для каждой группы из расчета не менее 7,2 кв. м на 1 ребенка ясельного возраста и

не менее 9,0 кв. м на 1 ребенка дошкольного возраста и с соблюдением принципа групповой изоляции;

— физкультурную площадку (одну или несколько).

3.6. Групповые и физкультурные площадки дошкольных организаций должны иметь продолжительность инсоляции не менее 3 часов не менее чем на 50% площади каждой площадки.

Уровни шума на территории дошкольных организаций не должны превышать допустимые уровни, установленные для территории жилой застройки.

3.7. Покрытие групповых площадок и физкультурной зоны следует предусматривать: травяным, укатанным грунтом, беспыльным, в районах первой строительно-климатической зоны (с вечномёрзлыми грунтами) — дощатым. Возможно выполнение покрытия площадок строительными материалами, безвредными для здоровья детей.

3.8. Групповые площадки для детей ясельного возраста располагают в непосредственной близости от выходов из помещений этих групп.

3.9. Для защиты детей от солнца и осадков на территории каждой групповой площадки устанавливают теневой навес площадью из расчета не менее 2 кв. м на одного ребенка. Для групп с численностью менее 15 человек площадь теневого навеса должна быть не менее 30 кв. м.

Теневые навесы рекомендуется оборудовать деревянными полами на расстоянии не менее 15 см от земли, или выполнить из других строительных материалов, безвредных для здоровья детей.

3.9.1. Теневые навесы для детей ясельного и дошкольного возраста в I, II, III климатических районах ограждают с трех сторон, высота ограждения должна быть не менее 1,5 м.

3.9.2. Рекомендуется в IA, IB, II климатических подрайонах вместо теневого навеса оборудовать отапливаемые прогулочные веранды, из расчета не менее 2 кв. м на одного ребенка, с обеспечением проветривания веранд.

3.9.3. Навесы для детей ясельного возраста до 2 лет допускается пристраивать к зданию дошкольной организации и использовать как веранды для организации прогулок или сна. Теневые навесы, пристраиваемые к зданиям, не должны затенять помещения групповых ячеек и снижать естественную освещенность.

3.9.4. Необходимо предусмотреть условия для раздельного хранения игрушек, используемых для игры на улице или прогулочных верандах, от игрушек, используемых в помещениях дошкольной организации.

3.10. Игровые и физкультурные площадки для дошкольных групп оборудуют с учетом роста-возрастных особенностей детей.

На игровых площадках для детей ясельного возраста до 1 года

рекомендуется устанавливать манежи (2,5×2,5 м) на деревянных настилах (5×6 м) и игровое оборудование, безвредное для здоровья детей, в соответствии с их возрастом.

3.11. Во вновь строящихся дошкольных организациях рекомендуется оборудовать физкультурные площадки (одну или несколько) для детей, в зависимости от вместимости дошкольных организаций и программы проведения спортивных занятий.

3.12. Для III климатического района вблизи физкультурной площадки допускается устраивать открытые плавательные бассейны переменной глубины от 0,4 м до 0,8 м и площадью 4×8 м или 6×10 м. При бассейне оборудуют ножную ванну шириной 1 м.

3.13. Ежегодно, весной, на игровых площадках проводится полная смена песка. Вновь завозимый песок должен соответствовать гигиеническим нормативам по паразитологическим, микробиологическим, санитарно-химическим, радиологическим показателям. Песочницы в отсутствии детей необходимо закрывать во избежание загрязнения песка (крышками или полимерными пленками, тентами или другими защитными приспособлениями). При обнаружении возбудителей паразитарных болезней, кишечных инфекций и других примесей, опасных для здоровья детей (химических, механических, радиологических), проводят смену песка.

3.14. Хозяйственная зона должна располагаться со стороны входа в производственные помещения столовой и иметь самостоятельный въезд с улицы.

На территории хозяйственной зоны должны быть предусмотрены места для сушки постельных принадлежностей и чистки ковровых изделий, иных бытовых принадлежностей.

3.15. При отсутствии теплофикации и централизованного водоснабжения на территории хозяйственной зоны дошкольной организации предусматриваются котельная и насосная с водонапорным баком и с соответствующим хранилищем топлива, сооружения водоснабжения с зоной санитарной охраны. При наличии автотранспорта, обслуживающего дошкольную организацию, необходимо предусмотреть место для его стоянки.

На территории хозяйственной зоны возможно размещение овощехранилища.

3.16. При достаточной площади участка в состав хозяйственной зоны могут быть включены: площадки для огорода, ягодника, фруктового сада.

3.17. В хозяйственной зоне оборудуют площадку для сбора мусора на расстоянии не менее 20 м от здания. На площадке с твердым покрытием устанавливают раздельные промаркированные контейнеры с крышками. Размеры площадки должны превышать площадь основания контейнеров на 1,0 м во все стороны. Допус-

кается использование других специальных закрытых конструкций для сбора мусора и пищевых отходов.

3.18. Уборку территории следует проводить ежедневно: утром за 1—2 часа до прихода детей и по мере загрязнения территории.

При сухой и жаркой погоде полив территории рекомендуется проводить не менее 2 раз в день.

3.19. Твердые бытовые отходы и смет следует убирать в мусоросборники. Очистку мусоросборников производят специализированные организации.

Не допускается сжигание мусора на территории дошкольной организации и в непосредственной близости от нее.

3.20. Въезды и входы на территорию дошкольной организации, проезды, дорожки к хозяйственным постройкам, к контейнерной площадке для сбора мусора покрывают асфальтом, бетоном или другим твердым покрытием.

IV. Требования к зданию, помещениям, оборудованию и их содержанию

4.1. Вновь строящиеся объекты дошкольных организаций рекомендуется располагать в отдельно стоящем здании. Вместимость дошкольных организаций в отдельно стоящих зданиях не рекомендуется превышать 350 мест.

При новом строительстве, в условиях сложившейся затеснен-

ной застройки, допускается размещение дошкольных организаций во встроенных в жилые дома помещениях, вместимостью до 80 мест, и во встроенно-пристроенных помещениях к жилым домам (или пристроенных), вместимостью до 150 мест, при наличии отдельно огороженной территории с самостоятельным входом и выездом (въездом). Здание дошкольной организации отделяется от жилого здания капитальной стеной.

Гигиенические требования к планировочной структуре здания определяются видом дошкольной организации и ее деятельностью.

4.2. Здание дошкольной организации должно быть 2-этажным.

В условиях плотной жилой застройки и недостатка площадей, допускается строительство зданий в 3 этажа. На 3-м этаже располагают служебно-бытовые и рекреационные помещения, дополнительные помещения для работы с детьми (кабинет психолога, логопеда).

Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях дошкольных организаций размещение групповых ячеек на 3-м этаже не допускается.

Групповые ячейки для детей ясельного возраста располагают на 1-м этаже, для детей от 3 лет и старше размещение групповой ячейки допускается на 2-м этаже.

На земельных участках со сложным рельефом допускается

увеличение этажности зданий до трех этажей при условии устройства непосредственных выходов из первого и второго этажей на уровне планировочной отметки.

4.3. Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях дошкольных организаций, для реализации основной общеобразовательной программы дошкольного образования, необходимо предусматривать следующий набор помещений:

- групповые ячейки — изолированные помещения, принадлежащие каждой детской группе;
- дополнительные помещения для занятий с детьми, предназначенные для поочередного использования всеми или несколькими детскими группами (музыкальный зал, физкультурный зал, кабинет логопеда и др.);
- сопутствующие помещения (медицинского назначения, пищеблока, постирочной);
- служебно-бытовые помещения для персонала.

4.4. Все основные помещения дошкольных организаций размещают в наземных этажах. Не допускается размещение в подвальных и цокольных этажах зданий помещений для пребывания детей и помещений медицинского назначения.

4.5. Здания образовательных организаций, в зависимости от вместимости, могут иметь различную конфигурацию, в том чис-

ле: компактную, блочную или павильонную структуру, состоять из нескольких корпусов-павильонов, отдельно стоящих или соединенных между собой отопливаемыми переходами. Неотопливаемые переходы и галереи допускаются только в ИИБ климатическом подрайоне.

4.6. Высота от пола до потолка основных помещений дошкольных организаций — не менее 3 м.

4.7. В целях сохранения воздушно-теплового режима в помещениях дошкольных организаций, в зависимости от климатических районов, входы в здания должны быть оборудованы тамбурами.

4.8. В планировочной структуре зданий дошкольных организаций необходимо соблюдать принцип групповой изоляции. Групповые ячейки для детей ясельного возраста должны иметь самостоятельный вход с участка. Допускается общий вход с общей лестницей для детей ясельных групп, размещенных на 2 этаже, для детей дошкольного возраста — не более чем на 4 группы, независимо от их расположения в здании.

