



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№8/2015



**Витаминная
недостаточность
у детей дошкольного
возраста**

**Новые знания
о «солнечном»
витамине D**

**Организация
двигательной
активности ребенка
в семье**

**Вакцинация часто
болеющих детей**

**Профилактика
артериальной
гипертензии у детей**



**ГОСТЬ НОМЕРА
Елена
Борисовна
РОМАНЦОВА**



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№ 8/2015



Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553, 36804 (в комплекте)

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

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

Содержание

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Макарова Л.В. Представляем педиатрический
факультет Амурской ГМА 5

ГОСТЬ НОМЕРА

Романцова Е.Б. Работа с часто болеющими детьми
требует комплексного подхода 6

Гигиена

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

Медведева С.В. Витаминная недостаточность
у детей дошкольного возраста 14

Романцова Е.Б., Борисенко Е.П. Новые знания
о «солнечном» витамине D 23

ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

Холодок Л.Г., Костюк Р.Г. Организация двигательной
активности ребенка в семье 31

Педиатрия

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Чупак Э.Л. Ранняя диагностика поведенческих отклонений
у детей дошкольного возраста 36

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Марунич Н.А., Фигурнов В.А., Гаврилов А.В. Некоторые
гельминтозы в Амурской области 45

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Юткина О.С. Реабилитация детей с синдромом
дефицита внимания с гиперактивностью 49

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ

Шамраева В.В. Вакцинация часто болеющих детей	57
Шанова О.В. Профилактика артериальной гипертензии у детей	65

Педагогика

РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

Арутюнян К.А. Сущность и особенности методики Марии Монтессори.....	74
Гучинская А.Г., Маркова Ю.П. Игровые дни с детьми 2—3 лет в Центре игровой поддержки ребенка	85

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Алдухова С.В. Опыт работы педагога-психолога с детьми, испытывающими тревогу и страх	88
Печора К.Л. Проблема адаптации детей к новым условиям жизни	91

Актуально!

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 20.07.2015 № 28 «О внесении изменений в СанПиН 2.4.1.3049-13 “Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций”»	94
Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 27 августа 2015 г. № 41 «О внесении изменений в СанПиН 2.4.1.3049-13 “Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций”»	96
Постановление от 22.10.2013 № 57 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.2.3110-13 “Профилактика энтеробиоза”»	102

ГОРЖУСЬ ПРОФЕССИЕЙ СВОЕЙ

50 лет в педиатрии	111
--------------------------	-----

РАБОТА С СЕМЬЕЙ

Гучинская А.Г., Маркова Ю.П. Проектная деятельность по формированию педагогической компетентности родителей в формате клуба «Молодая семья»	112
---	-----

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?	30, 48, 73
------------------------------	------------

МУДРЫЕ ВЫСКАЗЫВАНИЯ	35, 115
----------------------------------	---------

КНИЖНАЯ ПОЛКА	13, 87, 93, 95, 123
----------------------------	---------------------

УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ	116
-------------------------------	-----

ВЕСТИ ИЗ СЕТИ	126
----------------------------	-----

КАК ПОДПИСТЬСЯ	127
-----------------------------	-----

АНОНС	128
--------------------	-----

Редакционный совет

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Редакционная коллегия

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

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

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

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

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

Индекс

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Благовещенск Амурской обл.	6, 14, 23, 31, 36, 45, 49, 57, 65, 74	МАДОУ д/с № 14, г. Благовещенск Амурской обл.	85, 112
ГБУЗ АО «Детская городская клиническая больница», г. Благовещенск Амурской обл.	31	МАОУ для детей дошкольного и младшего школьного возраста прогимназия, г. Благовещенск Амурской обл.	88
Детская поликлиника № 2 , г. Благовещенск Амурской обл.	111	Российская медицинская академия последипломного образования, Москва	91
<hr/>			
Алдухова Софья Владимировна.....	88	Печора Ксения Люциановна	91
Арутюнян Карине Александровна.....	74	Романцова Елена Борисовна.....	6, 23
Борисенко Елена Павловна	23	Фигурнов Валентин Александрович	45
Гаврилов Александр Владиславович.....	45	Холодок Людмила Григорьевна	31
Гучинская Анастасия Геннадьевна	85, 112	Чупак Эльвира Леонидовна	36
Костюк Раиса Гавриловна.....	31	Шамраева Виктория Владимировна	57
Маркова Юлия Павловна	85, 112	Шанова Оксана Владимировна.....	65
Марунич Наталья Анатольевна.....	45	Юткина Ольга Сергеевна	49
Медведева Светлана			
Викторовна	14		

Уважаемые коллеги!

Забота о здоровье детей — ежедневный, кропотливый, творческий труд коллектива единомышленников: медицинских работников, администрации ДОО, педагогического коллектива и, конечно, родителей.

Мы приглашаем присоединиться к кругу наших читателей и авторов, поделиться опытом своей работы, интересными разработками и оригинальными идеями. Присылайте свои материалы, вопросы и предложения по адресу: 129226, Москва, Сельскохозяйственная ул., д. 18, корп. 3 или на электронную почту: dou@tc-sfera.ru с пометкой: «Для журнала “Медработник ДОУ”».

Представляем педиатрический факультет Амурской ГМА

Уважаемые читатели! Перед вами очередной номер журнала «Медработник ДОУ», подготовленный коллегами из Амурской государственной медицинской академии, одного из старейших учреждений высшего медицинского образования Дальнего Востока. Ее история насчитывает уже более 60 лет и уходит своими корнями в далекий 1952 г., когда по распоряжению Совета министров СССР в Благовещенске-на-Амуре был организован Благовещенский государственный медицинский институт. В 1996 г. институт был преобразован в Амурскую государственную медицинскую академию (Амурскую ГМА) и принят в Ассоциацию медицинских школ Европы.

Педиатрический факультет впервые был открыт в 1988 г., но после подготовки четырех выпусков врачей по специальности «Врач-педиатр» временно прекратил свою деятельность. Возродился он в сентябре 2003 г. На 28 кафедрах академии проводится подготовка студентов по специальности «Педиатрия». Кафедра педиатрии — профильная. Ее возглавляет д-р мед. наук, профессор, потомственный врач Елена Борисовна Романцова, любезно согласившаяся быть гостем этого номера. Ею проведена большая работа по подготовке материалов для журнала.

Статьи номера посвящены самым актуальным на сегодняшний день проблемам: работе с часто болеющими детьми, в том числе и особенностям их вакцинации; профилактике артериальной гипертензии у детей; вопросам витаминной обеспеченности организма; диагностике поведенческих отклонений у дошкольников; реабилитации детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Вы также познакомитесь с опытом работы ДОО г. Благовещенска.

Мы благодарим всех, кто принимал участие в подготовке этого выпуска журнала, и надеемся, что сотрудничество со специалистами кафедры педиатрии Амурской ГМА продолжится долгие годы.

Близится к завершению 2015 год, перевернута еще одна страница истории нашего журнала. Надеемся, она была для вас увлекательной, информативной, и вы смогли не только расширить свой кругозор, но и почерпнуть много полезного для своей работы.

От всего коллектива издательства «ТЦ Сфера» поздравляем вас с наступающим Новым, 2016, годом! Пусть следующий год принесет всем нам много позитивных перемен! Искренне желаем счастья, любви, благополучия, оптимизма, творческих успехов, крепкого здоровья и отличного настроения вам и вашим близким! Спасибо за то, что несмотря на трудности вы были все это время с нами! Мы ждем новых материалов для публикации. Очень надеемся и в следующем году видеть вас в рядах наших авторов и читателей.

Главный редактор журнала Л.В. Макарова

Работа с часто болеющими детьми требует комплексного подхода

Романцова Елена Борисовна,
д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой педиатрии
педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Амурская
государственная медицинская академия Минздрава России»,
г. Благовещенск Амурской обл.

*Елена Борисовна, спасибо,
что Вы согласились дать интервью нашему журналу. Расскажите, как Вы стали врачом? Это была Ваша детская мечта?*

Я с детства знала, что буду врачом. Специально не размышляла на эту тему. Просто всегда знала это. Мои родители — врачи, и я очень благодарна им за то, что выросла в атмосфере внимательного, трепетного отношения к больному, с пониманием того, что врач учится и совершенствуется всю жизнь, что врачебный долг превыше всего. Моя мама, Бабцева Альбина Федоровна, помогла мне найти себя в педиатрии, и сейчас, заведя кафедрой детских болезней лечебного факультета, являясь заслуженным врачом РФ, доктором мед. наук, профессором, продолжает обучать студентов, воспитывая у них любовь к маленьким пациентам. Мой пapa, Бабцев Борис Ефимович, канд. мед. наук, доцент,

много лет работал со студентами, выпустил не один курс молодых докторов. Он воспитал во мне ту особую тонкую сонастроенность с пациентом, которая и привела меня в психотерапию.

Вы уже много лет руководите кафедрой педиатрии педиатрического факультета. Как изменилась подготовка педиатров за последние годы?

Подготовка педиатров за последние годы значительно изменилась: увеличился объем информации для студентов, будущих педиатров, как на лечебном, так и на педиатрическом факультетах. Введены новые дисциплины, изучение которых необходимо для формирования мировоззрения детского врача — «Основы формирования здоровья детей», «Психология развития ребенка», так как профилактическая направленность — одна из центральных сегодняшних задач здравоохранения. Современные студенты-медики осваивают ма-

нипуляции, неотложные мероприятия на манекенах, имеют возможность использовать интернет-ресурсы, слушают лекции ведущих специалистов в разных областях медицины, в том числе в педиатрии, принимают участие в интерактивных образовательных программах, занимаются исследовательской деятельностью на высоком научном уровне. Значительно увеличено количество часов на освоение практических навыков, необходимых будущим докторам в диагностическом, лечебном, профилактическом и организационном процессах.

Использование деловых игр, ситуационных задач развивает клиническое мышление, помогает освоить общие, специальные компетенции и подготовиться к самостоятельной работе. Межвузовское и международное общение студентов и преподавателей значительно обогащает теоретические знания и практические умения, помогает творчески интегрировать их в практическое здравоохранение.

Произошли ли в последние годы изменения в структуре и уровне детской заболеваемости?

Заболеваемость детей и подростков в Амурской области за последние 10 лет увеличилась в 1,2 раза, все эти годы оставаясь выше средних российских показателей. В ее структуре пре-

обладают болезни органов дыхания (более 50% случаев среди детей, 30% — среди подростков). Отмечается рост пневмоний в 2,2 раза как среди детей, так и среди подростков (что связано с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией в Благовещенске (грипп H1N1), аллергического ринита, бронхиальной астмы. Возросло число случаев болезней органов пищеварения: у детей — на 6%, у подростков — на 10, эндокринной патологии: у детей — на 2,3, у подростков — на 5,5%.

В последние годы в Амурской области, как и в целом по России, выявлена неблагоприятная тенденция в состоянии здоровья детского населения. Регистрируется рост заболеваемости и инвалидности, нарушается становление репродуктивной системы, в результате накапливается хроническая патология в популяции, увеличивается частота отклонений психического здоровья и число дезадаптированных детей. Отмечается рост функциональных отклонений и хронической патологии, уменьшается число здоровых детей во всех возрастных группах.

При изучении состояния здоровья детей Благовещенска на протяжении 30 лет было отмечено неуклонное повышение уровней общей и первичной заболеваемости детского населения, которые в 1,5 раза выше сред-

них российских показателей. В структуре общей заболеваемости, независимо от возраста, доля болезней органов дыхания составляет более половины. Из других заболеваний преобладают болезни костно-мышечной системы, нервной системы, болезни глаз, мочеполовой системы и системы кровообращения. В структуре хронической патологии в последние годы участились случаи хронических заболеваний органов дыхания (до 18,6%), главным образом за счет увеличения частоты хронических болезней миндалин, хронического фарингита, хронического синусита, хронического ринита и аллергопатологии (аллергического ринита, бронхиальной астмы). На протяжении 10 лет в 2,2 раза увеличилось число новообразований, в 3 раза — травм и отравлений. У подростков 15—17 лет наблюдается рост болезней нервной системы (в 1,6 раза), системы кровообращения (в 1,9 раза), кардиомиопатий (в 3 раза), артритов (в 2,2 раза). Ожирение у детей до 14 лет встречается чаще в 2,7 раза, у подростков 15—17 лет — почти в 5 раз.

Отмечаемые подъемы частоты пневмонии у детей Благовещенска связаны со вспышкой внебольничной пневмонии в период эпидемиологического неблагополучия (вирус H1N1). Мы

знаем, что уровень здоровья детей зависит от воздействия социальных, поведенческих и биологических факторов. Особая роль отводится школьному обучению, которое характеризуется рядом негативных тенденций, снижающих активность школьников в учебной деятельности. Это позволяет считать школьников особой группой риска формирования хронической патологии.

При анализе здоровья школьников за последние годы были отмечены рост хронических заболеваний (на 19,1%), снижение числа здоровых детей (на 7,9%). Изменились ранговые места хронической патологии школьников: увеличилась частота болезней глаза, болезней системы кровообращения, органов пищеварения, нервной системы.

Ранговые места хронической патологии среди дошкольников те же, что и у детей школьного возраста: на первом месте болезни костно-мышечной системы, на втором — болезни глаз, на третьем — болезни органов кровообращения, на четвертом — болезни органов пищеварения и на пятом месте — болезни нервной системы.

Можно отметить увеличение у воспитанников детского сада частоты «школьных» болезней, что требует проведения профилактических и реабилитацион-

ных мероприятий с более раннегоР возраста.

Помимо руководства кафедрой, Вы еще много занимаетесь общественной деятельностью. Какие вопросы решают областные общественные организации?

Вот уже более 7 лет кафедра педиатрии педиатрического факультета и кафедра детских болезней лечебного факультета (зав. кафедрой, профессор, д-р. мед. наук, заслуженный врач РФ А.Ф. Бабцева) активно участвуют в проведении ежегодных «Ярмарок здоровья» в Благовещенске и Амурской области. Это профилактическая программа, пропагандирующая здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек и формирующая ответственное отношение к своему здоровью у воспитанников детских садов, учащихся школ и техникумов, педагогов и, конечно, родителей. Участвующие в программе студенты-медики учатся общаться с детьми и подростками разных возрастных групп, объясняя важность профилактики тех или иных заболеваний, через принцип «равный — равному». Таким образом, программа «Ярмарок здоровья» позволяет практически применить полученные знания. За период действия программы в ней участвовало более 20 тыс. человек.

Общественные организации «Родительский комитет», Амурское областное отделение Общероссийской общественной организации «Национальная родительская ассоциация социальной поддержки семьи и защиты семейных ценностей», Амурское областное отделение Всероссийского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (РОШУМ) активно участвуют в формировании здорового поколения детей, в том числе через Общественный экспертный совет при Уполномоченном по правам ребенка в Амурской области, сохраняя не только соматическое, но и психическое здоровье. Например, в ходе акций «Родительский патруль», посвященных созданию чистой информационной среды для детей и подростков в Благовещенске, родителями инициируются экспертизы на предмет нарушения прав детей на информационно-безопасную развивающую среду и защиту от запрещенной для детей и подростков информации (ст. 5, пп. 1—7 ФЗ-436 «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию»). Взаимодействие с общественными организациями позволяет родителям получить поддержку специалистов, сохраняющих здоровье детей, и проявить свою активную жизненную

позицию: защитить ребенка от агрессивного воздействия информационной среды.

Какова сфера Ваших научных интересов?

Научные интересы лежат в области изучения здоровья дошкольников, школьников, изучения адаптационных возможностей первоклассников и учащихся старших классов. Двумя кафедрами медицинской академии выполняется комплексная научная тема «Состояние здоровья, адаптационных возможностей школьников и разработка профилактических мероприятий по коррекции их нарушений». Данная проблема очень актуальна, поскольку здоровье детей и подростков значительно нарушается именно в школьные годы. Важно формировать ценность здоровья с самого раннего возраста. Правильным будет предупреждать заболевания, помогая дошкольникам адаптироваться к предстоящим учебным нагрузкам, выявляя факторы риска формирования заболеваний в зависимости от конституциональных, психологических особенностей организма, воспитательных стратегий в семье, взаимодействия всех членов семьи.

Теперь поговорим о группе диспансерного наблюдения «часто болеющие дети». Насколько мне известно, Ваша кафедра занималась изучением этого вопроса?

В течение ряда лет аспиранты кафедры (Е.С. Тимофеева, Е.П. Борисенко) наблюдали часто болеющих детей в ДОО Благовещенска, осуществляя комплексный подход к проблеме. Исследовались медико-биологические, экологические, санитарно-гигиенические, социально-психологические факторы риска формирования частой заболеваемости ребенка.

Один из существенных факторов, влияющих на здоровье, — хроническая психотравмирующая ситуация в семье. Часто тревога появляется еще в младенчестве, что связано с установлением отношений с внешним миром. Можно сказать что «тревога» — «подарок» от мамы или других близких людей. Повторение психотравмирующей ситуации создает предпосылки к закреплению высокой тревоги. Очень важны два фактора — отношение ребенка к какой-либо ситуации и присутствие и поведение родителей (мамы) в какой-то критический момент. Ребенок «видит» и переживает ситуацию так же, как это делает мама.

Типы взаимодействия с ребенком: гармоничный, доминирующий, гиперопекающий, тревожный и безразличный. Все, кроме первого, способствуют увеличению тревожности и напряжения в отношениях,

что, в свою очередь, вызывает физиологические изменения в различных системах организма. В случае часто болеющих детей это проблемы в нейро-иммунно-эндокринном комплексе.

По нашим данным, мамы обследуемых детей сами имели высокий уровень личностной и ситуативной тревожности (85%), который можно распознать еще в период беременности («Тест отношений беременной», В.И. Добряков). Таким образом, необходимы реабилитационные мероприятия, направленные не только на ребенка, но и на семью в целом. К сожалению, «тревожные» дети в повседневной практике получают много медикаментозных препаратов (первого года жизни — 5,5 препарата, дальше их число растет в геометрической прогрессии, исчисляясь уже десятками), назначения многих из которых можно было избежать, если научить родителей выстраивать с ребенком гармоничные отношения. Кроме того, лишь единичные препараты имеют высокий уровень доказательности.

В 2013—2014 гг. кафедра педиатрии участвовала в серьезном проекте по изучению обеспеченности витамином D детей до 3 лет в России, являясь одним из центров мультицентрового, проспективного, когортного фар-

макоэпидемиологического исследования («Родничок»). Этот проект был инициирован РМА-ПО (Москва, зав. кафедрой педиатрии, профессор, д-р мед. наук И.Н. Захарова) и осуществлен в 10 исследовательских центрах России. Результаты показали, как широко распространен дефицит витамина D на территории РФ. Профилактическая его доза (по рекомендациям МЗ 1999 г.) явно недостаточна во многих регионах России. И хотя среди показателей по Дальневосточному федеральному округу г. Благовещенск выглядит более благополучно, эти данные говорят о дефиците витамина D, нарастающем с возрастом.

Исследуя витамин D у часто болеющих детей (дошкольников), мы увидели, что только у 3% этой категории нормальное его значение, более 70% часто болеющих детей имеют выраженный его дефицит. Среднее значение витамина D (25(OH)D3) в группе истинно часто болеющих $12,85 \pm 1,01$ нг/мл.

Существует мнение зарубежных авторов (Ginde et al, 2009) о связи распространенности ОРИ, времени года (солнечной инсоляции) и количестве витамина D в крови. Согласно выдвинутой гипотезе эпидемии гриппа и, возможно, других острых респираторных заболеваний,

активность вирусов обусловлены сезонным дефицитом витамина D (Cannell J., Zasloff M., Garland C.F. et al., 2008). Вирусы гриппа определяют у населения круглый год, но эпидемии заболевания являются сезонными и встречаются только в зимнее время (в северных широтах), когда содержание витамина D в крови достигает минимальных значений. Эти особенности еще предстоит детально исследовать, но важно помнить, что профилактическая доза должна быть выше, чем это предполагалось ранее, профилактику следует проводить круглогодично и использовать для этого препараты, где витамин D находится в наилучшей форме для его усвоения — водный раствор витамина D₃ «Аквадетрим», что важно для часто болеющих детей.

Какие профилактические мероприятия необходимо проводить для предупреждения заболеваний у этой группы детей?

Вообще подход к пациентам этой группы должен быть очень индивидуализирован, ведь формирование заболевания у часто болеющих детей связано во многом со сложностями адаптации к ДОО (в том числе психологической, социальной), чему мало уделяется внимания, как правило, со стороны врачей. Часто стиль воспитания, тревожность

родителей, прежде всего мамы, необоснованная гиперопека ведут к формированию психосоматической патологии. В этом случае рекомендации по оздоровлению ЧБД должны учитывать характер внутрисемейных взаимоотношений и предполагать участие психолога или психотерапевта в реабилитационных индивидуальных программах.

Нами разработаны программы по реабилитации детей с психосоматической патологией для педиатров, психологов детских садов, школ, в методический комплекс которых включены «курки» и для родителей с использованием техник арт-терапии, сказкотерапии, музыкотерапии. Родители — обязательные участники процесса реабилитации, ведь известно: если хочешь помочь ребенку — помоги его родителям.

В заключение скажите несколько слов читателям журнала.

Очень важно, когда врач, тем более педиатр, понимает, что «неправильно лечить глаза без головы, голову без тела, тело без души», как в глубокой древности сказал Сократ. Здоровье будущего поколения зависит от нашей зрелости в вопросе понимания здорового образа жизни, гармоничных отношений в семье, мира и баланса в душе.

**Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги
серии «Растим детей здоровыми»**



**ДЕТСКИЙ ФИТНЕС
Физкультурные занятия
для детей 3–5, 5–7 лет**

Автор — Сулим Е.В.

В книгах представлены календарно-перспективное планирование физкультурных занятий для детей, комплексы фитнес-тренировки, разработанные на весь учебный год с методическими рекомендациями, которые помогут правильно организовать занятия.



**РАСТУ ЗДОРОВЫМ
Программно-методическое пособие
для детского сада. В 2 ч.**

Автор — Зимонина В.Н.

В пособиях представлены программа и методическое обеспечение модуля «Расту здоровым», с помощью которых в ДОО реализуется образовательная область «Физическое развитие». В книге приводятся рекомендации по двигательной деятельности, перспективное планирование и др.

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

E-mail: sfera@tc-sfera.ru

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

Витаминная недостаточность у детей дошкольного возраста

Медведева С.В.,

канд. мед. наук, декан факультета последипломного образования ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Минздрава России»,
г. Благовещенск Амурской обл.

Витамины (от лат. *vita* — жизнь) — незаменимые низкомолекулярные органические соединения, обладающие высокой биологической активностью и регулирующие биохимические процессы в организме. Витамины в организме человека не синтезируются (или недостаточно синтезируются) и относятся к числу эссенциальных факторов питания. Они проявляют свою активность в малых дозах, не служат источниками энергии или пластического материала, но выступают биологическими катализаторами, оказывающими влияние на обмен веществ.

Большинство витаминов — коферменты (или превращаются в них в организме) различных ферментных систем. Эти вещества стимулируют химические реакции, активно участвуют в образовании и функционировании ферментов, способствуют более легкому и быстрому усвоению питательных веществ, нормализуют рост клеток и развитие всего организма. Витаминами невозможно запастись впрок (за исключением витамина А, D, Е, В₁₂). Они поступают в организм с продуктами питания, и только некоторые из них в небольших количествах могут синтезироваться кишечной микрофлорой. Необходимо регулярное поступление витаминов в полном объеме и количествах, обеспечивающих суточную потребность (табл. 1) [1].

В настоящее время условия жизни, питание, факторы внешней среды, острые и хронические заболевания органов и систем организма, особенно патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), приводят к дефициту витаминов и нарушению процессов их усвоения. Никакая диета не может полностью обеспечить ребенка необходимыми



Таблица 1

Возрастная суточная потребность в основных витаминах

Категория	Возраст, (лет)	A		D		K, мкг	C, мг
		ME	мкг	E, мг	ME		
Грудные дети	0—0,5 0,5—1	1250 —//—	400 —//—	3 4	300 400	10 —//—	5 10
Дети 1—10 лет	1—3 4—6 7—10	1340 1670 2335	450 500 700	6 7 —//—	400 —//— —//—	10 2,5 —//—	15 20 30
Подростки и взрослые мужского пола	11—14 15—18 19—24 25—50 > 50	3333 —//— —//— —//— —//—	1000 —//— —//— —//— —//—	10 —//— —//— —//— —//—	400 —//— —//— 200 —//—	2,5 —//— —//— —//— —//—	45 65 70 80 —//—
Подростки и взрослые женского пола	11—14 15—18 19—24 25—50 > 50	2667 —//— —//— —//— —//—	800 —//— —//— —//— —//—	8 —//— —//— —//— —//—	400 —//— —//— 200 —//—	2,5 —//— —//— —//— —//—	45 55 60 65 —//—

Окончание табл.

Категория	Возраст, лет	B1, мг	B2, мг	Пантогеновая кислота (B5), мг	B6, мг	Фолат, мг	B12, мкг	РР, мг	H, мкг
Грудные дети	0—0,5 0,5—1	0,3 0,4	0,4 0,5	2 3	0,3 0,6	0,025 0,035	0,3 0,5	5 6	10 15
Дети 1—10 лет	1—3 4—6 7—10	0,7 0,9 1	0,8 1,1 1,2	3 4 5	1 1,1 1,4	0,05 0,075 0,1	0,7 1 1,4	9 12 7	20 25 30
Подростки и взрослые мужского пола	11—14 15—18 19—24 25—50 >50	1,3 1,5 1,7 —//— 1,2	1,5 1,8 1,7 —//— 1,4	4—7 —//— —//— —//— —//—	1,7 2 —//— —//— —//—	0,15 0,2 —//— —//— —//—	2 —//— —//— —//— —//—	17 20 19 —//— 15	30—100 —//— —//— —//— —//—
Подростки и взрослые женского пола	11—14 15—18 19—24 25—50 >50	1,1 —//— —//— —//— 1	1,3 —//— —//— —//— 1,2	4—7 —//— —//— —//— —//—	1,4 1,5 1,6 —//— —//—	0,15 0,18 —//— —//— —//—	2 —//— —//— —//— —//—	15 —//— —//— —//— 13	30—100 —//— —//— —//— —//—

витаминами. Известно, что при сбалансированном рационе питания дефицит витаминов может достигать 30%.

В последние годы изменилось пищевое поведение взрослых и детей в связи с отказом от потребления некоторых продуктов, также отмечено снижение в 2—3 раза содержания витаминов во многих из них [2].

Дефицит витаминов — одна из важнейших причин ухудшения состояния здоровья детей. Организм ребенка особенно чувствителен к их недостатку, ведь он растет, развивается, имеет интенсивный обмен веществ. Недостаток или отсутствие витаминов ведет к нарушению обмена веществ, снижению физической и умственной работоспособности, быстрой утомляемости организма, отрицательно оказывается на росте и развитии дошкольников. Наряду с этим снижается способность иммунной системы противостоять действию патогенных факторов и неблагоприятному влиянию внешней среды [3].

Витамины необходимы организму в определенных количествах. Потребность в витаминах на единицу массы тела у детей значительно (в 4—5 раз) выше, чем у взрослых.

Витаминная недостаточность — патологическое состояние, характеризующееся сниже-

нием обеспечения организма тем или иным витамином или нарушением его функционирования. Возникновение этих состояний обусловлено важностью витаминов для нормального функционирования многочисленных физиологических и метаболических процессов. Группу риска по дефициту витаминов составляют дети в возрасте до 3 лет, 5—7 и 11—15 лет.

Широкая распространенность витаминодефицитных состояний среди детей объясняется тем, что недостаток тех или иных витаминов характерен для растущего организма даже здорового ребенка, а среди дошкольников с расстройствами питания или страдающими острыми и хроническими заболеваниями гиповитамины встречаются часто. Результаты популяционных исследований, проведенных Институтом питания РАМН (2009), свидетельствуют о крайне недостаточном потреблении и все более нарастающем дефиците витаминов А, группы В, С, Е, а также таких микроэлементов, как железо, цинк, йод у значительной части населения Российской Федерации. Так, дефицит витаминов группы В₂ выявляется у 79%, витаминов группы В₆ — у 64, витамина А — у 84, а витамина С — у 38, витамин Е — у 22% обследованных детей [2]. При этом дефицит зача-

Таблица 2

Основные причины развития витаминной недостаточности

Витаминная недостаточность	
Первичная	Вторичная
<p>Недостаточное питание (голодание).</p> <p>Несбалансированное питание с преобладанием углеводов, дефицитом или избытком белка. Религиозные запреты.</p> <p>Вегетарианство.</p> <p>Неправильная кулинарная обработка продуктов.</p> <p>Нарушение правил хранения продуктов.</p> <p>Сезонный дефицит витаминов (зима, весна)</p>	<p>Нарушение всасывания витаминов при заболеваниях печени, поджелудочной железы, тонкой кишки, при эндокринопатиях, приеме препаратов, ухудшающих их всасывание (масляных слабительных).</p> <p>Нарушение усвоения витаминов при генетических сбоях ферментных систем.</p> <p>Нарушение транспорта витаминов вследствие дефицита белка.</p> <p>Нарушения экскреции витаминов (болезни почек и др.).</p> <p>Повышенный расход витаминов (период пубертата, лихорадка, физическая нагрузка, прием лекарств)</p>

стую носит характер сочетанной витаминной недостаточности. Настораживает то, что нехватка витаминов обнаруживается не только зимой и весной, но и в летне-осенний период. Последнее свидетельствует о формировании у большинства населения России крайне неблагоприятного круглогодичного типа гиповитаминоза.

Витаминная недостаточность может быть первичной или вторичной (табл. 2). В зависимости от глубины и тяжести выделяют три ее формы: авитаминоз, гиповитаминоз и субнормальную обеспеченность витаминами.

Авитаминоз — состояние, при котором полностью истощены

витаминные ресурсы организма и развивается характерный специфический симптомокомплекс.

Гиповитаминоз — резкое, но не полное снижение запасов витаминов в организме, проявляющееся малоспецифичными симптомами (снижение аппетита и работоспособности, повышение утомляемости).

Субнормальная обеспеченность — дефицит витаминов, проявляющийся только на биохимическом уровне.

Для целенаправленной профилактики недостаточности витаминов целесообразно выделять детей, у которых имеются различные предрасполагающие факторы

для развития дефицита витаминов и микроэлементов. Группы риска по развитию витаминодефицитных состояний: дошкольники в период наиболее интенсивного роста; дети, занимающиеся спортом (имеющие высокие физические нагрузки); больные дети (острые инфекционные заболевания вирусного или бактериального генеза; патология сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и др.); больные, длительно принимающие некоторые лекарственные препараты; вегетарианцы; дети, воспитывающиеся в семьях с низким социально-экономическим уровнем.

Степень выраженности дефицита витаминов зависит от многих факторов и может иметь отчетливые клинические проявления при глубокой недостаточности микронутриентов. Умеренные или слабовыраженные гиповитаминозы, не имеющие манифестных симптомов, также могут приводить к развитию различных патологических состояний или усугублять их тяжесть.

Последствия дефицита витаминов: ухудшение самочувствия; снижение умственной и физической работоспособности; нарушение процессов детоксикации чужеродных веществ в организме, функционирования иммунной системы (снижение сопротивляемости к инфекци-

ям); замедление темпов физического и психического развития; предрасположенность к развитию различных патологических состояний, хронизация заболеваний.

Витаминная недостаточность у детей может проявляться группой симптомов, которые называют неспецифическими. Они могут наблюдаться при дефиците многих витаминов.

Общие признаки витаминной недостаточности:

- повышенная восприимчивость к инфекционным заболеваниям;
- затяжное течение заболеваний;
- отставание детей в росте и развитии;
- повышенная утомляемость;
- общая слабость;
- снижение эмоциональной активности;
- ухудшение памяти.

Каждый витамин участвует в определенных биохимических процессах, поэтому выделяют также и специфические признаки дефицита витаминов.

Витамины А (ретинол), D (эрекокальциферол — D2 и холекальциферол — D3), Е (токоферол) относятся к группе жирорастворимых витаминов.

Признаки дефицита витамина А:

- поражение слизистых оболочек и кожи с преобладанием

- сухости, сухость и ломкость волос и ногтей;
- сухость глаз со снижением остроты зрения;
- чешуйчатые высыпания на коже;
- трещины на губах и в углах рта;
- затяжное течение заболеваний органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы.

Описаны случаи врожденного нарушения обмена ретинола с возникновением ночной слепоты, сухости конъюнктивы и бляшек на роговице. В основе этих изменений лежит нарушение обмена фермента, расположенного в клетках слизистой оболочки тонкого кишечника. К генетически обусловленным заболеваниям с повышенной потребностью в ретиноле относят болезнь Дауэр. Для нее характерны выраженная сухость кожи с образованием утолщенных корочек и слизистой оболочки полости рта, продольная исчерченность и зазубренность ногтей, сниженный уровень умственного развития, склонность к психозам.