4.9. В состав групповой ячейки входят: раздевальная (для приема детей и хранения верхней одежды), групповая (для проведения игр, занятий и приема пищи), спальня, буфетная (для подготовки готовых блюд к раздаче и мытья столовой посуды), туалетная (совмещенная с умывальной).

В приемной для детей ясельного возраста до года выделяют место для раздевания родителей и кормления грудных детей матерями; спальню в этих группах следует разделять на 2 зоны остекленной перегородкой.

4.10. Площади помещений групповой ячейки:

- раздевальная — площадью не менее 18 кв. м;
- групповая (для игр, занятий и приема пищи детьми) — площадью из расчета не менее 2,5 кв. м на 1 ребенка в ясельных группах, не менее 2,0 кв. м на 1 ребенка в дошкольных группах без учета мебели и ее расстановки;
- буфетная — площадью не менее 3,0 кв. м;
- спальня — площадью из расчета не менее 1,8 кв. м на 1 ребенка в ясельных группах, не менее 2,0 кв. м на 1 ребенка в дошкольных группах, без учета расстояния от наружных стен при расстановке кроватей (расстановка кроватей регламентируется п. 6.14 настоящих санитарных правил);
- туалетная — площадью не менее 16 кв. м для дошкольных групп и не менее 12 кв. м для ясельных групп.

Для вновь строящихся и реконструируемых дошкольных организаций оптимальную площадь групповых и спален рекомендуется принимать не менее 50 кв. м каждая.

4.11. В ранее построенных дошкольных организациях раздевательные для детей, групповые ячейки которых располагаются на втором и третьем этажах, допускается размещать на первом этаже в отдельных помещениях для каждой группы.

Во вновь строящихся дошкольных организациях предусматривают условия для сушки верхней одежды и обуви (шкафы или дополнительные помещения).

Для хранения колясок, санок, велосипедов, лыж, игрушек, используемых на территории дошкольных организаций, предусматривают условия для их хранения.

4.12. Для ограничения избыточной инсоляции и перегрева помещений необходимо предусмотреть солнцезащиту при проектировании и установке окон групповых, игровых, спален, залов, палат изолятора, помещений пищеблока, обращенных на азимуты 200—275 градусов для районов южнее 60—45 градусов с.ш. и на азимуты 91—230 градусов для районов южнее 45 градусов с.ш.

4.13. Для осуществления проветривания всех основных помещений дошкольных организаций окна должны быть обеспечены исправными и функционирующими во все сезоны года откидными фрамугами и форточками.

4.14. При замене оконных блоков площадь остекления должна быть сохранена или увеличена. Показатели светопропускания

у вновь устанавливаемых окон должны быть не меньше, чем у окон, подлежащих замене.

Плоскость открытия окон должна обеспечивать режим проветривания.

4.15. Остекление окон должно быть выполнено из цельного стеклопакета. Замена разбитых стекол должна проводиться немедленно.

4.16. Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях дошкольных организаций рекомендуется предусматривать два зала: один — для музыкальных, другой — для физкультурных занятий площадью не менее 75 м² каждый. Залы не должны быть проходными.

В существующих зданиях дошкольных организаций допускается один общий зал для музыкальных и физкультурных занятий.

При залах оборудуют кладовые для хранения физкультурного и музыкального инвентаря площадью не менее 6 м.

4.17. Для проведения физкультурных занятий в зданиях дошкольных организаций IA, IB и IG климатических подрайонов допускается использовать отапливаемые прогулочные веранды.

4.18. При строительстве, обустройстве и эксплуатации бассейна для обучения детей плаванию в дошкольных организациях должны быть соблюдены требования к устройству плавательных бассейнов, их эксплуатации, ка-

честву воды плавательных бассейнов и контролю качества².

4.19. Для занятия детей с использованием компьютерной техники выделяют отдельное помещение. Оборудование помещения, организация и режим занятий должны соответствовать требованиям к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы.

4.20. Помещения медицинского назначения для обслуживания детей размещают на первом этаже дошкольной организации единым блоком.

Для вновь строящихся и реконструируемых объектов дошкольных организаций независимо от его вместимости следует предусмотреть медицинский блок, который по составу помещений и их площади должен соответствовать настоящим санитарным правилам (Приложение 1, табл. 1).

Медицинский кабинет должен иметь самостоятельный вход из коридора и размещаться смежно с палатой (одной из палат) изолятора.

В дошкольных организациях вместимостью 280 и более детей изолятор проектируют не менее чем на 2 инфекции (2 отдельных помещения).

² СанПиН 2.1.2.1188-03 «Плавательные бассейны. Гигиенические требования к устройству, эксплуатации и качеству воды. Контроль качества» утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 30.01.2003 № 4 (зарегистрировано в Минюсте России 14.02.2003, регистрационный номер 4219).

4.21. В существующих дошкольных организациях (до проведения их реконструкции) допускается набор медицинских помещений в соответствии с проектами, по которым они были построены.

4.22. В зданиях дошкольных организаций рекомендуется предусмотреть минимальный набор служебно-бытовых помещений, площадь которых должна соответствовать настоящим санитарным правилам (Приложение 1, табл. 2).

4.23. Во вновь строящихся и реконструируемых объектах дошкольных организаций необходимо предусматривать пищеблок, работающий на сырье или полуфабрикатах, или буфет-раздаточную.

Объемно-планировочные решения помещений пищеблока должны предусматривать последовательность технологических процессов, исключаяющих встречные потоки сырой и готовой продукции.

Основные производственные помещения пищеблока размещают на первом этаже.

Кладовые не размещают под моечными, душевыми и санитарными узлами, а также производственными помещениями с трапами. Не следует размещать складские помещения для хранения пищевых продуктов (сухих, сыпучих) в подвальных помещениях.

4.24. В состав пищеблока, работающего на сырье, входят: горя-

чий цех, раздаточная, холодный цех, мясо-рыбный цех, цех первичной обработки овощей, моечная кухонной посуды, кладовая сухих продуктов, кладовая для овощей, помещение с холодильным оборудованием для хранения скоропортящихся продуктов, загрузочная, комната персонала, раздевалка, душевая и туалет для персонала, помещение для хранения уборочного инвентаря и приготовления моющих и дезинфицирующих растворов.

4.25. В состав пищеблока, работающего на полуфабрикатах, входят: горячий цех, холодный цех (горячий и холодный цех могут быть совмещены в одном помещении и разделены перегородкой), раздаточная, помещение для хранения сыпучих продуктов, помещение с холодильным оборудованием для хранения скоропортящихся продуктов, моечная кухонной посуды, моечная обменной тары, комната персонала, раздевалка, душевая и туалет для персонала, помещение для хранения уборочного инвентаря и приготовления моющих и дезинфицирующих растворов.

На пищеблок, работающий на полуфабрикатах, должны поступать мытые или очищенные овощи, полуфабрикаты высокой степени готовности (мясные, рыбные), отвечающие гигиеническим требованиям безопасности и пищевой ценности на пищевые продукты для детей дошкольного возраста. Полуфабрикаты могут поступать от дошкольных орга-

низаций или от базового предприятия (комбината) питания, расположенных в оптимальной транспортной доступности, позволяющей соблюдать сроки и условия транспортировки полуфабрикатов.

4.26. В буфетах-раздаточных должны быть предусмотрены объемно-планировочные решения, набор помещений и оборудование, позволяющие осуществлять реализацию блюд, кулинарных изделий, приготовление горячих напитков и отдельных блюд (отваривание колбасных изделий, яиц, заправка салатов, нарезка готовых продуктов), а также предусмотрены условия для мытья рук.

4.27. В ранее построенных объектах дошкольных организаций пищеблоку должны эксплуатироваться в соответствии с проектом, по которому они были построены.

4.28. При организации мытья обменной тары в дошкольных организациях необходимо выделять отдельное помещение, не совмещенное с помещением для мытья кухонной посуды.

4.29. Во вновь строящихся объектах дошкольных организаций рекомендуется предусматривать грузовые подъемники для вертикальной транспортировки пищи на 2—3 этажи.

4.30. Технологическое оборудование размещается с учетом обеспечения свободного доступа к нему для его обработки и обслуживания.

4.31. Питание детей организуют в помещении групповой.

Для мытья столовой посуды буфетная оборудуется двухгнездными моечными ваннами с подводкой к ним холодной и горячей воды. Допускается установка посудомоечной машины.

На случай отключения горячей водоснабжения предусматривается установка резервных электроводонагревателей с жесткой разводкой воды к моечным ваннам.