Признаки дефицита витамина D:

- изменения нервной системы: пугливость, беспокойство, вздрагивания во сне;
- повышенная потливость со склонностью к образованию стойких опрелостей кожи у грудного ребенка;

- размягчение краев большого родничка, грудной клетки (признаки ракита);
- пониженный тонус мышц;
- позднее приобретение физических навыков;
- позднее прорезывание зубов.

По клиническим проявлениям дефицит витамина D сходен с ракитоподобными заболеваниями, связанными с нарушением функции почек и мочевыделительной системы.

Признаки дефицита витамина E:

- общий отек тканей у новорожденных (склередема, склерема);
- малокровие, связанное с разрушением эритроцитов (гемолитическая анемия);
- склонность к аллергическим заболеваниям;
- нарушение менструальной функции у девочек;
- мышечная слабость.

Недостаточность токоферола наблюдается при генетически обусловленном нарушении синтеза липопротеидов низкой плотности.

Витамины группы В тесно взаимосвязаны. Отсутствие одного из них может прервать всю цепочку биохимических реакций и вызвать симптомы, характерные для дефицита всех витаминов этой группы.

Признаки дефицита витамина В₁ (тиамина):

- изменения со стороны нервной системы: повышенная возбудимость, боль по ходу нервов, нарушения координации, судорожные подергивания;
- изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: снижение артериального давления, учащенное или более редкое сердцебиение;
- снижение активности желез внутренней секреции;
- сухость языка и сглаженность сосочков на его поверхности, затяжное течение заболеваний органов пищеварения;
- тиаминзависимая анемия;
- склонность к гнойным заболеваниям кожи.

Выраженный дефицит тиамина, связанный с различными обменными нарушениями, характерен для болезни Лея (некротизирующая энцефаломиопатия), «болезни кленового сиропа», тиаминзависимого лактацидоза.

Гиповитаминоз B₂ (рибофлавина) изолированно встречается редко. Он проявляется конъюнктивитом, светобоязнью, отеком и помутнением роговицы глаза, трещинами в углах рта и сухостью языка, изменениями в области ануса.

Витамин B₃ (никотинамид) близок по действию к никотиновой кислоте и витамину PP (его называют еще «предупреждающим

pellлагру»). При дефиците этого витамина отмечается характерное поражение кожи в виде интенсивной буро-коричневой пигментации, преимущественно на открытых участках тела, сухостью, шелушением, потерей эластичности кожных покровов. Отмечаются также упорная дисфункция кишечника, снижение интереса к окружающему, апатичность.

Недостаток витамина B₅ (пантотеновой кислоты, пантотената кальция) проявляется ранним выпадением волос, преждевременной сединой; «зедами»; онемением, судорогами в руках и ногах; ослаблением зрения и памяти; раздражительностью; запорами.

Признаки дефицита витамина B₆ (пиридоксина):

- нарушения функции нервной системы: повышенная возбудимость, судороги, невриты;
- кожные проявления: трещины в углах рта (хейлит), чешуйчатые высыпания вокруг глаз, носа, сухость и жжение языка (глоссит);
- малокровие (микроцитарная анемия).

Витамин B₈ (биотин, витамин H) необходим для размножения нормальной кишечной микрофлоры, обмена углеводов. Сера, входящая в состав биотина, регулирует рост волос, состояние кожи, ногтей, актив-

ность печени. Признаки дефицита очень близки к проявлением недостатка других витаминов группы В.

Гиповитаминоз В₉ (фолиевой кислоты) сопровождается развитием малокровия, поражением пищеварительной, лимфатической и нервной систем. Из-за недостаточного количества белых кровяных телец у детей часто развиваются гнойные процессы. Дефицит фолиевой кислоты у плода приводит к развитию умственной отсталости, врожденным порокам развития центральной нервной системы.

Признаки дефицита витамина В₁₂ (цианокобаламина):

- малокровие (В₁₂-фолиево-дефицитная анемия, анемия Адисона—Бирмера);
- дегенеративные изменения в спинном мозге;
- кожные изменения, как и при дефиците других витаминов группы В.

Врожденное нарушение всасывания и транспорта витамина В₁₂ приводит к врожденной мегалобластной анемии.

Витамин В₁₅ (кальция пангамат) повышает стойкость организма к кислородному голоданию, улучшает обеззараживающую функцию печени. Чаще применяется для коррекции обменных процессов у взрослых при атеросклерозе, алкогольном

поражении печени, во время лечения кортикоステроидами или сульфаниламидаами.

Признаки дефицита витамина С (аскорбиновой кислоты):

- симптомы повышенной ломкости сосудов: обширные кровоизлияния в коже, подкожной клетчатке, в мышцах;
- кровоточивость десен, носовые кровотечения;
- ранний кариес;
- болезненность костей;
- малокровие;
- повышенная восприимчивость к вирусным и бактериальным инфекциям.

Авитаминоз С называется цингой и в настоящее время встречается редко. У детей раннего возраста, лишенных материнского молока, при однообразном нерациональном вскармливании может развиваться болезнь Меллера—Барлова, основной причиной которой служит выраженный дефицит витамина С.

Признаки дефицита витамина К (фитоменадиона): повышенная кровоточивость и кровотечения, в том числе геморрагическая болезнь новорожденных. Витамин содержит жирорастворимую фракцию К₁, находящуюся в темно-зеленых и желтых растениях и водорастворимую синтетическую фракцию К₂ (менадион).

Недостаточность витамина Р (рутин) проявляется кожными кровоизлияниями из-за повышенной проницаемости капилляров. От дефицита витамина С отличается тем, что кровоизлияния мелкие и ограничены волоссяными мешочками.

Для профилактики развития дефицита витаминов необходимо соблюдать следующие правила: обеспечивать достаточное поступление витаминов в организм ребенка с пищей, дополнительное поступление соответствующих витаминов при повышенных потребностях организма (во время болезни, в период сдачи экзаменов, при приеме лекарственных

препаратаов); выявить причины гиповитаминоза и подобрать поливитаминные препараты при симптомах дефицита витаминов.

Литература

1. Вишнева Е.А. Витаминная недостаточность у детей: причины и пути коррекции // Вопросы современной педиатрии. 2012. № 1. Т. 11.
2. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Заплатников, А.Л., Обыничная Е.Г. Коррекция дефицита витаминов и микроэлементов у детей // Медицинский совет. 2013. № 8.
3. Конь И.Я., Шилина Н.М. Витаминная недостаточность у детей // Лечащий врач. 2005. № 7.

Новые знания о «солнечном» витамине D

Романцова Е.Б.,
д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой педиатрии;

Борисенко Е.П.,
врач-педиатр, аспирант кафедры педиатрии
педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Амурская
государственная медицинская академия Минздрава России»,
г. Благовещенск Амурской обл.

В настоящее время большой интерес ученых вызывает витамин D. Зарубежные исследователи выявили неблагоприят-

ное влияние на организм недостаточности витамина D. Кроме его основной функции — регулятора фосфорно-кальциевого

обмена — активно изучаются внекостные проявления дефицита этого витамина. Установлено, что к витамину D имеются рецепторы во многих тканях организма (VDR).

Витамин D — жирорастворимый витамин, один из 24 микронутриентов, необходимых для выживания организма. Его источники — солнечный свет, яйца и рыба. Наряду с этим он добавляется в продукты ежедневного потребления, что связано с широким спектром его действия, включающим влияние на когнитивный, иммунологический статус, эндокринную систему. Есть данные, что уровень этого витамина очень низок при онкологических заболеваниях, болезнях сердца, рассеянном склерозе, некоторых психических заболеваниях и другой патологии.

Причины дефицита витамина D различны: недостаточное его образование в коже в условиях низкой инсоляции, малое содержание его в пище, плохое всасывание в кишечнике, патология почек, печени, эндокринной системы, прием противосудорожных препаратов.

Уровень содержания витамина D (25(OH)D) в сыворотке крови, по мнению большинства экспертов, имеет следующие критерии:

- дефицит 25(OH)D <20 нг/мл;

- недостаточность 25(OH)D — 21—29 нг/мл;
- норма 25(OH)D — 30—150 нг/мл.

В многоцентровом проспективном когортном фармакоэпидемиологическом исследовании «поперечным срезом» (2013—2014) «Оценка обеспеченности детского населения младшей возрастной группы витамином D в Российской Федерации и анализ фармакотерапии рахита и недостаточности витамина D в широкой клинической практике», инициатором которого выступила д-р мед. наук, профессор И.Н. Захарова (зав. кафедрой педиатрии РМАПО), участвовали педиатры г. Благовещенска (руководитель — д-р мед. наук, профессор кафедры педиатрии Амурской ГМА Е.Б. Романцова). Основными его задачами были следующие:

- оценить обеспеченность витамином D детского населения в возрасте от 1 мес. до 3 лет в различных регионах РФ;
- изучить факторы риска развития рахита и недостаточности витамина D в Российской Федерации;
- проанализировать реальную практику лечения и профилактики рахита в популяции детей младшего возраста в России и ее соответствие утвержденным методическим рекомендациям

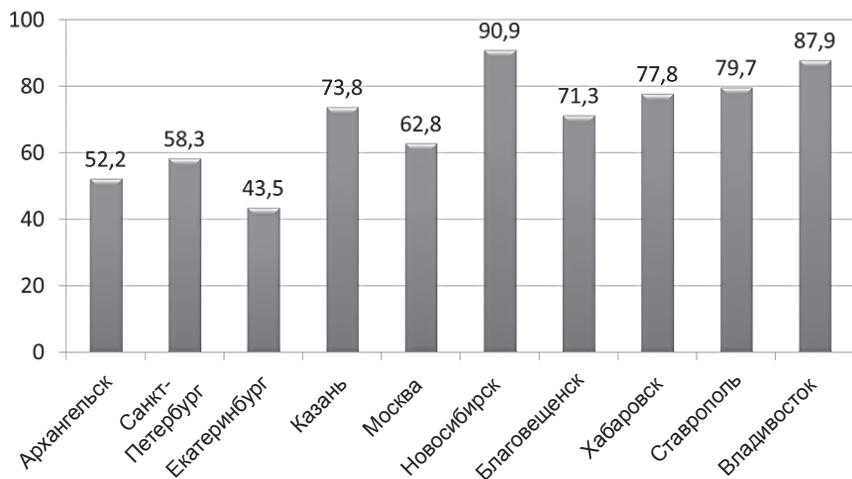


Рис. 1. Частота случаев недостаточности витамина D у детей, проживающих в различных регионах, %

(Профилактика и лечение ракита у детей раннего возраста: Метод. рекомендации. МЗ СССР № 12-21/6-29. М., 1990); — разработать и внедрить современные методические рекомендации (национальное руководство) по диагностике, профилактике и лечению ракита и коррекции возможной недостаточности витамина D у детей младшей возрастной группы в России.

Всего в России было обследовано 3000 врачей, 1200 детей, 1000 мам детей от 0 до 3 лет. Проводилась оценка показателей кальций-фосфорного обмена (витамин D [D_3 (25-OH) и D_2 (25-OH)], фосфор неорганический, кальций общий, щелочная

фосфатаза), анкетирование мам и врачей. Ученые провели анализ экологических факторов в различных регионах РФ (количество солнечных дней в году, метеосводки, загазованность).

Данные обследования позволяют сделать вывод, что более 70% детей до 3 лет г. Благовещенска имеют в той или иной степени недостаточность витамина D, хотя данный показатель не самый низкий по России и по Дальневосточному федеральному округу [1; 2].

Частота недостаточности витамина D у детей, проживающих в различных регионах, представлена на рис. 1, уровень обеспеченности витамином D у детей раннего возраста в ДФО — в

Таблица

**Обеспеченность витамином D детей раннего возраста
в Дальневосточном федеральном округе**

Город	Дефицит (< 20 нг/мл)	Недостаточность (21—29 нг/мл)	Норма (> 30 нг/мл)
Благовещенск (n = 129)	55 (42,6%)	26 (20,2%)	48 (37,2%)
Хабаровск (n = 56)	24 (42,9%)	17 (30,4%)	15 (26,8%)
Владивосток (n = 66)	48 (72,7%)	10 (15,5%)	8 (12,1%)

таблице, уровень обеспеченности витамином D у детей раннего возраста в г. Благовещенске в сравнении с показателями со средними значениями по РФ — на рис. 2.

По опросам мам, 80% принимали поливитамины во время беременности и только 8% — витамин D. А это говорит о том, что плод внутриутробно формировался при недостаточности витамина у матери.

Влияние дефицита витамина D на заболеваемость вирусными инфекциями, гриппом. В последние годы доказано, что способностью синтезировать метаболиты витамина D обладают клетки многих органов и тканей. Витамин D оказывает влияние на клетки иммунной системы (Т-лимфоциты, макрофаги, незрелые лимфоциты тимуса и зрелые CD8-клетки). Способность мононуклеарных

фагоцитов к продукции 1,25-дигидроксивитамина D3 также доказывает участие витамина D в функционировании иммунной системы. Кальцитриол влияет на функцию врожденного и приобретенного иммунитета. Витамин D снижает активность приобретенного иммунитета и усиливает активность врожденного. Доказано, что в клетках, находящихся в очаге воспаления, по сравнению со здоровыми клетками этого же органа, отмечается локальное повышение концентрации активных метаболитов витамина D, что имеет выраженный защитный характер.

Взаимодействие кальцитриола с эпителиальными клетками респираторного тракта приводит к активному синтезу белка кателицидина, препятствующего проникновению патогенов в нижние дыхательные пути.

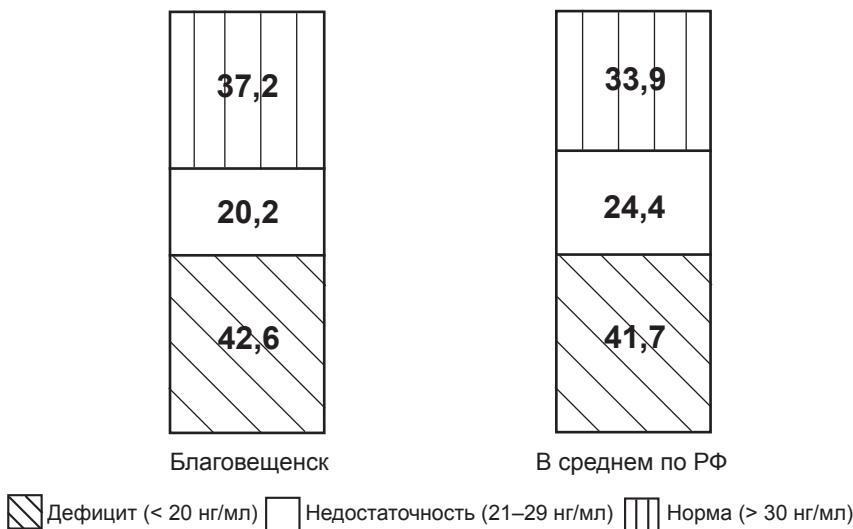


Рис. 2. Обеспеченность витамином D у детей раннего возраста в г. Благовещенске в сравнении со средними значениями по РФ, %

Активность вируса гриппа особенно высока зимой, летом она спадает. Это привело к предположениям о связи гриппа и солнечного света: в зимние месяцы уровень витамина D самый низкий; активная форма этого витамина сдерживает опасную воспалительную реакцию некоторых белых кровяных клеток, в то же время активизируя выработку иммунными клетками протеинов, борющихся с инфекцией. У детей с дефицитом витамина D респираторные инфекции возникают чаще, чем у дошкольников, больше бывающих на солнце; взрослые с низким уровнем витамина D склонны к простудам и инфекциям верхних дыхательных путей.