4.32. Не следует устраивать вход в постирочную напротив входов в помещения групповых ячеек и пищеблока и располагать окна пищеблока, постирочной и туалетных под окнами помещений групповых, спален.

4.33. В дошкольных организациях вместимостью до 80 мест постирочная может иметь одно помещение, свыше 80 мест — 2 помещения (стиральная и гладильная). Помещения стиральной и гладильной должны быть смежными, а входы (окна приема-выдачи) для сдачи грязного и получения чистого белья — раздельными.

Рекомендуемый состав и площади помещений постирочной представлены в Приложении 1 табл. 3 настоящих санитарных правил.

При отсутствии прачечной в дошкольной организации возможна организация централизованной стирки постельного белья в прачечных.

Постирочная дошкольной организации не используется для стирки белья от других организаций.

4.34. Изменение планировки помещений не должно ухудшать условий пребывания детей, наносить ущерб их здоровью и учебно-воспитательному процессу.

V. Требования к внутренней отделке помещений дошкольных организаций

5.1. Стены помещений должны быть гладкими и иметь отделку, допускающую уборку влажным способом и дезинфекцию.

Все строительные и отделочные материалы должны быть безвредными для здоровья детей.

5.2. Стены помещений пищеблока, буфетных, кладовой для овощей, охлаждаемых камер, моечной в помещении с ванной-бассейном, постирочной, гладильной и туалетных следует облицовывать глазурованной плиткой или аналогичным материалом, безвредным для здоровья детей, на высоту 1,5 м; в заготовочной пищеблока и залах с ваннами бассейна — на высоту 1,8 м для проведения влажной обработки с применением моющих и дезинфицирующих средств.

5.3. В помещениях, ориентированных на южные румбы горизонта, применяют отделочные материалы и краски неярких холодных тонов с коэффициентом отражения 0,7—0,8 (бледно-голубой, бледно-зеленый), на северные румбы — теплые тона

(бледно-желтый, бледно-розовый, бежевый) с коэффициентом отражения 0,7—0,6. Отдельные элементы допускается окрашивать в более яркие цвета, но не более 25% всей площади помещения.

Поверхности стен помещений для музыкальных и гимнастических занятий рекомендуется отделывать материалами, безвредными для здоровья детей, светлых тонов с коэффициентом отражения 0,6—0,8.

5.4. Для отделки потолков в помещениях с обычным режимом эксплуатации используют меловую или известковую побелки. Допускается применение вододисперсионной краски.

Потолки в помещениях с повышенной влажностью воздуха (производственные цеха пищеблока, душевые, постирочные, умывальные, туалеты и др.) окрашивают масляной краской.

Возможно применение иных материалов, безвредных для здоровья детей.

5.5. Полы помещений должны быть гладкими, нескользкими, плотно пригнанными, без щелей и дефектов, плинтуса — плотно пригнанными к стенам и полу, предусматривающими влажную уборку с применением моющих и дезинфицирующих средств.

Полы в помещениях групповых, размещаемых на первом этаже, следует делать утепленными и (или) отапливаемыми, с регулируемым температурным режимом на поверхности пола. В основных помещениях в качестве

материалов для пола используют дерево (дошчатые полы, которые покрывают масляной краской, или паркетные). Допускается покрытие полов синтетическими полимерными материалами, безвредными для здоровья детей и допускающими обработку влажным способом и дезинфекцию.

Полы в помещениях пищеблока, постирочной, гладильной, подсобных помещениях, туалетной выстилают керамической или мозаичной шлифованной метлахской плиткой или аналогичными материалами, безвредными для здоровья детей.

В помещениях душевых и постирочных, моечных и заготовочном цеху пищеблока полы оборудуют сливными трапами с соответствующими уклонами полов к отверстиям трапов.

VI. Требования к оборудованию и его размещению в помещениях дошкольных организаций

6.1. Оборудование основных помещений должно соответствовать росту и возрасту детей, учитывать гигиенические и педагогические требования. Функциональные размеры приобретаемой и используемой детской (дошкольной) мебели для сидения и столов (обеденных и учебных) должны соответствовать обязательным требованиям, установленным техническими регламентами, или (и) национальным стандартам.

Помещения детских садов компенсирующего вида оборуду-

ются в зависимости от осуществления квалифицированной коррекции отклонений в физическом и психическом развитии воспитанников.

6.2. Раздевальные оборудуют шкафами для верхней одежды детей и персонала.

Шкафы для одежды и обуви оборудуют индивидуальными ячейками-полками для головных уборов и крючками для верхней одежды. Каждый индивидуальный шкаф маркируется.

В раздевальных (или в отдельных помещениях) должны быть предусмотрены условия для сушки верхней одежды и обуви детей.

В раздевальных возможна установка стеллажей для игрушек, используемых на прогулке.

6.3. Для осмотра и переодевания детей раннего ясельного возраста помещение раздевальной оборудуют пеленальными столами, рабочими столами и стульями, умывальной раковиной, шкафом для одежды матерей. Необходимо предусмотреть отдельное помещение для грудного кормления детей.

В раздевальной детей раннего возраста место для кормления детей матерями должно быть оборудовано столом, стульями, подставками для ног, умывальником и шкафом для одежды.

6.4. В групповых для детей раннего ясельного возраста рекомендуется устанавливать в светлой части помещения групповой манеж размером 6,0×5,0 м с вы-

сотой ограждения — 0,4 м, длинной стороной параллельно окнам и на расстоянии от них не менее 1,0 м. Для ползания детей на полу выделяют место, ограниченное барьером, устанавливают горки с лесенкой высотой не более 0,8 м и длиной ската — 0,9 м, мостики длиной 1,5 м и шириной 0,4 м с перилами высотой 0,45 м.

Вблизи буфетной рекомендуется устанавливать пеленальные столы и специальные столики с выдвижными креслами для кормления детей 8—12 месяцев. Возле пеленального стола устанавливают бак с крышкой для грязного белья.

6.5. В групповых помещениях для детей 1,5 лет и старше столы и стулья устанавливают по числу детей в группах. Для детей старшей и подготовительной групп рекомендуется использовать столы с изменяющимся наклоном крышки до 30 градусов.

6.6. Стулья должны быть в комплекте со столом одной группы, которая должна быть про-

маркирована. Подбор мебели для детей следует проводить с учетом антропометрических показателей согласно табл. 1.

Для организации настольных игр для детей допускается использовать подоконные ленточные и учебные столы.

6.7. Для детей 1,5—3 лет в групповых следует предусмотреть спортивный уголок.

6.8. При оборудовании групповой соблюдают следующие требования:

- столы для занятий старших и подготовительных групп устанавливают вблизи светонесущей стены при обязательном левостороннем освещении рабочего места;
- для леворуких детей индивидуальные рабочие места организуют с правосторонним освещением рабочего места.

Стол устанавливают следующим образом:

- четырехместные столы — не более чем в 2 ряда с учетом

Таблица 1

**Основные размеры столов и стульев для детей
ясельного и дошкольного возраста**

Группа роста детей (мм)	Группа мебели	Высота стола (мм)	Высота стула (мм)
До 850	00	340	180
Свыше 850 до 1000	0	400	220
С 1000—1150	1	460	260
С 1150—1300	2	520	300
С 1300—1450	3	580	340
С 1450—1600	4	640	380

обеспечения боковым освещением максимального количества детей;

- двухместные столы — не более чем в 3 ряда;
- расстояние между рядами столов должно быть не менее 0,5 м;
- расстояние первого ряда столов от светонесущей стены должно быть 1 м;
- расстояние от первых столов до настенной доски должно быть 2,5—3 м, при этом угол рассматривания должен составлять не менее 45 градусов.

6.9. Рабочие поверхности столов должны иметь матовое покрытие светлого тона. Материалы, используемые для облицовки столов и стульев, должны обладать низкой теплопроводностью, быть стойкими к воздействию теплой воды, моющих и дезинфицирующих средств.

Размер настенной доски составляет 0,75—1,5 м, высота нижнего края настенной доски над полом — 0,7—0,8 м.

Меловые доски должны быть изготовлены из материалов, имеющих высокую адгезию с материалами, используемыми для письма, хорошо очищаться влажной губкой, быть износостойкими, иметь темно-зеленый или коричневый цвет и иметь антибликовое или матовое покрытие.

При использовании маркерной доски цвет маркера должен быть контрастным (черный, красный, коричневый, темные тона синего и зеленого).

Учебные доски, не обладающие собственным свечением, должны быть обеспечены равномерным искусственным освещением.

При использовании интерактивной доски и проекционного экрана необходимо обеспечить ее равномерное освещение и отсутствие световых пятен повышенной яркости.

При организации занятий детей рассаживают с учетом роста, состояния здоровья, зрения и слуха. Детей, страдающих частыми простудными заболеваниями, следует сажать подальше от окон и дверей, детей с пониженным слухом и близорукостью — за первые столы, соответствующие их росту.

6.10. В дошкольных организациях используют игрушки, безвредные для здоровья детей и отвечающие гигиеническим требованиям к товарам детского ассортимента, которые могут быть подвергнуты влажной обработке (стирке) и дезинфекции. Мягконабивные и пенолатексные ворсованные игрушки для детей дошкольного возраста следует использовать только в качестве дидактических пособий.

6.11. Для показа диафильмов используют стандартные проекторы и экраны с коэффициентом отражения 0,8. Высота подвеса экрана над полом должна быть не менее 1 м и не более 1,3 м. Показ диафильмов непосредственно на стене не допускается. Соотношение расстояния проектора от экрана и расстояния

Таблица 2

Требования к организации просмотра диафильмов

Расстояние проектора от экрана (м)	Ширина экранного изображения (м)	Расстояние 1 ряда от экрана (м)
4,0	1,2	2,4
3,5	1,0	2,1
3,0	0,9	1,8
2,5	0,75	1,5
2,0	0,6	1,2

зрителей первого ряда от экрана представлено в табл. 2.

6.12. Для просмотра телевизионных передач и видеофильмов используют телевизоры с размером экрана по диагонали 59—69 см. Высота их установки должна составлять 1—1,3 м. При просмотре телепередач детей располагают на расстоянии не ближе 2—3 м и не дальше 5—5,5 м от экрана. Стулья устанавливают в 4—5 рядов (из расчета на одну группу); расстояние между рядами стульев должно быть 0,5—0,6 м. Детей рассаживают с учетом их роста.

6.13. В отдельных помещениях или в отдельно выделенных местах возможна организация уголков и комнат природы, фитогорода, фитобара и других. При их организации соблюдают следующие требования:

- животные и растения должны быть безопасны для детей и взрослых;
- недопустимы больные, агрессивные и непредсказуемые в

своём поведении животные, а также ядовитые и колючие растения;

- животных принимают с разрешения органов ветеринарного надзора (постановка на учет, своевременные прививки, гигиенические процедуры);
- недопустимо принимать бродячих животных;
- уборка за животными и уход за растениями осуществляется ежедневно и только персоналом дошкольной организации. Полив растений могут осуществлять дети.

Комнату природы оборудуют подводкой горячей и холодной воды, канализацией, стеллажами для хранения инвентаря и корма. Корма для животных следует хранить в местах, недоступных для детей.

Размещение аквариумов, животных, птиц в помещениях групповых не допускается.

6.14. Во вновь строящихся и реконструируемых дошкольных организациях необходимо в со-

ставе групповых предусмотреть отдельные спальные помещения.

Спальни оборудуют стационарными кроватями.

Кровати для детей до 3 лет должны иметь: длину — 120 см; ширину — 60 см; высоту ограждения от пола — 95 см; ложе с переменной высотой от пола — на уровне 30 см и 50 см.

Следует предусматривать возможность уменьшения высоты бокового ограждения не менее чем на 15 см.

Длина стационарной кровати для детей 3—7 лет составляет 140 см, ширина — 60 см и высота — 30 см.

Кровати расставляют с соблюдением минимальных разрывов: между длинными сторонами кроватей — 0,65 м, от наружных стен — 0,6 м, от отопительных приборов — 0,2 м, между изголовьями двух кроватей — 0,3 м.

Во избежание травматизма детей стационарные двухъярусные кровати не используют.

6.15. В существующих дошкольных организациях, при отсутствии спален по проекту, допускается организовывать дневной сон детей дошкольных групп в групповых на раскладных кроватях с жестким ложем или на трансформируемых (выдвижных, выкатных) одно-трехуровневых кроватях.

Новые типы кроватей должны быть безвредны для здоровья детей.

При использовании раскладных кроватей (раскладушек) в каждой групповой должно быть предусмотрено место для их хранения, а также для индивидуального хранения постельных принадлежностей и белья.

6.16. В существующих дошкольных образовательных организациях, при наличии спальных помещений по проекту, спальные помещения не допускается использовать не по назначению (в качестве групповых, кабинетов для дополнительного образования и др.).

6.17. Дети обеспечиваются индивидуальными постельными принадлежностями, полотенцами, предметами личной гигиены. Следует иметь не менее 3 комплектов постельного белья и полотенец, 2 комплектов на матрасников из расчета на 1 ребенка.

6.18. Туалетные помещения делят на умывальную зону и зону санитарных узлов. В зоне умывальной размещают детские умывальники и огороженный трансформируемым ограждением душевой поддон с доступом к нему с 3 сторон для проведения закалывающих процедур. В зоне санитарных узлов размещают унитазы.

Для душевого поддона высота установки составляет 0,3 м. Душевой поддон оборудуют гибким шлангом с душевой насадкой, расположенным над днищем поддона на высоту 1,6 м.

6.18.1. Туалетную для детей ясельного возраста оборудуют в

одном помещении, где устанавливают 3 умывальные раковины с подводкой горячей и холодной воды для детей, 1 умывальную раковину для персонала, шкаф (стеллаж) с ячейками для хранения индивидуальных горшков и слив для их обработки, детскую ванну, хозяйственный шкаф. Горшки должны быть промаркированы.

Хранение одноразовых подгузников в помещениях с повышенной влажностью воздуха не допускается.

6.18.2. В туалетной младшей дошкольной группы в умывальной зоне устанавливают 4 умывальные раковины для детей и 1 умывальную раковину для взрослых, с подводкой к ним горячей и холодной воды со смесителем, 4 детских унитаза.

6.18.3. В туалетных старшей и подготовительной групп в умывальной зоне устанавливают умывальные раковины с подводкой горячей и холодной воды для детей из расчета 1 раковина на 5 детей, 1 умывальную раковину для взрослых, детские унитазы или из расчета 1 унитаз на 5 детей. Детские унитазы устанавливают в закрывающихся кабинках без запоров. Размер кабинки для детского унитаза должен быть 1,0×0,75 м, высота ограждения кабинки — 1,2 м (от пола), не доходящая до уровня пола на 0,15 м.

6.18.4. При проектировании и реконструкции дошкольных организаций в старших и подготовительных группах следует предус-

мотреть отдельные туалетные комнаты для мальчиков и девочек.

6.19. Для проведения гигиенических процедур (подмывание) детям ясельного и младшего дошкольного возраста должны быть предусмотрены душевые поддоны с душевой сеткой на гибком шланге.

6.20. При круглосуточном пребывании детей рекомендуется оборудовать ваннные комнаты для помывки детей, оборудованные душевыми кабинами (ваннами, поддонами с подводкой горячей и холодной водой со смесителем).

6.21. Для детей младшего дошкольного возраста высота установки умывальников от пола до борта прибора составляет 0,4 м, для детей среднего и старшего дошкольного возраста — 0,5 м.

6.22. Унитазы оборудуются детскими сидениями или гигиеническими накладками, изготовленными из материалов, безвредных для здоровья детей, допускающих их обработку моющими и дезинфицирующими средствами.

6.23. В существующих дошкольных организациях допускается оборудование санитарного узла для персонала в детской туалетной комнате в виде отдельной закрытой туалетной кабинки.

6.24. В туалетных помещениях устанавливают настенные или навесные вешалки с индивидуальными ячейками для детских полотенец и предметов личной гигиены, хозяйственные шкафы, шкаф для уборочного инвентаря.

Приложение 1
к СанПиН 2.4.1.2660-10

Таблица 1

Состав и площади медицинских помещений

Помещения	ДО вместимостью, мест (площадь, м ²)			
	до 80 (1—4)	до 150 (5—6)	до 240 (7—12)	до 350 (13—18)
Медицинский кабинет	12	12	12	12
Процедурный кабинет	8	8	8	8
Изолятор	не менее 4 м ² (1 палата)	не менее 4 м ² (1 палата)	не менее 4 м ² каждая (2 палаты)	не менее 4 м ² каждая (2 палаты)
Туалет с местом для приготовления дезин- фицирующих раство- ров	6	6	6	6

Таблица 2

**Рекомендуемый состав
и площади служебно-бытовых помещений**

Помещения	Площадь (м ²) в зависимости от вместимости и количества групп			
	до 80 (1—4)	до 150 (5—6)	до 240 (7—12)	до 350 (13—18)
1. Кабинет заведующего	10	10	9	9
2. Кабинет завхоза	—	—	6	6
3. Методический кабинет	12	12	12	12
4. Хозяйственная кладовая	4	5	8	12
5. Кладовая чистого белья	4	6	8	10
6. Комната кастелянши	—	—	—	6
7. Столярная мастерская	—	—	12	12
8. Столовая персонала	—	—	—	10
9. Туалеты для персонала	3	3	6	6

Таблица 3

**Рекомендуемый состав
и площади помещений постирочной**

Помещения	Площади помещений постирочной в зависимости от количества групп (м ²)				
	4 группы	6 групп	7 групп	12 групп	18 групп
Стиральная	14	14	16	18	18
Гладильная	10	10	12	12	12
Всего	14	24	28	30	30

(Продолжение в следующем номере.)