В недавних исследованиях была показана четкая корреляция между содержанием витамина D в организме ребенка и частотой госпитализации по поводу респираторных инфекций. Выявлено, что среди часто болеющих дошкольников более 70% имеют выраженный дефицит витамина D (рис. 3). При этом большинство авторов указывают на то, что снижение сопротивляемости организма ребенка к инфекционным заболеваниям в случае недостатка витамина D возникает раньше, чем изменения со стороны костной системы [4; 5]. В зимнее время гиповитаминоз D предрасполагает к развитию пневмококковой, стрептококко-

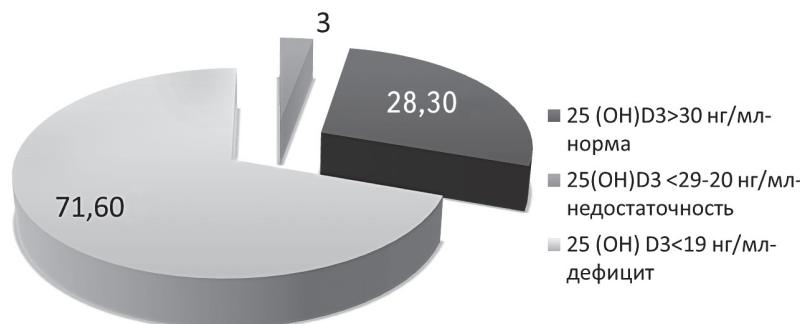


Рис. 3. Содержание в крови 25 (ОН)Д у часто болеющих детей (n=60), г. Благовещенск (ДОУ № 14), %

вой, менингококковой инфекций, что определяет обоснованность включения холекальциферола в комплексную терапию многих инфекционных заболеваний.

Дефицит витамина D и эндокринная система. Прием витамина D в младенчестве может снизить риск развития диабета I типа. В Финляндии было проведено 30-летнее катастическое наблюдение, которое показало заметное снижение распространенности сахарного диабета I типа среди младенцев, получавших витамин D в количестве 50 мг/день.

Холекальциферол связывается со специфическими рецепторами жировой ткани, ингибирует их пролиферацию и секрецию лептина, что определяет роль витамина D в профилактике ожирения и инсулинрезистентности.

Наличие специфических рецепторов к витамину D в органах

мужской и женской репродуктивной систем (семявыносящие каналы, клетки эндо- и миометрия) обеспечивает антитролиферативное действие, регуляцию фолликуло- и сперматогенеза. В исследованиях на животных было продемонстрировано, что при недостатке витамина D у самцов снижается репродуктивная функция, что выражается в азооспермии и морфологических изменениях в структуре гонад.

Дефицит витамина D и сердечно-сосудистая система. Результаты исследований позволяют говорить также о влиянии витамина D на сердечно-сосудистую систему. Рецепторы этого витамина представлены в гладкомышечной ткани, эндотелии и кардиомиоцитах. Проведены исследования, в которых показано участие витамина D в регуляции уровня артериального давления

(посредством воздействия на ренин-ангиотензиновую систему). Его влияние опосредуется и через подавление воспалительной реакции, которая приводит к распространению атеросклероза и застойной сердечной недостаточности.

В настоящее время нормы, используемые в педиатрии для профилактики рабита 400—500 МЕ/сут. и только в осенне-зимний период, недостаточны. В большинстве клинических исследований, убедительно доказывающих эффективность применения витамина D при различной патологии, доза препарата составляла 800—4000 МЕ/сут. Применялся он не менее полутора (чаще 12 месяцев). Усредненной эффективной дозой витамина D для детей в возрасте 0—1 мес. считается 740 МЕ/сут. С каждым годом жизни результативная профилактическая доза в среднем повышается на 93 МЕ/сут. [3].

Рекомендована «ступенеобразная» схема профилактики дефицита витамина D у детей разных возрастных групп: до 4-месячного возраста — 500 МЕ/сут., у недоношенных — 800—1000, детям в возрасте 4 месяцев — 4 лет — 1000, 4—10 лет — 1500, 10—16 лет — 2000 МЕ/сут. Важно, что эти дозировки следует относить к препаратам-моноформам, т.е. содержащим только витамин D.

Доза витамина D 2000 МЕ/сут. считается необходимой во время беременности для профилактики его дефицита в организме ребенка. И в то же время доза 1000 МЕ/сут., получаемая только матерью, не компенсирует дефицит витамина у ребенка.

При использовании данных режимов приема витамина D ни в одном случае побочных эффектов не наблюдалось. При оценке разных пороговых значений 25(OH)D (в диапазоне 50—100 нг/мл) также не установлено значимых связей между более высокими уровнями витамина D и гиперкальциемией. До появления токсических эффектов уровень витамина D в крови должен превысить 150 нг/мл (чего не было ни в одном исследовании).

В целях обеспечения витамином D детей раннего возраста необходимы исследование 25(OH)D3 во время прегравидарной подготовки женщины, его коррекция и контроль во время беременности с учетом факторов риска развития недостаточности витамина D у ребенка (возраст беременной — старше 25 лет, гестоз 1-й и 2-й половины, третьи роды и более). Профилактический прием витамина D детям старше 12 мес. следует продолжать круглогодично, учитывая низкую солнечную инсоляцию, с использованием

фармпрепаратов («Аквадетрим»), имеющих большую эффективность. Инновационная технология получения этого препарата обеспечивает высокий уровень безопасности. Мицеллярная (водорастворимая) форма представляет стабильную однородную структуру, не требующую взбалтывания перед употреблением. Преимущества использования водного раствора витамина D: всасывается из желудочно-кишечного тракта лучше, чем масляный раствор, процесс всасывания не зависит от сопутствующей патологии и степени зрелости ребенка, для всасывания не требуется участия желчных кислот. В одной капле препарата содержится 500 МЕ, что очень удобно для дозирования.

Литература

1. Захарова И.Н. и др. Недостаточность и дефицит витамина D — что нового? // Вопросы современной педиатрии. 2014. № 13 (1).
2. Захарова И.Н. и др. Результаты многоцентрового исследования «Родничок» по изучению недостаточности витамина D у детей раннего возраста в России // Педиатрия. 2015. № 1.
3. Национальная программа (проект) «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы». М., 2015.
4. Громова О.А., Трошин И.Ю. Витамин D — смена парадигмы / Под. ред. акад. РАН Е.И. Гусева, проф. И.Н. Захаровой. М., 2015.
5. Holick M.F. Vitamin D deficiency // N. Engl. J. Med. 2007. Vol. 357.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

ОСТОРОЖНО: ТРАНС-ЖИРЫ!

2 ноября 2015 г. в МИА «Россия сегодня» прошла пресс-конференция на тему «Транс-жиры как угроза здоровью и один из ключевых факторов возникновения сердечно-сосудистых заболеваний в России». В ходе мероприятия было отмечено, что основная причина низкого качества жизни и понижения ее продолжительности — неправильное питание.

Потребление продуктов с содержанием транс-изомеров жирных кислот (транс-жиров), которые появляются в результате перехода растительного масла из жидкого состояния в твердое путем гидрогенезации, значительно повышает риск развития сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В основном это фаст-фуд, маффины, печенье, вафли, чипсы. По рекомендации Всемирной организации здравоохранения, во многих развитых странах совсем отказались от потребления продуктов, в которые входят транс-жиры (например, в США), а в ряде европейских стран содержание транс-жиров ограничено до 2%.

Источник: www.pressmia.ru

Организация двигательной активности ребенка в семье

Холодок Л.Г.,

канд. мед. наук, ассистент кафедры педиатрии

ГБОУ ВПО «Амурская государственная

медицинская академия Минздрава России»;

Костюк Р.Г.,

врач лечебной физкультуры, заслуженный врач России

ГБУЗ АО «Детская городская клиническая больница»,

г. Благовещенск Амурской обл.

Известно, что ребенок, лишенный двигательной активности, заметно отстает в физическом развитии. У него ухудшаются функции органов дыхания и кровообращения, нарушается нормальное развитие высшей нервной деятельности. Гипокинезия у детей приводит к снижению силы, подвижности и уравновешенности возбуждения и торможения. Ребенок становится вялым, плаксивым, неадекватным.

Ухудшается сократительная способность мышц, они быстро атрофируются, нарушаются обменный процесс, и кости становятся хрупкими. Появляются отклонения со стороны костно-мышечной системы: нарушение осанки, сколиоз, уплощение стоп. Ухудшается работа сердца, легких.

В числе условий нормального роста и развития ребенка — повышение сопротивляемости его организма, достаточная двигательная активность, которая проявляется в играх и занятиях. Основные движения развиваются при ходьбе, беге, прыжках, лазании, метании. Дети учатся также сохранять равновесие. Дома им необходимо предоставить место, где бы они играли и занимались гимнастикой. Занятия должны проводиться систематически, желательно в одно и то же время.

В комплекс игрушек необходимо включать мячи, обручи, спортивную палочку, скакалки, кегли, массажный коврик, вибромассажер для стоп.

Учитывая анатомо-физиологические особенности детей, нужно соблюдать такую последовательность в занятиях: ходь-

ба, бег, прыжки, лазание, метание, упражнения на сохранение равновесия, упражнения для мышц спины, живота, ног.

Для профилактики заболеваний органов и систем очень важно с самого раннего возраста формировать у ребенка навыки правильной осанки: ходить с прямой спиной, не сутулиться, подтягивать живот. За столом сидеть правильно: обе ноги должны твердо стоять на полу, а угол между бедром и голенью должен быть прямым. Спину держать ровно, не напрягаясь, руки и локти на столе, между грудной клеткой и столом сохранять расстояние в ладонь. Сидеть на ягодицах, а не на копчике. Расстояние от глаз до стола должно составлять 30 см. С 4—5 лет в комплекс утренней гимнастики нужно включать упражнения, предполагающие ношение предметов (книг, мячей) на голове. Полезны игры с мячом, плавание, ходьба на лыжах, коньках.

Ежедневно нужно проверять осанку. Для этого ребенку необходимо опереться о ровную поверхность (стену, дверь, шкаф) затылком, лопатками, ягодицами, голенюю, пятками. Так развивается мышечное чувство на положение своего тела. Ребенок запоминает это положение и ходит, сохраняя его, 2—3 мин по

комнате и снова контролирует осанку (лучше у зеркала).

Повторять эти упражнения нужно ежедневно до тех пор, пока ребенок не приучится к правильной осанке во время ходьбы, стояния, сидения, а также при выполнении физических упражнений. Этот навык закрепится в памяти и останется на всю жизнь.

Комплекс упражнений на формирование правильной осанки

- Ходьба на носках, руки в «замок» над головой; на пятках, руки на поясе, локти отведены назад; на наружном своде стопы, руки сзади в «замок».
- И.п.: руки перед грудью, локти на уровне плеч. 2 рывка руками назад, руки прямые, 2 рывка руками вверх, дыхание произвольное. Повторить 6—8 раз.
- И.п.: стоя, руки опущены. Поднять руки вверх, встать на носки — вдох, вернуться в и.п. — выдох. Повторить 4—6 раз.
- Присесть, руки к плечам, локти отвести назад на выдохе. Повторить 5—6 раз.
- И.п.: о.с. Хлопок над головой — вдох, хлопок за спиной — выдох. Повторить 6—8 раз.
- Упражнение «Рыбка». И.п.: лежа на животе, руки вытянуты вперед. Поднять руки, голову, ноги согнуть в коленях — вдох;

вернуться в и.п. — выдох. Повторить 6—8 раз.

• *Упражнение «Лягушонок».*

И.п.: лежа на животе, руки согнуты у груди. Поднять голову, руки, ноги согнуть в коленях, свести лопатки — вдох, вернуться в и.п. — выдох. Повторить 6—8 раз.

• *Упражнение «Ласточка».*

И.п.: лежа на животе, руки внизу. Приподнять руки, прямые ноги и голову от пола, развести ноги в стороны — вдох, вернуться в и.п. — выдох. Повторить 6—8 раз.

• *Упражнение «Лодочка».* И.п.:

лежа на животе, руки сзади в «замок». Поднять голову, плечи и руки слегка от пола вверх, сводя лопатки — вдох, вернуться в и.п. — выдох. Повторить 6—8 раз.

• *Упражнения «Змейка».* И.п.:

лежа на животе, руки вверху. Потянуться — вдох, вернуться в и.п. — выдох. Повторить 3—4 раза.

• И.п.: стоя, руки с мячом внизу.

Мяч к груди, локти отвести в стороны — вдох, опустить мяч вниз — выдох. Повторить 8—10 раз.

• И.п.: то же. Перекладывать мяч из одной руки в другую.

30—40 с.

• И.п.: то же. Подбросить мяч

вверх, поднимаясь на носки, сделать хлопок и поймать мяч. 12—16 бросков.

• И.п.: то же. Перекидывать мяч из одной руки в другую из положения руки в сторону, дыхание произвольное. Повторить 10—12 раз.

• Ходьба на наружном своде стопы, руки на поясе, локти отведены назад. 1—2 круга.

• Выполнять ходьбу, при этом поднять руки вверх, развести их в стороны, отвести руки назад, вернуться в и.п. 6—8 раз.

• Поднять руки вверх — вдох, опустить руки вниз — выдох. Повторить 3—4 раза.

Детям с часто обостряющимися заболеваниями дыхательного аппарата в комплекс упражнений и игр нужно включать бег, ходьбу.

Ребенку возбудимому, чрезмерно подвижному рекомендованы упражнения на внимание, равновесие, метание, спокойные игры (меньше запретов, недопустимость окриков и т.д.).

Большое значение для воспитания ребенка в домашних условиях имеет пребывание на воздухе. Это наилучший способ воспитания здоровых, закаленных детей. На прогулке нужно ходить по узкой дорожке, бревну, что поможет научиться сохранять равновесие. Упражняться в метании и беге можно, бросая мяч и догоняя его. Полезно залезать на скамейку (элементы лазания), перепрыгивать через канавку с

помощью взрослого и самостоятельно. Следует смотреть на деревья (какие они высокие), на птиц (как они летают, какие они красивые). Эти упражнения способствуют формированию правильной осанки. Обязательны прогулки, но не утомительные, летом игры на специально отведенных площадках. Игры в песке должны чередоваться с подвижными играми. Зимой ребенок может кататься на санках со своими любимыми игрушками (куклами, зверюшками). С трех лет хорошо ходить на лыжах без палок, с четырех — с палками.

Для профилактики простудных заболеваний и их рецидивов детям необходимо закаливать.

Эффективный метод закаливания — ежедневное погружение стоп в таз с водой. Начинать эту процедуру можно детям с 1—3 лет. Мы рекомендуем проводить ее следующим образом. Перед сном ребенок погружает ступни в таз с водой. Сначала наливают чуть теплую или индифферентную воду (35—36 °C). В первый день ребенок держит ноги в воде 1 мин. Затем каждый день процедуру удлиняют на 1 мин (температура воды не меняется). Таким образом, через 10 дней ножная ванна будет продолжаться 10 мин, через 10 дней температуру воды снижают до комнатной (20—21 °C). В перв-

ый день при такой температуре ребенок держит в воде стопы 1 мин, затем каждый день процедуру удлиняют на 1 мин, чтобы через 10 дней довести продолжительность ножных ванн до 10 мин. Через 20 дней в таз наливают холодную воду из водопровода (12—14 °C). Методика ножных ванн остается прежняя: первая ванна должна быть продолжительностью 1 мин, затем каждый день прибавляют по 1 мин. После такой подготовки дети ежедневно погружают ступни в холодную воду на 10 мин.

После каждой процедуры ноги надо насухо вытереть и растереть до ощущения тепла. Если в период приема ножных ванн у детей возникает какое-нибудь заболевание, закаливание ножными ванными следует отменить до полного выздоровления. Затем все процедуры приема ножных ванн начинают сначала.

Детям младшего возраста не следует пользоваться душем, так как струя воды, с большой силой падая на тело, вызывает сильное раздражение кожи и через нее резко воздействует на нервную систему ребенка, что может оказать неблагоприятное влияние.

В возрасте старше одного года можно принимать солнечные ванны и в домашних условиях, но с большой осторожностью: сначала продолжительностью

2 мин, стремясь к равномерному облучению тела ребенка. Затем длительность можно постепенно увеличивать каждый день на 1 мин — до 10—15 мин. После 20 солнечных ванн необходим перерыв на несколько дней для отдыха.

Во время их принятия во избежание перегрева тела нельзя укладывать ребенка прямо на землю, горячий песок, камни. Лучше пользоваться деревянным лежаком или манежем, защитив голову малыша белым платком или панамой. Лучшее время для таких ванн в средней полосе — 11—12 часов дня, на юге 9—10 часов утра. Солнечные ванны сочетают с воздушными. Они оказывают более мягкое воздействие, их продолжительность составляет 1,5—2 ч. Очень полезны игры на воздухе под на-весом или в тени деревьев.

Детям старшего дошкольного возраста подходят все средства закаливания: водные процедуры, воздушные и солнечные ванны.

Летом, если позволяет погода, они по возможности весь день должны находиться на свежем воздухе, поскольку детский организм чрезвычайно чувствителен к недостатку кислорода. Воздушные ванны начинают при температуре воздуха не менее 20—22 °С, их продолжительность должна составлять поначалу 10 мин, постепенно ее доводят до нескольких часов. В это время дети могут в обнаженном или полуобнаженном виде двигаться, играть, делать физические упражнения. В зимнее время воздушные ванны можно принимать в комнате, соблюдая те же указания. Воздушные ванны натощак или непосредственно после приема пищи не рекомендуются.