Протокол от 08.09.2010 № 18

«О завершении летней оздоровительной кампании 2010 года в Российской Федерации»

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

По итогам заседания Президиума Государственного Совета об организации летнего отдыха детей и подростков, состоявшегося в июне текущего года, Президентом РФ был дан ряд поручений.

Основными из них в части, касающейся Роспотребнадзора, были:

— принять дополнительные меры по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия в детских оздоровительных организациях при прове-

дении летней оздоровительной кампании 2010 г.;

— представить предложения по совершенствованию порядка определения поставщиков продуктов питания детским оздоровительным организациям, направленные на обеспечение поставки качественных продуктов;

— разработать комплекс мер, направленных на подготовку квалифицированных кадров, владеющих современными оз-

доровительными технологиями;

- осуществить необходимые мероприятия для обеспечения комплексной безопасности во время перевозки детей к местам отдыха и обратно.

Перечень поручений, подготовленный по итогам этого заседания, стал генерирующей составляющей всей летней оздоровительной кампании 2010 г. и основой Плана организационных и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по организации летнего отдыха детей и подростков.

В целом мероприятия этого Плана реализованы, что позволило выполнить поручения Президента РФ в установленные сроки.

Следует отметить ответственный и принципиальный подход к реализации поручений Президента РФ по организации летнего отдыха детей и подростков в Алтайском и Краснодарском краях, Волгоградской, Вологодской, Ивановской и Кемеровской областях.

Анализ представленных в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека организационно-плановых документов показал, что в большинстве субъектов РФ отсутствуют региональные целевые программы по

развитию отдыха и оздоровления детей.

Наличие таких программ было заявлено Республиками Коми, Марий Эл, Чувашия, Вологодской, Курской, Ленинградской, Омской, Пензенской, Тульской, Ярославской областями, Забайкальским краем, Чукотским автономным округом и другими.

Так, постановлением Правительства Вологодской области от 02.09.2008 № 1679 утверждена долгосрочная целевая программа «Организация отдыха детей, их оздоровления и занятости в Вологодской области на 2009—2012 годы». Общий объем финансирования Программы составляет более 212 млн рублей за счет средств областного бюджета. Программой к 2012 г. предполагается:

- увеличение количества детей, охваченных всеми формами отдыха, оздоровления и занятости в свободное от учебы время, с 79,8 до 81,5%;
- увеличение количества детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, охваченных всеми формами отдыха, оздоровления и занятости в свободное от учебы время, с 56,5 до 66%;
- снижение количества безнадзорных детей с 1,9 до 0,9%;
- сохранение действующей сети загородных оздоровительных учреждений области (27 загородных оздоровительных лагерей, уровень 2008 г.).

В Чувашской Республике в рамках республиканской целевой

программы «Дети Чувашии» на 2010—2020 гг. действует подпрограмма «Организация отдыха, оздоровления и занятости детей и подростков». Общий объем финансирования подпрограммы составляет более 900 млн рублей.

Ожидаемым результатом реализации подпрограммы является увеличение удельного веса несовершеннолетних в возрасте от 6 до 15 лет, охваченных различными формами организованного отдыха, оздоровления, до 86%.

В Забайкальском крае действует краевая целевая программа «Организация отдыха, оздоровления и временной трудовой занятости несовершеннолетних (2009—2011 годы)». Финансирование программы предусматривает привлечение средств краевого бюджета — 47 млн 117 тыс. руб., муниципального бюджета — 48 млн 677 тыс. руб., а также средства федерального бюджета, фонда социального страхования и профсоюзных организаций. Целевыми индикаторами программы являются:

- охват детей мероприятиями отдыха ежегодно не менее 79%;
- охват несовершеннолетних временной трудовой занятостью с выплатой заработной платы — в 2009 г. для 7000 чел., в 2010 — для 7300 чел., в 2011 г. — 7500 чел.;
- охват детей, нуждающихся в особой заботе государства мероприятиями отдыха и трудо-

вой занятости ежегодно, не менее 61%;

- проведение работ, направленных на укрепление материальной базы в 4 краевых загородных лагерях, 12 загородных интернатных учреждений, 10 муниципальных загородных лагерях, эффективно работающих на условии софинансирования.

В целом во всех субъектах РФ, в период летних каникул, удалось реализовать комплекс мер по сохранению и укреплению здоровья детей, обеспечению их доброкачественной питьевой водой, физиологически полноценным питанием, а также расширить их адаптационные возможности.

Выраженный оздоровительный эффект отмечается у 80,4% детей (в 2009 г. — 80,7%), слабый оздоровительный эффект получили 15,1% детей (в 2009 г. — 16,7%). Отсутствие оздоровительного эффекта отмечается у 4,5% детей (в 2009 г. — 2,8%).

По возрастным группам показатели оздоровительного эффекта выглядят следующим образом:

- дети младшего школьного возраста — выраженный оздоровительный эффект отмечается у 80,7% детей (18 субъектов РФ), слабый оздоровительный эффект получили 15,8% детей (33 субъекта РФ). Отсутствие оздоровительного эффекта отмечается у 3,5% детей (22 субъекта РФ);
- дети среднего школьного возраста — выраженный оздо-

ровительный эффект отмечается у 81,3% детей (18 субъектов РФ), слабый оздоровительный эффект получили 14,9% детей (39 субъектов РФ). Отсутствие оздоровительного эффекта отмечается у 3,8% детей (16 субъектов РФ);

- дети старшего школьного возраста — выраженный оздоровительный эффект отмечается у 79,2% детей (15 субъектов РФ), слабый оздоровительный эффект получили 14,7% детей (32 субъекта РФ). Отсутствие оздоровительного эффекта отмечается у 6,1% детей (26 субъектов РФ).

Аномальная жара потребовала корректировки планов физкультурно-оздоровительной работы. Были максимально сокращены походы, спортивные занятия, другие массовые мероприятия, которые заменялись несвойственными для укрепления здоровья детей мероприятиями (ограничение пребывания на солнце, малоподвижные занятия). Аномальная жара потребовала внесения изменений в меню детей, ограничив его состав содержанием важных для детского организма скоропортящихся и прежде всего молочных продуктов.

В наиболее критический период были закрыты (с эвакуацией детей) оздоровительные учреждения Воронежской, Липецкой, Московской, Нижегородской, Рязанской, Саратовской, Туль-

ской областях, Республики Марий Эл, Мордовия и др.

В общей сложности было закрыто более 80 летних оздоровительных учреждений, из которых вывезено к месту жительства более 12 тыс. детей. В этих регионах не только были закрыты лагеря, но и не открывались запланированные к работе учреждения.

В Воронежской области в связи с пожароопасной обстановкой в области и городе все оздоровительные учреждения в июле завершили свою работу, а дети были эвакуированы.

В Республике Марий Эл в 4-ю смену не проводилось оздоровление в 10 загородных учреждениях и 3 детских санаториях.

Правительством Рязанской области в 4-ю смену был запрещен заезд в 15 оздоровительных учреждений.

По данным Управления Роспотребнадзора по железнодорожному транспорту, были закрыты 5 учреждений на Юго-Восточной, Приволжской и Горьковской железных дорогах и т.д. Поэтому показатель оздоровительного эффекта по итогам 3-й смены составил всего 62,6% детей.

На местах в этот период были предприняты меры для стабилизации ситуации по организации детского отдыха путем перераспределения детей в другие оздоровительные учреждения.

Многие субъекты Российской Федерации высказали пожелания принять у себя детей из регио-

нов, пострадавших от пожаров. Это Краснодарский край и его здравницы Азово-Черноморского побережья, которые приняли в этот период более 500 детей. В первую очередь это города Геленджик и Анапа.

Астраханская область приняла у себя около 300 детей из пострадавших от пожаров Нижегородской и Рязанской областей.

Алтайский край (по приглашению губернатора края) принял у себя около 300 детей из Нижнего Новгорода.