МУДРЫЕ ВЫСКАЗЫВАНИЯ

В движении сила растет и набирает мощь.

Вергилий

Жизнь требует движения.

Аристотель

Бросивший заниматься физическими упражнениями часто чахнет, ибо сила его органов слабеет вследствие отказа от движений.

Ибн Сина

Движение есть жизнь, уменьшение же подвижности означает снижение жизненных процессов.

В.В. Гориневский

Ранняя диагностика поведенческих отклонений у детей дошкольного возраста

Чупак Э.Л.,

канд. мед. наук, ассистент кафедры детских
болезней ГБОУ ВПО «Амурская государственная
медицинская академия Минздрава России»,
г. Благовещенск Амурской обл.

Раннее выявление отклонений в поведении у детей раннего возраста позволяет своевременно заподозрить у ребенка такое отклонение психического развития, как ранний детский аутизм, или болезнь «людей дождя» (РДА). В последние годы этому заболеванию уделяется особое внимание. Количество людей, больных аутизмом, с каждым годом растет. По данным американской организации Autism Speaks, в мире их зарегистрировано 67 млн человек. В США это заболевание поражает одного из 88 детей. В России же до сих пор нет статистических данных о дошкольниках с расстройствами аутистического спектра. Для таких детей важна ранняя коррекция, только в этом случае можно добиться результата.

Аутизм диагностируется по наличию или отсутствию определенных поведенческих характеристик [1]. Зачастую педиатры, не зная проблемы, не могут разглядеть в ранних симптомах аномалии развития. Родители, замечающие «небычность» своего ребенка, доверившись врачу и не получив адекватного подтверждения, перестают тревожиться.

Приказом Минздрава России от 28 апреля 2007 г. № 307 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни» предписано, чтобы педиатры собирали сведения о ребенке и оценивали его поведение в 1, 3, 6, 9 и 12 мес. В эти возрастные периоды выделяются группы риска по отклонениям в поведении.

К особенностям социального развития, «поведения» ребенка на первом году жизни относятся появление в 3—5 нед.



улыбки при общении, формирование к концу 2-го мес. устойчивого зрительного рефлекса на кормление грудью; в возрасте 3 мес. ребенок привлекает к себе внимание окружающих громким криком, вступает в контакт с людьми, радостно оживляется, отвечая на голос, улыбается; в 4 мес. выделяет мать среди других людей, при положительных эмоциях смеется, свое неудовольствие выражает беспокойством, криком; в 5—6 мес. отличает знакомых от людей незнакомых, произносит слоги, по-разному реагирует на тон обращения к нему; в 6—8 мес. характерно предпочтительное отношение к матери, при разлуке с ней беспокоится, в 9 мес. становится менее зависим от физического присутствия матери, участвует в простых играх со взрослыми; в 10—12 мес. способен играть в прятки, происходит переход от зависимого положения к независимому.

В процессе общения с матерью уточняются характер реакции на мокрые пеленки, тесное пеленание (т.е. изменение порогов тактильной и проприоцептивной чувствительности), наличие страхов раннего возраста (боязнь интенсивной перемены света, громких звуков, чужих людей), трудность привыкания к твердой пище, болезненная реакция на изменение режима, симбиотическая связь

с матерью (непереносимость ее отсутствия), характер реакции ребенка на другого человека.

Детский аутизм — общее расстройство психического развития с первого года жизни ребенка, для которого характерно нарушение потребности в социальном взаимодействии, контактах с окружающим миром, прежде всего с человеком. Оно и проявляется в трех сферах коммуникации: эмоциональной, речевой и сфере стереотипного поведения [4].

Аутизм у ребенка до года диагностируют крайне редко, в основном в более позднем возрасте, но если время упущено, то и корректировать поведение малыша будет гораздо труднее. Какие симптомы должны насторожить людей, окружающих такого ребенка?

Симптомы аутизма у ребенка до года

- Ребенок не реагирует на собственное имя, на попытки завести с ним «беседу», не улыбается близким, не лепечет и не гулит.
- Отмечаются периодические нарушения слуха и невозможность установить контакт с ребенком (игнорирует указания взрослых).
- Ребенок не старается установить визуальный контакт с близкими.

В дальнейшем заболевание прогрессирует, ребенок:

— избегает всех видов взаимодействия со взрослыми: не прижи-

- мается к матери, когда она берет его на руки, не протягивает руки и не тянется к ней, как это делает здоровый малыш, не смотрит в глаза, избегая прямого взгляда. У него часто преобладает периферическое зрение (смотрит краем глаза), от него трудно спрятать необходимый ему предмет, и поэтому многие родители отмечают, что «ребенок видит предметы затылком» или «сквозь стенку»;
- может не реагировать на звуки, на свое имя, что часто заставляет подозревать нарушения слуха, которых в действительности нет;
 - неспособен дифференцировать людей и неодушевленные предметы. Нередко его считают агрессивным: когда он хватает другого ребенка за волосы или толкает его как куклу. Такие действия указывают на то, что ребенок плохо различает живой или неживой объект;
 - крайне связан собственными сложившимися стереотипами. Его внутренний мир зажат в жесткие рамки, выход за которые для него является трагедией. Это связано прежде всего с неофобией — боязнью всего нового. У детей с аутизмом неофобии проявляются очень рано и могут развиться на что угодно. В частности, они страхают сенсорной фобией — например, могут бояться бытовых электроприборов, издающих резкие звуки, шума воды, темноты или яркого света, закрытых дверей, одежды с высоким воротом и т.д. Не переносят перемены места жительства, перестановки кровати, не любят новую одежду и обувь; любое изменение приводит к паническому страху и психомоторному возбуждению. Когда аутичному ребенку особенно плохо, он может проявить агрессию и аутоагрессию. Взрыв отчаяния разрушительной силы направлен обычно против вмешательства в его жизнь и попыток изменить сложившиеся стереотипы. Избирательность в контактах и отсутствие видимой привязанности даже к близким людям проистекает из целой системы страхов, а вследствие этого запретов и самоограничений;
 - характеризуется речевыми нарушениями: эхолалированием (повторением услышанной где-либо фразы вне связи с реальной ситуацией), поздним появлением личных местоимений, диссоциацией между непониманием простых инструкций и пониманием разговора, не обращенного к ребенку, но о нем;
 - играет, а по сути производит стереотипные манипуляции

с неигровым материалом (веревки, гайки, ключи, бутылки и пр.). В некоторых случаях использует игрушки, но не по назначению. Дети могут часами однообразно вертеть предметы, перекладывать их с места на место, переливать жидкость из одной посуды в другую. Дошкольники с РДА активно стремятся к одиночеству, чувствуют себя заметно лучше, когда их оставляют одних;

- может быть индифферентным в контактах с матерью (не реагировать на ее присутствие или отсутствие) или симбиотически связанным с ней (отказывается оставаться без матери, выражает тревогу в ее отсутствие, хотя никогда не бывает с ней ласков);
- может быть и умственно отсталым, и высокоминтеллектуальным, одаренным в какой-то области (рисование, музыка, конструирование, математика), но при этом не иметь простейших бытовых и социальных навыков.

Дети с РДА принципиально отличаются от других детей тем, что у них нет врожденных социальных качеств: они как бы не радуются другому человеку, не терпят его присутствия в своих играх, не используют для общения жесты и слова, не откликают-

ся на обращения и просьбы, сами не обращаются за помощью к другому (или делают это необычным способом), а занимаются только тем, чем хотят. Они непонятны и непредсказуемы, от них неизвестно чего ожидать.

Оценочная шкала раннего детского аутизма [5]

- Взаимоотношения с людьми.
- Подражание поведенческим актам, жестам, звукам.
- Эмоциональные реакции.
- Общая и тонкая моторика.
- Использование игрушек, объектов.
- Адаптация к изменениям.
- Визуальная реакция.
- Слуховая реакция.
- Вкус, запах, реакция на прикосновение.
- Уровень боязни, тревоги.
- Верbalная коммуникация.
- Невербальная коммуникация.
- Уровень активности.
- Уровень и степень эмоционального отклика.
- Общее впечатление.

1 балл — нет отклонений в развитии этих психических сфер.

1,5 балла — оценка при слегка отклоняющихся ответах, реакциях, контактах. Больше 1, но меньше 2 баллов.

2 балла — немного ненормальные взаимоотношения, эмоциональные реакции, повышен уровень тревоги, слегка снижен

интеллект, наблюдается задержка речи и др.

2,5 балла — субъективная оценка больше 2, но меньше 3 баллов.

3 балла — умеренные отклонения в контактах, интеллекте, речи, эмоциональных реакциях, поведении, игре.

3,5 балла — больше 3 баллов, но меньше 4.

4 балла — значительные отклонения от нормального развития, нарушения вербальной и невербальной коммуникации.

Интерпретация результатов

15—30 баллов — это не аутизм.

30—37 баллов — мягкая, умеренная форма аутизма.

38—60 баллов — тяжелая форма аутизма.

О.Н. Никольская с соавторами выделяет четыре основные группы детей с РДА в зависимости от степени нарушения взаимодействия с внешней средой.

1. Дети с глубокой аффективной патологией. Их поведение носит полевой характер, они не имеют потребности в контактах, у них полностью отсутствуют навыки самообслуживания, страхают мутизмом. Ведущий патопсихологический синдром — отрешенность от внешней среды. Такие дети имеют наихудший прогноз развития и нуждаются в постоянном уходе.

2. Дети с более целенаправленным поведением. Спонтанно у них вырабатываются простейшие стереотипные реакции и речевые штампы. Ведущий патопсихологический синдром — отвержение окружающей реальности. Прогноз более благоприятный. При адекватной длительной коррекции они могут освоить навыки самообслуживания и элементарного обучения.

3. Дети с более произвольным поведением, имеющие более сложные формы аффективной защиты, что проявляется в формировании патологических влечений, в компенсаторных фантазиях. Ведущий патопсихологический синдром — замещение с целью противостояния аффективной патологии. Эти дети при адекватной коррекции могут быть подготовлены к обучению во вспомогательной школе.

4. Дети с менее глубоким аутистическим барьера. У них наблюдаются неврозоподобные расстройства, что проявляется тормозимостью, робостью, пугливостью. У них развернутая, менее штампованные речь, сформированы навыки самообслуживания. Основной патопсихологический синдром — повышенная ранимость при взаимодействии с окружающими. При адекватной психологической коррекции такие дети могут быть подго-

твлены к обучению в массовой школе.

Рассмотрим *основные принципы психологической коррекции детей с РДА* [2].

- Комплексная психологическая коррекция группой специалистов: детских психиатров, невропатологов, логопедов, психологов, педагогов-воспитателей, музыкального работника и других.

- Поэтапная психологическая коррекционная работа с учетом степени выраженности дефекта у ребенка.

- Четко организованные занятия.

При разработке этапов психокоррекции очень важен онтогенетический подход. У большинства аутичных детей, относящихся к первой и второй группам, запас знаний, характер игровой деятельности значительно отстают от возрастной нормы. У них преобладает манипулятивная игра, наблюдаются слабые реакции на новые игрушки и ситуации. Поэтому на первых этапах на занятиях у ребенка необходимо формировать реакции оживления, слежения за предметами, слухомоторные и зрительномоторные координации. На последующих этапах можно предложить разнообразные манипуляции с предметами, что способствует развитию зрительного и осязательного восприятия. Очень важно фор-

мировать у ребенка представления о собственном теле, его частях, сторонах. В дальнейшем можно перейти от манипулятивной игры к сюжетной. Важно формирование игровых штампов с помощью многократных повторений игр с последовательным включением новых игровых действий с дальнейшим усложнением деятельности ребенка. Любые задания нужно предлагать в наглядной форме, объяснения должны быть простыми, повторяющимися по несколько раз, с одной и той же последовательностью, одними и теми же выражениями. Затем необходим постепенный переход от индивидуальных занятий к направленным групповым, а позднее — к сложным играм, упражнениям в группах по 3—5 детей и более.

Занятия с аутичными детьми должны быть четко организованными и предусматривать следующее.

- В связи с легкой возбудимостью ребенка, импульсивностью, хаотичностью его деятельности необходимо обеспечить безопасность в процессе занятий. Занятия нужно проводить в специально оборудованном зале с мягким освещением, на полу палас или ковер. В зале не должно быть острых и тяжелых предметов.

- Обязательны идентичность обстановки занятий и постоян-

ство состава группы, поскольку аутичные дети трудно приспособливаются к новой обстановке и новым людям.

- Педагог должен бережно относиться к любой, даже самой примитивной, активности ребенка.

- Психокоррекционные программы необходимо создавать для каждого ребенка.

- К психокоррекционному процессу следует активно привлекать родителей.

Психологическая коррекционной работы с аутичными детьми предполагает:

- ориентацию аутичного ребенка вовне;
- обучение его простым навыкам контакта;
- обучение ребенка более сложным формам поведения;
- развитие самосознания и личности аутичного ребенка.

Основные этапы психологической коррекции и специфика психокоррекционных воздействий заключаются в следующем [3].

Первый этап — установление контакта с аутичным ребенком. Для успешной реализации данного этапа рекомендуется щадящая сенсорная атмосфера занятия. Это достигается с помощью спокойной негромкой музыки в специально оборудованном помещении для занятий. Педагог должен общаться с ре-

бенком негромким голосом и даже шепотом. Необходимо избегать прямого взгляда на ребенка, резких движений. Установление контакта с аутичным ребенком требует достаточно длительного времени и служит стержневым моментом всего психокоррекционного процесса.

Перед педагогом стоит задача преодоления страха у ребенка, и это достигается созданием устойчивой обстановки занятий, поощрением любой, даже минимальной активности ребенка. На данном этапе занятий не рекомендуются директивная игровая терапия. Психолог присутствует в качестве наблюдателя за ребенком в процессе его игр, фиксирует его реакции, отмечает, что вызывает у него отрицательные и положительные эмоции.

Второй этап — усиление психической активности ребенка. Решение этой задачи требует от психолога умения почувствовать настроение ребенка, понять специфику его поведения и использовать это в процессе коррекции. Например, у многих детей с РДА наблюдается тяга к ритмическим раскачиваниям. Психолог должен использовать эти особенности в процессе выполнения специальных упражнений (танцевальные ритмические упражнения и пр.). Необходимо уловить момент аффективного

подъема у ребенка и придать ему реальный игровой эмоциональный смысл.

Третий этап — организация целенаправленного поведения аутичного ребенка. Это достигается с помощью музыкального сопровождения занятий и специальных игр, направленных на длительное положительное сосредоточение ребенка. Например, используются игры «Мышки, тише-тише», «Море волнуется», «Глаза в глаза» и пр.

Четвертый этап — работа с родителями (консультирование по вопросам воспитания ребенка, их присутствие на занятиях и активное участие в них).

В зарубежной психологической практике при работе с детьми с РДА особой популярностью пользуется *холдинг-терапия* (от англ. *hold* — удерживать, выдерживать, владеть). Она была разработана доктором Мартой Вельч и впервые внедрена в 1978 г. в Материнском центре в Гринвиче (США). В основу холдинг-терапии положена концепция, которая рассматривает ранние детские эмоциональные расстройства как результат нарушения эмоциональных связей между матерью и ребенком. Авторы подчеркивали положительную роль первого контакта с матерью. Привязанность ребенка к матери основана на чувстве

безопасности, которое он испытывает в общении с ней. Если оно нарушено, то социальное и эмоциональное развитие ребенка идет в неправильном направлении и в крайних вариантах ведет к аутизму.

При аутизме холдинг-терапия имеет характер принудительного контакта, поскольку дети отвергают физическое и эмоциональное взаимодействие с матерью. Перед тем как рекомендовать этот метод родителям, педагог предварительно изучает семью ребенка и перед началом сеанса объясняет матери его значение. В процессе холдинг-терапии перед матерью стоит задача взять ребенка на руки и, преодолев его сопротивление, как можно дольше удерживать. В некоторых случаях, когда ребенок более взрослый или активно сопротивляется, рекомендуется обнять его, прижать к себе и постараться удержать как можно дольше, пока он не успокоится.

Эффективность данного метода высока. Особенno это касается детей, которые испытывали существенную эмоциональную депривацию со стороны матери. Эффективность холдинг-терапии обусловлена тем, что с ее помощью удовлетворяется основополагающая потребность ребенка в социальных контактах, которая базируется

на чувстве безопасности. Этот метод целесообразно использовать перед началом занятий. В специально оборудованном помещении для занятий родители садятся вместе с детьми, причем каждый выбирает удобную позу для контакта, и в течение некоторого времени на фоне расслабляющей музыки осуществляют холдинг-терапию. Сеансы должны быть ежедневными: первые 3—4 сеанса в присутствии психолога, до полного расслабления ребенка.

Итак, основные задачи психологической коррекции детей с РДА — их вовлечение в различные виды индивидуальной и совместной деятельности, формирование произвольной, волевой регуляции поведения. Необходимо проводить занятия с жесткой последовательностью игровых действий с их многократным проигрыванием, особенно с детьми первой и второй групп. Освоение системы игровых штампов способствует формированию у дошкольников с РДА познавательных процессов. Особое значение в системе психокоррекции детей с аутизмом имеет работа с семьей, направленная на активное привлечение родителей к проблемам ребенка и обучение их взаимодействию с ним. При разработке психокоррекционной программы для де-

тей с аутизмом психолог должен учитывать степень тяжести аффективной и интеллектуальной патологии, время возникновения заболевания, особенности социальной ситуации развития. Работа с детьми с РДА предъявляет высокие требования к личности и уровню профессионализма педагога.

Только благодаря своевременной диагностике и ранней коррекционной помощи можно добиться многоного: адаптировать ребенка к жизни в обществе, научить его справляться с собственными страхами, контролировать эмоции.

Литература

1. *Лебединская К.С., Никольская О.С. Дети с нарушениями общения.* М., 1989.
2. *Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии.* СПб., 2001.
3. *Морозова С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах: пособие для учителя-дефектолога.* М., 2007.
4. *Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети. Основы диагностической и коррекционной работы психолога.* М., 2001.
5. *Семаго Н.Я., Семаго М.М. Руководство по психологической диагностике: дошкольный и младший школьный возраст: Метод. пособие.* М., 2000.

Некоторые гельминтозы в Амурской области

Марунич Н.А.,

*канд. мед. наук, доцент, заведующий кафедрой
инфекционных болезней;*

Фигурнов В.А.,

д-р мед. наук, профессор кафедры инфекционных болезней;

Гаврилов А.В.,

*ассистент кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО
«Амурская государственная медицинская академия
Минздрава России», г. Благовещенск Амурской обл.*

Среди обширной группы глистных инвазий на Дальнем Востоке особое место по тяжести течения и осложнениям занимают трихинеллез, эхинококкоз, дирофиляриоз и клонорхоз. Мы остановимся лишь на некоторых инвазиях, представляющих угрозу здоровью человека.

Амурская область — западное продолжение и своеобразное завершение обширного Дальневосточного региона, особенность которого — наличие разных климатических зон и интенсивное экономическое развитие. Наша область граничит с Китайской Народной Республикой, с которой у нас развиваются обширные экономические связи и туристический обмен. Это обстоятельство, а также строительство новых ГЭС, космодрома с

глубоким вмешательством в девственную природу может привести к появлению на территории области новых паразитарных заболеваний и активизации ранее дремавших очагов неизвестных паразитов. Мы отмечаем увеличение поступления в стационар больных с клонорхозом, трихинеллозом, формирование в области очагов дирофиляриоза и увеличение больных эхинококкозом печени.

Трихинеллез (*trichinellosis*; синоним: трихиноз, «одутловатка») — гельминтоз из группы нематодозов, характеризующийся лихорадкой, миалгиями, отеком лица, кожными сыпями, эозинофилией крови, а при тяжелом течении — поражением внутренних органов и центральной нервной системы.

В последние годы увеличилась доля случаев подобного заражения, что связано с употреблением мяса бурого медведя в сыром (строганина), жареном, вялено-копченом виде, мяса собак, барсуков, свинины в виде свиного сала с прослойками мяса и грудинки в сыром виде без термической обработки, а также с осенним массовым подворным убоем свиней и сезоном охоты. В пределах эндемичных территорий подвержены высокому риску заражения трихинеллозом сельские жители, выращивающие свиней, охотники и лица, длительное время пребывающие в условиях природных очагов, в том числе эвенки.

Так, в Амурской области мы наблюдали групповую заболеваемость трихинеллозом, когда после употребления шашлыков, приготовленных из мяса енота, поданного как козлятина, одновременно заболели 12 человек, в том числе дети.

В некоторых природных и синантропных очагах трихинеллоза улучшилась разъяснятельная работа с населением с использованием различных форм представления информации. Вместе с тем, учитывая факты употребления населением мяса, не прошедшего ветеринарно-санитарную экспертизу, позднее обращение за медицинской по-

мощью, информационная работа с населением требует усиления.

Следующий гельминт, вызывающий тяжелое поражение печени, — **эхинококкоз**. Источником инфекции служат собаки, особенно щенки, у которых гельминт паразитирует в кишечнике. У человека поражается в основном печень, хотя наблюдали больную, у которой огромные пузыри эхинококка были обнаружены и в печени, и в легком. Болезнь хорошо выявляется при УЗИ внутренних органов. Лечение — удаление пузыря эхинококка.

В последние пять лет в Амурской области распространен **дирофиляриоз**. Это связано с изменением климата, потеплением и продлением летнего периода жизни комаров, основных переносчиков личинок. Комары заражаются в основном от собак, в крови которых паразитирует масса личинок. У человека взрослый паразит (толщиной 0,1—0,2 мм и длиной до 10—14 см) паразитирует в основном под кожей лица, рук, туловища, где он постоянно мигрирует и может попасть во внутренние органы (печень, сердце, легкие). Лечение — только хирургическое удаление паразита.

Клонорхоз — природно-очаговое паразитарное заболевание, вызываемое trematodой *Clonorchis sinensis* (китайский

сосальщик), паразитирующей в желчевыделительной системе и выводных протоках поджелудочной железы. Данный гельминтоз широко распространен в Китае и странах Юго-Востока, на территории России встречается только в районах реки Амур и его притоков. Паразит имеет двух промежуточных хозяев (моллюск, мелкая рыба) и окончательного хозяина (человек и все плотоядные), в организме которых может жить 25—30 лет, поражая в основном печень и поджелудочную железу. Основным источником инвазии для человека служит мелкая речная рыба, употребляемая в пищу недостаточно термически обработанная (сырая, вяленая, слабосоленая, плохо прожаренная и проваренная).

Мы неоднократно встречали групповые, семейные случаи заболевания. Так, мальчик 3 лет 8 мес. находился в стационаре вместе с отцом, у которого в этом возрасте наблюдался цирроз печени. Во всех случаях больные отмечали употребление в пищу сырой, недостаточно термически обработанной или вяленой рыбы, выловленной в местных водоемах. Именно с этим связано появление больных с сочетанной инфекцией (клонорхоз, дифиллоботриоз): при широком лентце источником заражения также служит рыба.

Клонорхоз может протекать как острое лихорадочное заболевание, начинающееся через 9—30 дней после употребления в пищу сырой, недостаточно термически обработанной или недосоленой рыбы; озноб, общая слабость, потливость, снижение аппетита, появление болей в правом подреберье. У каждого второго больного появляются тошнота, рвота, боли в суставах. Возможно возникновение желтушной окраски кожных покровов и субклеричности склер, а также макуло-папулезной сыпи и кожного зуда. Иногда бывают вздутие живота и нечестный, без патологических примесей, стул. С первых дней болезни температура повышается до 38—39,5 °C, а иногда температурная кривая имеет неправильный тип. Лихорадка длится 10—19 дней. При объективном обследовании могут появляться сыпь, желтушность кожных покровов и увеличение печени, в крови — лейкоцитоз и эозинофилия. Диагностика заболевания основана на анализе эпидемической ситуации, развитии гепатолиенального синдрома и обнаружения в кале или в дуоденальном содержимом яиц паразита. В настоящее время основным средством специфического лечения служит празиквантел, который дает хороший терапевтический эффект.

Трудности в постановке диагноза гельминтоза могут быть вызваны наличием у пациента необычного сочетания различных по своей природе возбудителей — гельминтов, микроорганизмов, простейших и вирусов, формирующих своеобразный биоценоз в организме хозяина, а также сходством клинической симптоматики с другими заболеваниями, в том числе неинфекционной природы.

С целью исключения различных патологических состояний необходимо проводить значительный объем диагностических мероприятий (иногда до 30 и более исследований и консультаций медицинских специалистов).

Длительное существование разных возбудителей в пищеварительной системе создает особую экосистему. Различные виды

всегда стремятся подавить жизнедеятельность друг друга. Такая борьба длится до тех пор, пока не будет определен «победитель», либо не наступит равновесие между «участниками». В этом случае, несмотря на сохранность патологических свойств обитателей данной экосистемы, их действие будет весьма ограничено. Возбудители просто не могут влиять на окружающие ткани так, как если бы они действовали каждый по отдельности. Все это приводит к нечеткой картине болезни и ошибкам в постановке диагноза. Такие клинические случаи диктуют необходимость наличия у врача таких качеств, как способность и желание к диагностическому поиску, высокая квалификация и стремление обосновать все клинические проявления у конкретного больного.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

НОБЕЛЕВСКАЯ ПРЕМИЯ ПО ФИЗИОЛОГИИ ИЛИ МЕДИЦИНЕ

Нобелевская премия по физиологии или медицине за 2015 г. присуждена за разработку новых методов лечения паразитарных болезней, в том числе малярии.

Уильям Кэмпбелл и Сатоши Омуря удостоены премии за новый метод лечения инфекций, вызываемых круглыми червями-паразитами. Они разработали новый препарат авермектин, дериваты которого позволили радикально снизить заболеваемость такими болезнями, как онхоциркоз (речная слепота) и лимфатический филяриоз.

Вторая половина премии присуждена профессору из Пекина Юю Ту за создание нового метода лечения малярии. Работая в области фармакологии и традиционной китайской медицины, она в течение нескольких лет руководила группой, которая смогла дополнить имеющиеся препараты по лечению малярии еще одним — артемизинином.

Источник: www.ria.ru

Реабилитация детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

Юткина О.С.,

канд. мед. наук, ассистент кафедры детских болезней

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская

академия Минздрава России», г. Благовещенск Амурской обл.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) — этиологически гетерогенная группа нарушений поведения у детей старше 5 лет. СДВГ, манифестируя у дошкольников, достигает максимальных проявлений в начальной школе и, эволюционируя, не исчезает, а по мере взросления трансформируется в количественном и качественном соотношении симптомов [3; 4]. СДВГ — самое распространенное поведенческое расстройство у детей: в США оно составляет от 4 до 13%; в Великобритании — 1—3, Германии — 9—18, Италии — 3—10, Китае — 1—14%. В России с СДВГ 2 млн детей. В среднем в каждом классе есть один ребенок, страдающий СДВГ, причем у мальчиков он встречается чаще [1].

Существует несколько теорий происхождения СДВГ. Одна из первых основана на данных органического поражения ЦНС, возникшего в антенатальный период под влиянием различных средовых факторов. При этом в патогенетические механизмы

вовлекается система «ассоциативная кора — базальные ганглии — таламус — мозжечок — префронтальная кора», согласованное функционирование которой обеспечивает контроль внимания и организацию поведения. У детей с СДВГ методами нейровизуализации выявляются минимальные органические структурные дефекты, морфофункциональная незрелость с признаками корково-подкорковой дисфункции, уменьшение объема белого вещества в правой лобной доле, размеров хвостатого ядра, скорлупы, мозолистого тела и мозжечка и нарушения мозговой гемодинамики в вертебробазилярном бассейне [2].

Также возникновение СДВГ связывают с дисфункцией нейромедиаторных систем — нарушением процессов обмена дофамина и/или норадреналина, ведущих к изменению синаптической передачи, разобщению связей между лобными долями и подкорковыми образованиями и манифестацией болезни.

Актуальна на современном этапе теория о генетической природе СДВГ. Более 30 «генов-кандидатов» вызывают этот синдром; сегодня хорошо изучены 8 генов, ответственных за его развитие. Генетические дефекты, или «дофаминовые» гены, располагаются на 4, 5 и 11-й хромосомах (аллели 10R и 7R соответственно). К ним относятся DAT1 — ген переносчика транспортера дофамина, DRD4, DRD5 — гены дофаминового рецептора. Ген DAT1 («ген авантюризма») располагается на коротком плече 5-й хромосомы (5p15,3), кодирует белок переносчика дофамина и обеспечивает обратный захват дофамина. Реализация генетического дефекта сопровождается избыточным обратным захватом дофамина в нервных окончаниях и снижением реакции рецептора на дофамин. Ген рецептора дофамина DRD4 располагается на коротком плече 11-й хромосомы (11p15,5), кодирует один из пяти белков рецептора дофамина и обеспечивает распознавание данного нейромедиатора. Максимальная концентрация рецепторов данного вида располагается в лобно-подкорковых структурах. Ген DRD5 расположен на коротком плече 4-й хромосомы (4p16,3), кодирует белок пятого типа рецептора дофамина.

Также выделены гены других типов рецепторов дофамина

(D1, D2, D3); гены, вовлеченные в обмен серотонина (ген переносчик серотонина SLC6A4, гены рецепторов серотонина: 5-HT1B, 5-HT2A, 5-HT2C); гены, вовлеченные в обмен норадреналина (переносчик — SLC6A2, рецепторы-ADRA1C, ADRA2A); гены, вовлеченные в обмен сразу нескольких нейромедиаторных систем (TE, DBN, MAO-A, MAO-B, COMT и др.) и т.д. Эффекты генов, вызывающих СДВГ, являются взаимодополняющими.

Таким образом, СДВГ — полигенная патология со сложным и вариабельным наследованием, т.е. генетически гетерогенное состояние, при котором одновременно существующие многочисленные нарушения процессов обмена дофамина и/или норадреналина обусловлены влияниями нескольких генов, перекрывающих защитное действие компенсаторных механизмов.

Классическая клиническая триада СДВГ включает гиперактивность, импульсивность и невнимательность (дефицит внимания). *Гиперактивность* — неспособность сидеть на месте или сосредоточиться на задании, которая трансформируется в двигательное беспокойство и склонность к одновременному выполнению без завершения сразу нескольких дел. *Импульсивность* — трудность выделения приоритетов и пода-

вления немедленных ответных реакций на воздействие факторов окружения и постоянное создание конфликтов со сверстниками и учителями, что усугубляет нарушения в обучении. *Невнимательность* — неспособность подавить собственное поведенческое реагирование на менее значимые раздражители в семейных, учебных и социальных ситуациях.

Расстройство внимания, гиперактивность и импульсивность приводят к тому, что ребенок школьного возраста при нормальном или высоком интеллекте имеет нарушения навыков чтения и письма, не справляется со школьными заданиями и совершает много ошибок в заданиях. Ребенок становится источником беспокойства для окружающих, так как вмешивается в чужие разговоры и деятельность, берет чужие вещи, ведет себя непредсказуемо и избыточно реагирует на внешние раздражители. Он не способен предвидеть последствия своего поведения и не признает авторитетов, что приводит к антиобщественным поступкам. Наиболее часто асоциальное поведение наблюдается в подростковом периоде, когда у детей с СДВГ возрастают риски формирования стойких нарушений поведения и агрессивности. Подростки склонны к раннему началу курения и приему наркотических препаратов, у них

чаще наблюдаются черепно-мозговые травмы. Родители ребенка с этим синдромом иногда сами отличаются резкими сменами настроения и импульсивностью. Вспышки ярости, агрессивные действия и упрямое нежелание ребенка вести себя в соответствии с родительскими правилами могут приводить к неконтролируемой реакции со стороны родителей и физическому насилию. По мере того как нервная система созревает, гиперактивность и импульсивность становятся для индивида менее проблематичными, но невнимательность остается для многих взрослых проблемой и зачастую проявляется в виде нарушений стратегии использования времени.

Нарушения обучения делятся на следующие основные категории: нарушение чтения (дислексия), нарушение счета (дискалькулия), нарушение письма (дисграфия), а также проблемы с распознаванием символов и их расположением, незаменимых для правописания (дизортография).

Нарушения моторного умения ограничиваются преимущественно проблемами с развитием контроля грубой моторики (общая неловкость и неуклюжесть, препятствующие физической активности, требующей определенного уровня умений и подготовленности).

Коммуникативные нарушения при СДВГ делятся на следующие категории: нарушение экспрессивной речи, смешанное нарушение рецептивно-экспрессивной речи, нарушения фонации и заикание.

Эти состояния отмечаются примерно у 5—10% детей школьного возраста.