В ряде оздоровительных учреждений (Амурская область) были продолжены смены на 7—10 дней, в которых дополнительно отдохнуло около 350 детей.

В РФ, по данным Роспотребнадзора по состоянию на 01.06.2010 г., планировалось охватить в период летних каникул организованным отдыхом 6 190 937 детей, что почти на 511 842 больше, чем в 2009 г., при этом отдых и оздоровление детей планировался в 56 133 учреждениях, что на 1368 учреждений меньше, чем в 2009 г.

В итоге, на конец летней оздоровительной кампании, по данным Роспотребнадзора, было на контроле 55 438 летних учреждений, что на 695 учреждений меньше от первоначального плана (Республика Дагестан, Забайкальский край, Архангельская, Иркутская, Ивановская, Нижегородская, Владимирская, Тамбовская области, Ханты-Мансийский АО и др.). При этом позиция планового охвата летним отды-

хом составила 6 111 360 детей, что на 179 577 детей меньше первоначального плана (Республика Хакасия, Курская, Мурманская области и др.).

Основными причинами, ставшими основанием для того, чтобы эти учреждения не открылись, стали:

- своевременно не законченные ремонтные работы;
- отсутствие достаточного финансирования у собственников;
- смена собственника.

Из общего количества отработавших в 2010 г. летних оздоровительных учреждений (55 494) по типам учреждения подразделяются следующим образом:

- 44 752 учреждения с дневным пребыванием детей;
- 3026 загородных учреждений;
- 585 детских санаториев;
- 2118 палаточных лагерей;
- 4957 лагерей труда и отдыха.

Результаты контрольно-надзорных мероприятий, проведенных в 2010 г., свидетельствуют о том, что, несмотря на выданные всем учреждениям перед началом открытия санитарно-эпидемиологические заключения, отдельным администрациям не удалось обеспечить должное санитарно-эпидемиологическое благополучие.

В ходе летней оздоровительной кампании в РФ специалистами Управлений Роспотребнадзора по субъектам РФ было обследовано 36 541 учреждение для отдыха и оздоровления детей, из

которых в 5713 (15,6%) были выявлены нарушения требований санитарного законодательства, что было подтверждено данными лабораторно-инструментальных исследований.

Недостатки в организации питания и водоснабжения, в общей своей массе, послужили основанием для групповой и вспышечной инфекционной заболеваемости.

За период летней оздоровительной кампании в 2010 г. с июня по настоящее время в детских оздоровительных учреждениях РФ зарегистрировано 12 очагов инфекционных болезней (с общим числом пострадавших 188 человек, в том числе 186 детей).

По данным еженедельного мониторинга, в 2010 г. в 81 субъекте РФ в лечебно-профилактические учреждения обратились 99 195 детей, пострадавших от укусов клещей, у 312 детей зарегистрированы заболевания КВЭ (в том числе с летальным исходом у 2 детей из Вологодской области). Заболевания КГЛ зарегистрированы у 3 детей.

В целом по выявленным нарушениям в детских оздоровительных учреждениях составлено 21 524 протокола об административных правонарушениях, из которых принято 21 126 решений о назначении административного наказания в виде штрафа на общую сумму штрафов, которая составила более 33 млн рублей.

В суды с ходатайством об административном приостановле-

нии деятельности было передано 54 материала, из них работа 321 объекта была приостановлена из-за нарушений требований санитарного законодательства (Приморский, Пермский, Забайкальский, Ставропольский края, Республики Дагестан, Кабардино-Балкарская, Тыва; Брянская, Воронежская, Московская, Камчатская, Новосибирская, Оренбургская, Пензенская, Саратовская, Свердловская области).

Возбуждено 10 880 дел об административном правонарушении, из которых 382 передано в суды для принятия решения, из которых только по 22 прекращено производство (Республика Башкортостан — 4, Республика Калмыкия — 4, Брянская область — 1, Сахалинская область — 5, Тамбовская область — 2, управление Роспотребнадзора по железнодорожному транспорту — 2).

По состоянию на 06.09.2010 в субъектах РФ составлено 10 179 планов-заданий, в которые включено около 75 тыс. мероприятий: — по капитальному ремонту — 1457; — по косметическому ремонту — 12 651; — по закупке оборудования для пищеблоков — 4539; — по закупке мебели и инвентаря — 5725; — по закупке медицинского оборудования — 2576.

Полностью подготовили планы-задания Республики Ингушетия, Северная Осетия; Рязанская, Тверская области.

От 70 до 97% планов-заданий подготовлено в Республиках Адыгея, Хакасия, Марий Эл, Кабардино-Балкарской и Карачаево-Черкесской. До 10% планов-заданий подготовлено в Орловской, Омской, Ивановской, Белгородской областях, Республиках Чувашия, Башкортостан, Мордовия и других.

Не представлены в установленные сроки сведения о подготовке планов-заданий в 28 субъектах Российской Федерации (Калининградская, Свердловская области, Республика Тыва).

Завершение летней оздоровительной кампании и полученный детьми эффект оздоровления должен стать основой для сохранения их здоровья в течение всего учебного года.

В ряде регионов начало учебного процесса совпало с резким понижением температуры воздуха и ростом заболеваемости ОРВИ среди детей.

По данным еженедельного мониторинга, за первую неделю сентября (30.08—05.09.2010) в целом на территории РФ сохранялся низкий уровень заболеваемости ОРВИ, при этом в ряде субъектов отмечен сезонный рост, обусловленный активной циркуляцией вирусов парагриппа, аденовирусной инфекции и РС-вирусов.

Сезонный рост заболеваемости ОРВИ с превышением суммарных недельных эпидемических порогов по населению в целом на 9—52% отмечен в 8 субъектах РФ:

Костромской, Псковской, Астраханской, Волгоградской, Иркутской, Кемеровской областях, Республике Чувашия и Ямало-Ненецком автономном округе, где число заболевших составило от 2010 (Псковская область) до 9414 (Кемеровская область) человек, интенсивные показатели заболеваемости составили по совокупному населению от 23,5 (Республика Чувашия) до 42,6 (Костромская область) на 10 тыс. населения.

Превышение порогов по населению в целом, в основном, связано с заболеваемостью детского населения.

Заболеваемость ОРВИ на уровне эпидпорогов зарегистрирована в 6 субъектах Российской Федерации (Ивановской, Рязанской, Мурманской областях, г. Санкт-Петербурге, Республиках Калмыкия, Марий Эл).

Среди детей в возрасте 0—2 лет превышение недельных порогов заболеваемости от 10% до 40% отмечено в 10 субъектах РФ (Ивановской, Костромской, Псковской, Волгоградской, Челябинской, Иркутской, Амурской областях, Ставропольском крае, Ненецком автономном округе и Республике Чувашия), при этом интенсивные показатели заболеваемости составили от 183 до 389 на 10 тыс. детей возрастной группы.

Среди детей 3—6 лет недельные пороги заболеваемости превышены в 12 субъектах РФ (Псковской, Волгоградской, Аст-

раханской, Ульяновской, Иркутской, Кемеровской областях, г. Санкт-Петербурге, Республиках Калмыкия, Марий Эл, Чувашия, Удмуртская Республика Ямало-Ненецком автономном округе) — от 13 до 57% при интенсивных показателях от 63 до 282 на 10 тыс. населения.

У школьников в возрасте 7—14 лет превышение недельных порогов заболеваемости ОРВИ отмечено в 11 субъектах РФ (Костромской, Липецкой, Тульской, Псковской, Волгоградской, Сахалинской областях, Республиках Калмыкия, Чувашия, Пермском, Красноярском краях, ЯНАО) — от 11 до 89% при интенсивных показателях от 18 до 94 на 10 тыс. населения.

По данным лабораторного мониторинга, за прошедшую неделю было обследовано 1248 человек с признаками ОРВИ. Суммарное число положительных находок составило 214 (17,1% от общего числа обследованных за прошедшую неделю больных).

Наибольший удельный вес от общего числа обследованных больных приходится на:

- вирусы парагриппа 1 и 3 типов — 8,4% (105 находок, или 51,5% от числа положительных находок),
- аденовирусы — 4,6% (58 находок),
- РС-вирусы — 2,9% (36 находок).

В единичных случаях (менее 0,5%) выделялись сезонные вирусы гриппа: вирус гриппа А

(H1N1) — 3 (0,2%) и вирус гриппа А (H3N2) — 2 (0,16%), а также вирус пандемического гриппа А(H1N1) — 2009 — 3 (0,2%).