Сопутствующие (коморбидные) состояния при СДВГ могут включать нарушения: эмоционального контроля (дизритмия, депрессия, тревожность, панические нарушения); двигательного контроля (тики, синдром Туэтта, эпилепсия, нарушения сна); комфорта (мигрень, энурез, синдром раздраженного кишечника и др.); связанные с использованием интоксикантов (табака, алкоголя, наркотиков и др.); с деструктивным (разрушительным) поведением (оппозиционно-вызывающее, кондуктивные нарушения, антисоциальное поведение).

Диагностика СДВГ основана на международных критериях: манифестация до 8 лет; продолжительность не менее 6 месяцев в двух сферах деятельности ребенка (в школе и дома); значительный психологический дискомфорт и дезадаптация; симптомы не служат проявлениями общего расстройства развития, шизофрении и других нервно-психических расстройств.

Диагноз «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» ставят врачи, но коррекция проводится совместно с родителями, педагогами и психологами.

Дифференциальная диагностика СДВГ осуществляется с целью исключения ряда патологических и непатологических состояний: повреждений центральной нервной системы, инфекций (энцефалит, менингит), травм головы, церебральной гипоксии, отравлений свинцом, шизофрении, синдромов Геллера и Крамера—Поленова, сенсорной депривации, нарушения интеллекта и социальной дебильности.

Цель лечения СДВГ — нивелирование нарушений поведения и затруднений в учебе.

Лечение должно носить комплексный, мультимодальный характер с участием в реабилитационных программах врачей, психологов, социальных педагогов, родителей и учителей.

Лечебно-диагностические мероприятия для детей с СДВГ:

1-й этап — применение скрининг-тестов (в ДОО, при поступлении в школу, в поликлинике);

2-й этап — клиническое обследование педиатром всех выделенных на первом этапе детей в поликлинике;

3-й этап — обследование специалистами узкого профиля и специальные методы исследования;

4-й этап — медико-психологическая коррекция диагностического состояния.

Эти мероприятия проводятся работниками поликлиник или школьным врачом при приеме детей в 1 класс (март — апрель) и включают в себя опрос родителей путем анкетирования, изучение функциональной готовности организма ребенка и его «школьной зрелости».

Оценка анамнеза

Анамнез осуществляется на основе данных не менее двух независимых информаторов (используются вопросники для родителей и учителей). По истечении 1—2 месяцев после начала обучения необходимо провести анкетирование преподавателей для выявления у учащихся тех или иных черт поведения. Диагноз «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» ставится только при совпадении мнений как родителей, так и учителя, поскольку данные одного информатора часто ненадежны, родители не всегда объективны.

Клиническое обследование

Клиническое обследование проводится педиатром поликлиники и включает в себя:

— сбор анамнеза (в том числе и семейного) и изучение соци-

альных факторов риска развития СДВГ;

- обследование органов чувств и исследование речи;
- соматическое обследование с целью дифференцировки синдрома от других хронических заболеваний.

В настоящее время диагностика СДВГ основывается на клинических критериях и сборе анамнеза путем опроса и анкетирования родителей и учителей. При постановке диагноза должны быть подтверждены все три группы симптомов, в том числе не менее шести проявлений невнимательности, не менее трех — гиперактивности, одно — импульсивности. Приводим одну из анкет, помогающую протестировать ребенка с СДВГ.

Диагностика СДВГ

Невнимательность / дефицит внимания (не менее 6 признаков):

- ребенок не может внимательно следить за деталями;
- не способен удерживать внимание на заданиях или играх;
- не слушает, что ему говорят;
- не способен следовать инструкциям;
- не организован при выполнении заданий и деятельности;
- избегает заданий, требующих постоянных умственных усилий;

- теряет вещи, необходимые для выполнения заданий;
- легко отвлекается на внешние стимулы;
- забывчив в ходе повседневной деятельности.

Гиперактивность (не менее 3 признаков):

- ребенок часто беспокойно двигает руками, ногами или ерзает на месте;
- покидает свое место в ситуации, когда требуется сидеть;
- начинает бегать, когда это неуместно;
- неадекватно шумен в играх;
- проявляет чрезмерную моторную активность.

Импульсивность (не менее 1 признака):

- ребенок часто выпаливает ответы до того, как завершены вопросы;
- не способен дожидаться своей очереди в играх;
- часто прерывает разговор или вмешивается в беседы других;
- слишком много разговаривает без социальных ограничений.

Обследование специалистами и методы исследования

По результатам клинического осмотра ребенок с подозрением на СДВГ должен быть направлен к неврологу или психоневрологу для проведения следующих мероприятий:

- лабораторных и неврологических исследований, изучения функций периферических и черепно-мозговых нервов, двигательного аппарата и мозжечковых структур;
- исследования нарушений поведения и учебы;
- психологического обследования для выявления нарушений эмоционального поведенческого характера и трудностей в обучении;
- исследования специальными методами: электроэнцефалография для выявления диффузных неспецифических изменений (замедление основной активности в затылочной области, нестабильность и перемещение некоторых ритмов и другие «незрелые» изменения), биоакципитальных аномалий (усиленное проявление медленных волн, не соответствующее возрасту, регистрируемых в затылочных и височных областях), пиков и острых волн в затылочных областях. Эхоэнцефалография выявляет нарушения ликвородинамики и признаки внутричерепной гипертензии.

Медико-психологическая коррекция

Лечение СДВГ предполагает составление и реализацию педа-

гогической программы (когнитивно-поведенческий тренинг, воспитательные меры и др.); психотерапию ребенка и родителей; модификацию поведения двигательной активностью и применение нейропсихологической фармакотерапии.

В зависимости от степени выраженности болезни дети могут учиться в обычной школе, по индивидуальной программе, с постоянным контактом с учителем (им рекомендуется сидеть рядом с учителем). Обстановка должна быть спокойной, без раздражителей и отвлекающих предметов. Желательно, чтобы дома у ребенка была отдельная комната с преобладанием спокойных цветов в окраске стен и окружающих предметов. Его следует приучать к режиму: он должен ложиться спать и вставать в одно и то же время, иметь постоянные часы для игр, выполнения домашних заданий и т.д. Одно только соблюдение этих рекомендаций может оказать на гиперактивного ребенка благоприятное влияние. Дети с СДВГ нуждаются в высвобождении энергии, поэтому в их комплексном лечении необходимо использовать занятия спортом, ритмикой, танцами и подвижные немассовые игры. Наиболее благоприятны туризм, бег трусцой, плавание и лыжные прогулки. Участие в соревнованиях не рекомендуется.

Медикаментозная терапия СДВГ добавляется в схемы лечения при недостаточной эффективности поведенческой коррекции и наличии нарушений в основных сферах жизни ребенка. Согласно рекомендациям экспертной комиссии по СДВГ препаратами 1-го ряда при лечении синдрома выступают стимуляторы ЦНС: метилфенидат (риталин), декстроамфетамин (декседрин) и пемолин. Положительный эффект — уменьшение гиперактивности ребенка, импульсивности, увеличение концентрации внимания (что подтверждается результатами нейропсихических тестов) и улучшение двигательной координации. Эти медикаменты дают нейрофармакологический эффект, действуя на допамиnergические нейроны в ретикулярной формации головного мозга.

К препаратам 2-го ряда отнесены клонидин, гуанфацин, некоторые антидепрессанты, атомоксетин, ноотропы, некоторые витамины, препараты магния, железа, цинка, аминокислоты, нейрометаболические, седативные и сосудистые препараты, омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты. Лечение коморбидных состояний проводится в соответствии с ведущими проявлениями.

Атомоксетин (страттера) зарегистрирован в нашей стране в 2005 г. как препарат только для лечения СДВГ. Он прошел клинические испытания. Лечебный эффект атомоксетина основан на пре- и постсинаптической модуляции дофамина и норадреналина на рецепторном уровне. Страттера используется с 6-летнего возраста, выпускается в форме капсул (по 10, 18, 25, 40 и 60 мг). Рекомендуемая продолжительность лечения более 6 месяцев.

Лечение предполагает и диетотерапию. Назначается гипоаллергенная диета с исключением облигатных аллергенов, «низко-салицилатная» диета Файнгольда с исключением натуральных салицилатов (яблоки, абрикосы, вишня, ежевика, малина, клубника, крыжовник, виноград, цитрусовые, сливы и т.д.), но требуется коррекция потребления витамина С. Исключаются продукты с пищевыми добавками, ароматизаторами, красителями, сахаром и подсластителями (газированные напитки, чай, мороженое, маргарин, мучные изделия, конфеты, карамель, жевательная резинка, джемы, желе, копченые колбасы, сосиски и т.д.).

Применяется также витаминотерапия: поливитаминные комплексы с лецитином (участвует в переносе через био-

логические мембранны физиологически активных веществ и витаминов), аскорбиновой кислоты (влияет на реакции гидроксилирования); витамин В₁₂ и фолаты (влияют на реакции трансметилирования); витамин В₆ (влияет на поведенческие реакции).

Активно используется психотерапия: аутогенная тренировка, гипноз, самогипноз, медитация, визуализация, телесно-ориентированная терапия и др.

Литература

1. Студеникин В.М., Балканская С.В., Шелковский В.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей: диагностика и лечение // Лечащий врач. 2010. № 1.
2. Таранушенко Т.Е., Кустова Т.В., Салмина А.Б. Синдромом дефицита внимания и гиперактивности у детей // Российский педиатрический журнал. 2013. № 2.
3. Юткина О.С., Карепова Г.В. Факторы риска развития перинатальной энцефалопатии у детей первого года жизни // Амурский медицинский журнал. 2013. № 2.
4. Юткина О.С., Фомина А.Г. и др. Анализ факторов риска развития перинатальной энцефалопатии у детей первого года жизни по данным ДГКБ г. Благовещенска // Мат-лы науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы педиатрии». Благовещенск, 2014.

Вакцинация часто болеющих детей

Шамраева В.В.,

канд. мед. наук, доцент кафедры педиатрии ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Благовещенск Амурской обл.

Дети, которые начинают посещать ДОО, начинают чаще болеть. Таково мнение многих родителей и педиатров. По большому счету так и есть. У ребенка начинается период адаптации не только к новой обстановке, новым людям, правилам, продуктам и пр., но и к новым бактериальным агентам, носителями которых может быть любой человек. Незрелая иммунная система малыша (становление которой окончательно формируется только к 7 годам) «знакомится» с бактериями, вирусами, внутриклеточными микроорганизмами, которые проникают прежде всего через дыхательные пути, и реагирует на эту «встречу» развитием воспаления.

Самая неблагоприятная «встреча» с вирусной инфекцией для детей младшего возраста — грипп, одна из тяжелых форм ОРВИ. К сожалению, в детском организме нет надежного механизма защиты от этой инфекции, ведь, как было сказано, он еще только формируется. Малыши всег-

да тяжело переносят грипп: это высокая лихорадка (до 40 °C), сопровождающаяся ознобом, ломотой в теле, выраженной интоксикацией, вплоть до нейротоксикоза, катаральными явлениями. Еще большую опасность представляют осложнения после гриппа, самое частое и опасное из которых — развитие пневмонии. Кроме того, высока вероятность развития у переболевшего гриппом ребенка бронхитов, патологии ЛОР-органов и др.

Как защитить своего ребенка от инфекции? На сегодняшний день ответ один — вакцинация, которая предотвращает заболевание у 80% взрослых и детей. Согласно исследованиям прививки против гриппа не только снижают заболеваемость гриппом, но и сокращают частоту вирусных респираторных заболеваний другой этиологии. Гриппозные вакцины — сильные индукторы синтеза интерферона, поэтому их введение может способствовать неспецифической профилактике и других респираторных

вирусных заболеваний за счет подъема уровня интерферона.

Национальный календарь профилактических прививок (утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г.) [3] предусматривает прививки против гриппа детям с 6 мес. Эта практика существует с 2002 г.

Для вакцинации детей против гриппа разрешены живые и инактивированные гриппозные вакцины. Для часто болеющих детей (ЧБД) предпочтительнее использовать **инактивированные гриппозные субъединичные и сплит-вакцины**, различающиеся между собой по степени очистки. Основные требования к ним: высокая безопасность, иммуногенность, профилактическая эффективность, отсутствие консервантов.

Такой вакциной отечественного производства служит тривалентная полимер-субъединичная вакцина «Гриппол плюс». Она отличается высоким профилем безопасности, соответствует международным требованиям по эффективности для гриппозных вакцин, не содержит консервантов, выпускается в удобной, готовой к применению упаковке — шприц-дозе и применяется для массовой иммунизации детей с 6 мес. против гриппа. Препарат «Гриппол плюс» содержит водо-

растворимый иммуноадьювант полиоксидоний, введение которого в состав вакцины позволило в 3 раза снизить содержание вирусных антигенов по сравнению с зарубежными аналогами [5].

Наиболее эффективна вакцинация в тех случаях, когда она проводится планово в осенние месяцы, до начала подъема заболеваемости респираторными инфекциями.

В 2012—2013 гг. ученые Москвы и Санкт-Петербурга провели исследования с целью оценки безопасности и эффективности вакцины «Гриппол плюс» при сочетанной иммунизации с вакцинами Национального календаря профилактических прививок у детей с хроническими соматическими заболеваниями [6]. В результате было выявлено следующее:

— вакцина «Гриппол плюс» обладает низкой реактогенностью, высокой безопасностью и может вводиться сочетанно с вакцинами Национального календаря прививок вне зависимости от соматической патологии ребенка. Местные и общие реакции возникают в единичных случаях;

— сочетанная вакцинация «Гриппол плюс» у детей с иммунодефицитными состояниями не влияет на динамику синтеза (сепропротекцию, сероконверсию)

дифтерийных, паротитных и краснушных антител, но снижет синтез коревых антител.

Таким образом, вакцинацию ЧБД против кори и против гриппа лучше проводить в различные дни.

Что делать, если ребенок регулярно болеет, и врач постоянно дает медицинский отвод от прививок? Надо ли прививать такого ребенка от инфекций, которые включены в Национальный календарь прививок? Ответ однозначный — да, и в полном объеме. Действительно, во время острого заболевания или обострения хронического педиатр не даст разрешения на прививку, а отложит ее проведение не более чем на две недели после нормализации температуры. Когда инфекция протекает в легкой форме, можно назначить вакцинацию через неделю и при необходимости — сразу после острого периода, а в ряде случаев (по эпидемиологическим показаниям) ее можно проводить на фоне нетяжелых ОРЗ с нормальной или субфебрильной температурой. Не следует ожидать «полного» выздоровления от перенесенных ОРВИ, так как этот «светлый» промежуток может не наступить в ожидаемые мамой дни, а время, отведенное на вакцинацию, будет упущено и ожидание повторится.

Впервые в Национальном календаре предусмотрены плановая вакцинация детей против **пневмококковой инфекции** и против **гемофильной инфекции** (детям из групп риска).

Пневмококк — один из самых опасных возбудителей болезней у маленьких детей. Ежегодно более 700 тыс. детей в России заболевают пневмококковыми отитами, около 39 тыс. переносят пневмококковую пневмонию и более 3 тыс. страдают от пневмококковой бактериемии (более 10% неонатального сепсиса приходится на пневмококковую инфекцию) [2]. Пневмококк вызывает также не менее серьезные инфекции: гнойный менингит, эндокардит, артрит. Он остается смертельно опасной инфекцией.

Вакцинация проводится вакциной «Превенар 13», которая содержит очищенные полисахариды пневмококков 13 серотипов, индивидуально коньюгированные с дифтерийным белком-носителем CRM197 и адсорбированные на алюминия фосфате [9].

Сроки вакцинации — 2 и 4,5 мес. Ревакцинация проводится в 15 мес.

Если ребенок не был привит в указанные сроки, вакцинация осуществляется по следующей схеме:

— детям в возрасте от 7 до 11 мес. по схеме 2 + 1 ревакци-

нация: 2 дозы с интервалом не менее 1 мес., 3-ю дозу рекомендуется вводить на втором году жизни;

— детям в возрасте от 12 до 23 мес. двукратно: 2 дозы с интервалами между введениями не менее 2 мес.;

— детям в возрасте от 2 до 5 лет однократно: 1 доза.

Кроме указанной вакцины, уже много лет используется препарат «Пневмо 23» — вакцина, защищающая от 23 наиболее распространенных типов пневмококков и заболеваний, которые они вызывают. Рекомендовано однократное ее применение с двухлетнего возраста. Исследования показали, что возможно сочетанное использование этих вакцин с вакцинацией против гриппа [9].