В целях совершенствования работы по подготовке летних учреждений к оздоровительному сезону 2011 г. и обеспечению оптимального функционирования общеобразовательных учреждений в новом 2010/11 учебном году необходимо:

1. Управлениям Роспотребнадзора по субъектам РФ и по железнодорожному транспорту:

- сохранение и укрепление здоровья детей считать приоритетной задачей при планировании своей деятельности;
- скорректировать с учетом итогов летней оздоровительной кампании 2010 г. предложения главам субъектов РФ по формированию региональных целевых программ как основы перспективного планирования работы по совершенствованию материально-технического состояния оздоровительных учреждений;
- строить работу по организации санитарно-эпидемиологического надзора за летними оздоровительными и общеобразовательными учреждениями с учетом их реального санитарно-эпидемиологического благополучия;
- закончить формирование планов-заданий по летней оздоровительной кампании и подго-

товку предложений по мероприятиям, направленным на решение вопросов улучшения материально-технической базы, организации питания;

- принять меры по обеспечению в детских образовательных учреждениях (школах, дошкольных учреждениях, интернатах и т.д.) необходимых условий учебы, обратив особое внимание на создание оптимального воздушно-теплового режима, базисные оздоровительные и санитарно-гигиенические мероприятия (закаливающие процедуры, соблюдение дезинфекционного режима, регулярное проветривание и влажная уборка помещений, обеззараживание воздушной среды помещений, витаминизация пищи);
- в случае регистрации групповой заболеваемости гриппом или ОРВИ в организованных коллективах — организацию необходимого комплекса противоэпидемических (профилактических) мероприятий и обязательное проведение лабораторных исследований для установления этиологии заболевания;
- обеспечить мониторинг эпидситуации по гриппу и ОРВИ и своевременное представление информации в установленном порядке о заболеваемости гриппом и ОРВИ, в том числе групповой в детских образовательных учреждениях, о введении карантинных меро-

приятий и предпринимаемых мерах.

2. Рекомендовать руководителям организаций, независимо от организационно-правовой формы и имеющих на балансе детские оздоровительные и общеобразовательные учреждения:

- считать главной задачей своевременную подготовку учреждений к их сезонной эксплуатации;
- обеспечить своевременное выполнение планов-заданий и реализацию мероприятий по улучшению материально-технической базы детских оздоровительных и общеобразовательных учреждений;
- принять дополнительные меры по организации питания школьников с учетом опыта и возможностей специализированных базовых предприятий, занимающихся производством продукции непосредственно для детского питания;
- обеспечить максимальный охват школьников медицинским обслуживанием;
- провести подготовительную работу по комплектованию каждого оздоровительного учреждения квалифицированными специалистами, имеющими специальное образование и практику работы в детских учреждениях.

Руководитель Г.Г. Онищенко

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

Методическое занятие для детей «Как правильно промыть нос»?

Склянова Н.А.,

*д-р мед. наук, профессор, Отличник здравоохранения,
Почетный работник общего образования РФ, директор
Городского центра образования и здоровья «Магистр»;*

Мотыко А.В.,

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

Полное промывание носа с комплексом «Долфин» — эффективная методика профилактики и комплексного лечения гриппа и ОРВИ у детей. Очень важно научить ребенка делать это правильно. Если преподать методику в форме игры, сказки, он воспримет процедуру без страха, и в дальнейшем с удовольствием будет промывать нос самостоятельно.

В условиях ДООУ эффективнее всего проводить занятие в группе детей. В любой группе есть лидер, который первым проведет процедуру промывания полости носа, подавая пример другим детям.

Технология проведения процедуры

1. Медицинские работники детского учреждения или родители рассказывают ребенку сказку про Слоноенка и Дельфинчика.

На одном тропическом острове жил маленький Слоноенок, который очень любил цветы. Он знал все места на острове, где они росли, и когда где-нибудь расцветал новый, Слоноенок звал всех своих друзей полюбоваться им.

Но больше всего на свете Слоноенок любил аромат этих цветов и мог с закрытыми глазами угадать каждый из них. Целыми днями он бережно тянулся своим длинным хоботом к цветам и от удовольствия закрывал глаза.

Но однажды утром все увидели, что Слоноенок стал очень грустным, а на его глазах появились слезы. Безучастно он ходил мимо своих любимых цветов, не замечая вновь распустившихся.

Друзья обступили Слоноенка, пытаясь выяснить, что же случилось. Громко заплакав, Слоноенок признался:

— Я больше не чувствую запахов! Даже аромата своего любимого цветка. Что мне делать? Как я теперь буду жить?

Все друзья Слопенка — Кенгуру, Тигренок, Жираф и Обезьянка — стали думать, как помочь другу. Они весь день бродили по песчаному пляжу, обсуждая проблему Слопенка, но ничего не приходило им в голову. А тот грустно сидел на берегу моря, разглядывая свое отражение в воде.

И вдруг у берега забил фонтанчик воды! К берегу подплыл маленький Дельфинчик и весело подмигнул друзьям:

— Я знаю, как помочь Слопенку! Нужно промыть его нос морской водой, и он снова сможет чувствовать запахи! Я могу промывать нос Слопенку хоть каждый день!

Грустный Слопенек не поверил в эту затею, но все-таки зашел в воду, чтобы Дельфинчик смог подплыть к нему поближе. Слопенек вытянул к нему свой хобот, и Дельфинчик налил в одну ноздрию морской воды. Когда вода вытекла обратно из другой ноздри, Слопенек вышел из воды и сначала ничего не понял. Друзья подвели его к цветку и велели вдохнуть ему аромат. Тот принялся и громко закричал, прыгая от радости:

— Ура! Я снова чувствую аромат цветов!

С тех пор Слопенек каждый день утром и вечером подходил к морю, звал Дельфинчика, который промывал ему нос морской водой. После этого Слопенек скорее бежал к своим любимым

цветам и наслаждался их ароматом. Он каждый день был бодрым и веселым, радуя своих друзей новыми благоухающими цветами.

2. Затем взрослый показывает, как устроен и работает комплекс «Долфин»: разбирает и собирает бутылочку, высыпает из пакетика содержимое. Затем наполняет бутылочку водой, брызгает из нее струей, как Дельфинчик, предлагает брызнуть ребенку, «промыть нос» игрушке. Температура воды во флаконе должна соответствовать температуре тела, чтобы при попадании на кожу она не вызвала неприятных ощущений. При промывании носа игрушке внимание ребенка необходимо обратить на то, что промывать нужно осторожно и плавно, чтобы игрушке не было неприятно.

3. Взрослый готовит раствор для промывания, согласно инструкции, соблюдая температуру воды в пределах 34—36 °С. При отсутствии термометра комфортность температуры можно определить, брызнув раствор на переднюю часть запястья по аналогии с детским питанием.

4. Взрослый демонстрирует на себе процесс промывания носа. Предлагает ребенку, чтобы он промыл нос взрослому: плавно надавил на бутылочку, посмотрел, как вода втекает в одну ноздрию и вытекает из другой.

5. Взрослый предлагает ребенку проделать эту процедуру са-

мостоятельно. Пока ребенок промывает нос, необходимо следить, чтобы он выполнял это правильно.

6. В конце занятия важно похвалить ребенка, сказав, что он такой же храбрый, как Слоненок.

Памятка по использованию комплекса «Долфин»

Показания к применению

1. Комплексное лечение и профилактика:

- ринитов при ОРЗ и ОРВИ;
- аллергического;
- ринита беременных;
- атрофического;
- гипертрофического;
- вазомоторного;
- синусита (гайморита, фронтита, этмоидита);
- аденоидита;
- тонзиллита;
- фарингита.

2. Подготовка к операциям и реабилитация после операций в полости носа и околоносовых пазух.

3. Промывание носоглотки в гигиенических целях.

Противопоказания:

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

выраженным искривлением носовой перегородки, полипозным риносинуситом, увеличением аденоидов III степени.

Сборка и подготовка к работе

Устройство состоит из емкости для жидкости, трубки и крышки-дозатора. Перед первым применением разберите устройство и промойте его детали в теплом мыльном растворе или в растворе пищевой соды (2 чайные ложки соды на стакан воды), ополосните в проточной воде, просушите.

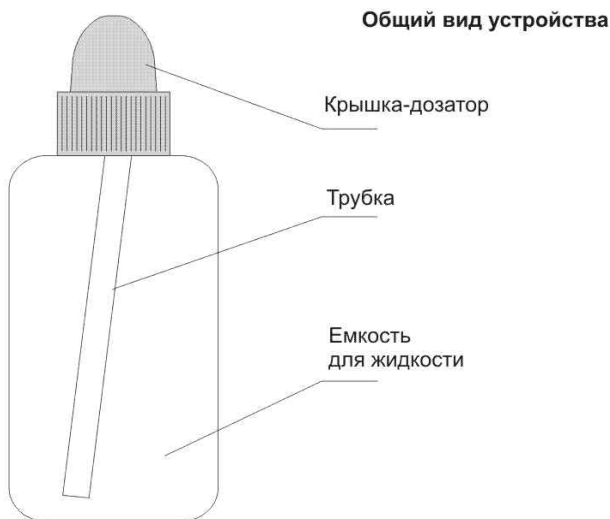
1. Разрежьте пакетик со средством для промывания и высыпьте его содержимое в емкость устройства.

2. Налейте в емкость устройства до верхней отметки 120 мл (в случае использования комплекса для детей) или 240 мл (в случае использования комплекса для взрослых) прокипяченной питьевой воды (температура воды 34—36 °С). Плотнo закрутите емкость крышкой с трубкой и взболтайте до полного растворения средства. Раствор готов к применению.

3. После использования устройства промойте его теплым мыльным раствором.

Важная информация

1. Если у ребенка из-за насморка нарушена проходимость носовых ходов и затруднено носовое дыхание, перед процедурой необходимо закапать в нос сосудосуживающие капли и через несколько минут после этого



можно проводить процедуру промывания носоглотки.

2. Если после проведения процедуры у ребенка возникает заложенность уха, либо появляется боль в ушах — прекратите промывания на 1—2 дня и проконсультируйте ребенка у оториноларинголога.

3. Используйте только свежеприготовленный раствор.

4. Устройство индивидуальное и не должно передаваться другому лицу без предварительной обработки теплой водой с моющим средством «Астра» или «Лотос», а затем проточной водой не менее трех раз.

Способ промывания полости носа у детей 4—12 лет

1. Помогите ребенку наклониться вперед на 90° (перпендикулярно вертикальной оси тела).

2. Предложите ребенку сделать глубокий вдох, задержать дыхание, приоткрыть рот на время проведения процедуры (открытие рта исключает непроизвольные глотательные движения). Проконтролируйте, чтобы ребенок плотно приложил крышку устройства к промываемой ноздре. Попросите ребенка плавно, медленно сжимать емкость, пока раствор не польется из другой ноздри. Попросите ребенка не глотать жидкость, попавшую в рот. Если во время процедуры часть раствора попала в рот, раствор необходимо сплюнуть.

3. Когда раствор перестанет вытекать из соседней ноздри, необходимо, чтобы ребенок, не разжимая емкости, отнял устройство от носа. После этого можно разжать устройство, закрыть рот

и начать дышать. Для удаления остатков раствора из носа предложите ребенку, не меняя положения головы, высморкаться, держа рот приоткрытым.

4. Не меняя положения тела и головы ребенка аналогичным способом промойте другую половину носа.

5. Ребенку нужно по очереди промывать левую и правую половины носа, пока не закончится раствор во флаконе. По завершении процедуры предложите ребенку поднять голову.

6. Для окончательного удаления из носовых ходов остатков раствора и слизи сожмите пустой флакон устройства, попросите ребенка задержать дыхание и

плотно приложите крышку устройства к правой ноздре, закрыв левую пальцем свободной руки. Затем медленно разожмите флакон, создавая отсасывающий эффект. Также поступите в отношении левой ноздри.

Способ полоскания горла

1. Разрежьте один пакетик со средством и высыпьте его содержимое в стакан емкостью 250 мл.

2. Заполните стакан теплой кипяченой водой на $\frac{1}{4}$ при использовании пакетиков массой 1 г, или на $\frac{1}{2}$ при использовании пакетиков массой 2 г.

3. Размешайте раствор до полного растворения средства.

4. Попросите ребенка прополоскать горло и затем сплюнуть раствор.

А знаете ли вы?

24 марта — Всемирный день борьбы с туберкулезом. По решению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) он отмечается в день, когда в 1882 г. немецкий микробиолог Роберт Кох объявил о сделанном им открытии возбудителя туберкулеза.

В 1993 г. Всемирной организацией здравоохранения туберкулез был объявлен национальным бедствием. ВОЗ официально рекомендовала стратегию DOTS как новую стратегию борьбы с туберкулезом. Основными ее принципами являются: политическая поддержка; диагностика через микроскопию; надежная поставка лекарств; контроль за лечением; регулярная оценка результатов. DOTS — это стратегия против эпидемии туберкулеза, так как она позволяет выявлять и излечивать больных, наиболее опасных для окружающих. Возможно излечение 92—95% заболевших туберкулезом.

Внедрение этой стратегии — спасение множества людей от смерти, болезни и страданий, обусловленных туберкулезом. Ее принципы универсальны для любой страны. В настоящее время эта стратегия успешно внедряется более чем в 180 странах мира.

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

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

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

Во-первых, на сегодняшний день НИИ дошкольного образования им. А.В. Запорожца — единственная в стране команда профессионалов, сохранившая серьезную научную школу, заложенную Л.С. Выготским и его последователями, и продолжающая развитие их основных идей на теоретическом и экспериментальном уровнях.

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

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

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

И *последнее*, пожалуй, основное. Это сущностный смысл программы. Ребенок, его надежды, стремления, его трепетная открытая душа — вот эпицентр программы. Личностное развитие ребенка, являющееся «фундаментом зрелой личности взрослого человека» (А.В. Запорожец) — стержень, на который «наназывается» все остальное. Именно это необходимо сегодня понять и реализовать в детских садах, в миллионах детских судеб.

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

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

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

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

**ЗИМНИЕ ЗАНИЯТИЯ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ
С ДЕТЬМИ 5—7 ЛЕТ
Планирование, конспекты***Автор — Сулим Е.В.*

В пособии представлен оригинальный материал, предназначенный для повышения интереса детей к физкультурным занятиям на свежем воздухе в зимний период: обучение ходьбе на лыжах, катанию на санках, скольжению по ледяным дорожкам и спортивной игре «Сноубол».

В издании содержатся календарно-перспективное планирование физкультурных занятий в зимнее время года для средней, старшей и подготовительной к школе групп; примерные конспекты занятий на свежем воздухе и разнообразные спортивные игры и упражнения.

**ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЗАНИЯТИЯ
С ДЕТЬМИ 6—7 ЛЕТ***Автор — Картушина М.Ю.*

В методическом пособии представлена система оздоровительных интегрированных занятий для детей подготовительной к школе группы, направленных на профилактику нарушений опорно-двигательного аппарата и зрения у детей, повышение резистентности организма. В книге широко представлены приемы и методы оздоровления детей: различные виды массажа и самомассажа, комплексы общеразвивающих упражнений и корригирующей гимнастики.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

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

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

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

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

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



К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ ЖУРНАЛА «МЕДРАБОТНИК ДОУ»

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

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

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

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

▪ Автор несет ответственность за достоверность представленных материалов.

линия отреза

Анкета автора журнала «Медработник ДОУ»

Фамилия, имя, отчество (полностью)

Дата рождения (число, месяц, год)

Место работы, должность, адрес организации, телефон

Домашний адрес (с индексом), телефон

E-mail

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

Страховое пенсионное свидетельство

ИНН



Созвездие подписных изданий для дошкольного образования!

*Подписаться на наши журналы
можно с любого месяца!*

2011 1-е полугодие

Комплект

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

Индекс в каталоге

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

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

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

Чтобы подписаться на **все издания** для специалистов
дошкольного воспитания для Вашего учреждения,

вам потребуется **четыре индекса:**

36804, 18036, 80899, 20572 — Роспечать

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

В следующем номере!

У нас в гостях наши коллеги из Свердловской области

Демографическая ситуация и состояние здоровья детей раннего и дошкольного возраста в Свердловской области

Ожоговая энцефалопатия как осложнение термической травмы у детей

В фокусе внимания — семьи с дошкольниками

Уважаемые подписчики!

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

МЕДРАБОТНИК ДОУ
2011, № 2 (22)

Научно-практический журнал
ISSN 2220 — 1475

Выходит 8 раз в год

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор Л.В. Макарова

Научный редактор Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор И.С. Шиловских

Редколлегия:

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

Оформление, макет

С.Н. Гамзиной

Художник обложки

Е.В. Кустарова

Корректоры

Л.Б. Успенская, Т.Э. Балоунова

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

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

Редакция не рецензирует присланные материалы и не возвращает.

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

Свидетельство ФС № 77-28788

Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553;

36804 (в комплекте)

«Пресса России» — 42120;

39757 (в комплекте)

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

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

Адрес редакции:

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

Рекламный отдел:

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

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

Номер подписан в печать 14.01.11. Формат 60×90¹/₁₆

Усл. печ. л. 8. Тираж экз.

Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2011

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2011

© Т.В. Цветкова, 2011



4 607091 440263



0 0020