«Заявлять, что детей не нужно прививать от пневмококка, могут только вопиющие непрофессионалы, — уверен главный эпидемиолог России, академик Н.И. Брико. — Календарь прививок нуждается в постоянном расширении, очень здорово, что вакцина против пневмококка туда попала. Хорошо бы, чтобы детей прививали еще и от ветряной оспы, ротавируса и папилломавирусной инфекции» [4].

Не все знают о **гемофильной инфекции**. Некоторых детей, которые «узнали» о ней, уже нет в

живых, слишком серьезны ее последствия. Гемофильная инфекция типа b-Hib (ХИБ-инфекция) до сих пор каждый год поражает почти 3 млн детей в мире, вызывая такие тяжелые гнойные болезни, как менингит, пневмония, сепсис, а также некоторые формы отитов, артритов. И около 386 тыс. случаев ХИБ-инфекции заканчиваются летально.

ХИБ-инфекция передается в основном воздушно-капельным путем. Чаще всего заболевают дети от полугода до 5 лет.

У ХИБ-инфекции есть несколько особенностей. Первая — она может присутствовать в организме и до поры до времени не вызывать болезнь. Считается, что от 5 до 15% детей и взрослых выступают ее носителями, в их носоглотке гемофильная палочка живет, может передаваться другим людям, но сами носители остаются здоровыми. Детей среди носителей больше, чем взрослых, — до 25%. Стоит защитным силам организма ослабить (усталость, заболевание), как инфекция проникает вглубь и вызывает болезнь.

Вторая особенность заключается в том, что бактерия служит причиной не одного, а нескольких различных заболеваний. Самое тяжелое из них — менингит, воспаление оболочек мозга. В России ХИБ-инфекция вызы-

вает примерно половину гнойных бактериальных менингитов у детей до 5 лет. По данным эпидемиологов, ежегодно в России ХИБ-менингитом заболевают от 300 до 1200 детей в возрасте от полугода до 2 лет. А самое частое заболевание, связанное ХИБ-инфекцией, — пневмония. Воспаление легких, вызванное гемофильной палочкой, фиксируется до 10 тыс. раз в год. От заболеваний, вызванных гемофильной палочкой, умирает около 80 человек в год.

Третья особенность — ХИБ-инфекция, как и многие болезни, спровоцированные бактериями, плохо поддается лечению антибиотиками. Бактерии приспосабливаются к ним и приобретают устойчивость быстрее, чем люди изобретают новые препараты [1; 2].

Директор НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения НЦЗД РАМН, д-р мед. наук, профессор Л.С. Намазова-Баранова считает, что единственный действенный способ борьбы с гемофильной палочкой — вакцинация. Если на карте мира закрасить страны, где прививка от ХИБ-инфекции внесена в Национальный календарь прививок и считается обязательной, окрашенными окажутся Северная и Южная Америка, Европа, Австралия и половина

Африки. Вакцинация всех детей от этой инфекции практикуется уже в 134 странах мира [4]. К счастью, Россия также входит в этот список.

Вакцинация проводится в 3 мес., 4,5 и 6 мес., ревакцинация — в 18 мес.

В России зарегистрирована и применяется такая вакцина против ХИБ-инфекции, как «Хиберикс» (производитель «ГлаксоСмитКляйн», Бельгия). Одна доза Хиберикс содержит очищенный капсулный полисахарид (PRP) Hib (*Haemophilus influenzae type B*), коньюгированный со столбнячным анатоксином 10 мкг [9].

Если ребенок по каким-то причинам не был привит в указанные сроки, то используется следующая схема вакцинации:

— дети в возрасте 6—12 мес.: в начале вакцинации после 6-месячного возраста курс состоит из 2 прививок с интервалом 1 мес. Ревакцинацию проводят однократно на втором году жизни. Вакцина Хиберикс может вводиться одновременно с вакцинацией против полиомиелита, коклюша, дифтерии, столбняка, кори, паротита и краснухи;

— дети в возрасте 1 года — 5 лет: после 1 года жизни ребенка вакцину вводят однократно;

— дети старше 5 лет: обычно не нуждаются в вакцинации про-

тив Хиб-инфекции. Некоторым дошкольникам старше 5 лет и взрослым при определенных условиях (серповидно-клеточная анемия, ВИЧ/СПИД, удаление селезенки, трансплантация костного мозга или прохождение курса лечения онкологического заболевания лекарственными препаратами) показана вакцинация.

Кроме того, привиться против этой инфекции можно вакцинами «Акт-ХИБ» (полисахаридная кьюютированная вакцина против ХИБ-инфекции; производитель «Санофи Пастер», Франция). Она состоит из капсулного полисахаридного антигена гемофильтной палочки, ковалентно связанного со столбнячным анатоксином для того, чтобы этот антиген мог сформировать иммунитет даже у грудных детей [9].

Используется также комплексная вакцина «Пентаксим» (производитель «Санофи Пастер», Франция). Ее одномоментно прививают против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита и инвазивной инфекции, вызываемой *Haemophilus influenzae* тип *b* [9].

Укол младенцам делают в бедро, а детям после 2 лет — в верхнюю часть плеча. Не следует покупать вакцину в аптеке, для нее существуют определенные условия хранения, которые вы можете не знать. Лучше вос-

пользоваться вакциной того медицинского учреждения, где вы будете прививаться.

При применении комбинированных вакцин может не понадобиться дополнительных уколов, ведь сроки вакцинации и ревакцинации против названных инфекций совпадают. Кроме того, для ЧБД рекомендуется сочетанное применение вакцин еще и по той причине, чтобы «успеть вовремя». Однако не следует отказываться от моновакцин, поскольку только врач решает, можно ли ребенку на данный момент осуществлять специфическую профилактику всех инфекций сразу.

Кто относится к группам риска по развитию гемофильтной инфекции? Согласно Национальному календарю профилактических прививок это дети с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания гемофильтной инфекции; с онкогематологическими заболеваниями и/или длительно получающие иммуносупрессивную терапию; ВИЧ-инфицированные или рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей; находящиеся в закрытых ДОО (дома ребенка, детские дома, специализированные интернаты для детей с психоневрологическими

заболеваниями и др., противотуберкулезные санитарно-оздоровительные учреждения). Как видно, в первую очередь названы дети с иммунодефицитными состояниями, а часто и длительно болеющему ребенку, как правило, ставят диагноз «вторичный неуточненный иммунодефицит».

Вакцины «Пневмо-23», «Превенар-13», «Акт-хаб» и «Хибerrick», помимо создания иммунной восприимчивости к данным возбудителям, оказывают иммуностимулирующее действие, что сокращает частоту ОРЗ. Иммунизация ЧБД этими вакцинами, разрешенными для использования у детей, может существенно уменьшить частоту не только стрептококковой и гемофильной инфекций, но и респираторных вирусных инфекций.

Конечно же, мамы боятся побочных реакций, которые могут случиться после любой прививки. Вроде ребенок был весел и здоров, а мы сделали так, что у него поднялась температура, покраснело и болит место укола. Совершенно нейтральных вакцин нет. Введение любой из них может привести к побочной реакции. Иммунитет ребенка к инфекции, которая вызывает болезнь, от этого не станет хуже, а некоторые специалисты считают, что он станет даже активнее. Лучше уж пережить по-

вышение температуры на один день и капризы малыша, у которого чешется место укола, чем наблюдать, как он страдает от пневмонии или менингита. Кстати, вакцина от ХИБ-инфекции реже всего вызывает какие-либо реакции.

Есть еще одна особенность вакцинации ЧБД. Это применение вакцины «под прикрытием», когда ребенок для профилактики развития общих или местных поствакцинальных реакций получает накануне прививки и после нее иммуномодуляторы. Применение препаратов неудивительно, так как большинство ЧБД уже получают их по назначению врача-иммунолога или педиатра. В большинстве своем это растительные адаптогены, иммуномодуляторы интерфероногены, препараты на основе лизатов бактерий, которые чаще всего вызывают острые респираторные заболевания у детей.

Научные исследования подтвердили, что применение иммуномодуляторов перед прививками у ЧБД обеспечивает более гладкое течение поствакцинального периода и более интенсивное антителообразование. Так, ученые из Санкт-Петербурга использовали иммунотропный препарат «Рибомунил» с целью оценить эффективность его применения для профилактики осложненно-

го течения и стимуляции синтеза специфических противокоревых антител при вакцинации ЧБД и детей с аллергическими заболеваниями в анамнезе [8]. В результате авторы пришли к следующим выводам.

1. Дети, длительно и часто болеющие, хроническими, в том числе аллергическими, заболеваниями достоверно чаще имеют осложненное течение коревого вакцинального процесса и замедленное (на ранних этапах) специфическое антителообразование по сравнению со здоровыми.

2. «Рибомунил» предупреждает наслаждение интеркуррентных инфекций на протяжении месяца после прививки и обеспечивает ЧБД гладкое течение поствакцинального периода при коревой вакцинации, такое же, как и у здоровых детей.

3. «Рибомунил» способствует быстрой и интенсивной выработке противокоревых антител уже с 7-го дня после вакцинации. К 30-му дню после прививки все дети, привитые «Рибомунилом», имеют защитные титры противокоревых антител, а среднегеометрическая величина титров у них выше, чем у здоровых.

4. «Рибомунил» стимулирует продукцию цитокинов ФНО- α , ИЛ-1 β , ИФН- γ , ИЛ-4. Это нормализует активность иммунных реакций Th1 и Th2 типа на ран-

них сроках после прививки, что приводит к раннему и интенсивному специальному антителообразованию и предупреждает наслаждение интеркуррентных заболеваний.

Поэтому применение иммуномодулирующей терапии при вакцинации ЧБД вполне оправданно.

Подводя итог, следует сказать, что родители решают, прививать или не прививать своего ребенка и себя. Нужно помнить, что отказ от прививок нарушает право ребенка на жизнь и здоровье (Венская декларация, 1993, Всемирная медицинская ассамблея, 1998) и ведет к определенным ограничениям индивидуальной свободы в интересах охраны здоровья всего населения.

Литература

1. Коньюгированная пневмококковая вакцина для иммунизации детей — рекомендации ВОЗ // Педиатрическая фармакология. 2007. № 4(5).
2. Намазова Л.С. и др. Изучение эффективности и безопасности вакцинации против гемофильной инфекции типа b у детей раннего возраста // Педиатрическая фармакология. 2008. № 5(5).
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 21 марта 2014 г. № 125н «Об утверждении Национального календаря

- профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» // Российская газета. Федеральный выпуск № 6381. 2014. 16 мая.
4. Самая важная прививка: зачем вакцинироваться от ХИБ-инфекции // Аргументы и факты. 2010. 24 июня.
5. Сенцова Т.Б., Балаболкин И.И., Булгакова Л.А. и др. Острые респираторные вирусные инфекции и их профилактика у детей с атопическими болезнями // Вопросы современной педиатрии. 2003. Т. 2. № 3.
6. Харит С.М., Рулева А.А., Голева О.В. и др. Результаты исследования уровней специфических антител на сочетанное введение вакцин против гриппа, кори, краснухи и паротита и АДС-М у детей хроническими соматическими заболеваниями // Детские инфекции. 2014. № 3.
7. Харит С.М. и др. Использование рибомунила при вакцинации часто болеющих детей // Трудный пациент. 2007. № 4.
8. Эксперт: значимость прививки от пневмококка огромна // Аргументы и факты. 2015. 2 февраля.
9. www.privivka.spb.ru

Профилактика артериальной гипертензии у детей

Шанова О.В.,

канд. мед. наук, ассистент кафедры детских болезней
ГБОУ ВПО «Амурская государственная академия
Минздрава России», г. Благовещенск Амурской обл.

Артериальная гипертензия (АГ) — одно из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний, в настоящее время представляя собой медико-социальную проблему. Огромное значение для практики имеет раннее выявление, лечение и особенно профилактика АГ у детей, в основу которых

положена концепция единых факторов риска (ФР) [1; 2]. Выделение комплекса факторов, способствующих развитию сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и АГ — одно из достижений современной кардиологии. Концепция факторов риска сложилась в результате обобщения данных крупномас-

штабных проспективных эпидемиологических исследований и стала основой профилактики сердечно-сосудистой патологии.

Частота АГ в популяции зависит от распространенности и интенсивности воздействия ФР, которые условно можно разделить на врожденные, немоделируемые и потенциально устранимые. ФР, устранимые при хорошем комплémentе (приверженности лечению) врача и пациента, имеют наибольшее значение для профилактики АГ. К ним относятся избыточная масса тела, низкая физическая активность, злоупотребление поваренной солью, пассивное курение, стрессы, хронические отрицательные эмоции и др.

Ведущие внешние ФР развития АГ — недостаток физической активности и избыточная масса тела. Существует мнение, что **ожирение**, возникшее в детском возрасте, служит метаболическим фундаментом сердечно-сосудистых заболеваний у взрослых. Критическими периодами для дебюта ожирения являются первый год жизни, возраст 5—6 лет и период полового созревания. В целом, по данным отечественных исследователей, распространность избыточной массы тела у детей в разных регионах России колеблется от 5,5 до 11,8%. Механизмы, обусловливающие взаимосвязь АГ и ожирения, слож-

ны и многофакторны. Ожирение ассоциировано с эндотелиальной дисфункцией, дислипидемией, нарушением толерантности к глюкозе, микроальбуминурией, повышением уровня маркеров воспаления, ремоделированием сосудов, гипертрофией миокарда левого желудочка, т.е. практически со всеми факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и поражением органов-мишеней при АГ.

Особенно неблагоприятная форма ожирения — абдоминальное ожирение, часто сопровождающееся инсулинорезистентностью в варианте метаболического синдрома. При наличии абдоминального ожирения повышаются активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и уровень ангиотензина II, что, в свою очередь, усиливает стимуляцию рецепторов первого типа, ответственных за возникновение вазоконстрикции, повышение симпатической активности, увеличение выработки вазопрессина, задержки натрия. Все эти эффекты играют существенную роль в росте АД и возникновении АГ. Патофизиологической основой возникновения ожирения служит несоответствие между энергетическими потребностями организма и поступающей энергией.

Диагностика ожирения в детском возрасте имеет свои осо-

бенности. Как и у взрослых, для выявления ожирения у дошкольников используется индекс массы тела (ИМТ), однако его необходимо сопоставлять с возрастом и полом конкретного пациента. Индекс массы тела (индекс Кетле) — отношение массы тела (в килограммах) к квадрату роста (в метрах). Значения индекса Кетле тесно коррелируют с общим содержанием жира в организме. Для диагностики избыточной массы тела и ожирения можно использовать таблицы со значениями ИМТ у детей и подростков в возрасте от 2 до 18 лет, соответствующих критериям избыточной массы тела ($25 \text{ кг}/\text{м}^2$) и ожирения ($30 \text{ кг}/\text{м}^2$). В соответствии с международными рекомендациями масса тела от 85-го до 95-го процентиля кривой распределения ИМТ для соответствующего возраста и пола оценивается как избыточная, выше 95-го процентиля — как ожирение. ИМТ больше 35 свидетельствует о тяжелом (морбидном) ожирении у детей и подростков. Оценка ожирения с использованием ИМТ может быть ошибочной у атлетически сложенных детей, но в целом оценка массы тела с помощью ИМТ высоконадежна.

В современном мире, где широко используются компьютерные технологии, население освобождено от достаточного физиче-

ского труда. Термин «физическая активность» подразумевает любую работу, совершаемую скелетной мускулатурой, приводящую к затрате энергии сверх уровня, характерного для состояния покоя. О роли физической активности, одного из неотъемлемых компонентов здорового образа жизни, упоминается во всех документах, касающихся АГ. Во многих исследованиях доказана прямая зависимость между снижением физической активности и повышением уровня артериального давления [3]. Малоподвижный образ жизни служит дополнительным и очень мощным фактором, способствующим чрезмерной активации симпатоадреналовой системы и системы ренин — ангиотензин. Значение физических нагрузок состоит еще и в том, что снижается уровень влияния других ФР — положительного баланса натрия, избыточной массы тела, дислипопротеидемии, гипергликемии.

Регулярная физическая нагрузка приводит к выраженному снижению АД у пациентов, ведущих «сидячий» образ жизни. Однако любое перенапряжение как при активной физической деятельности, так и при малоподвижном образе жизни чревато ростом АД. Первое компенсируется своеобразной тренировкой сердечно-сосудистой системы, а условия физического покоя могут привести к расстрой-

ству способности системы кровообращения к адаптации.

Физическая активность включает в себя организованную (структурированную) физическую активность (например, занятия физическими упражнениями в ДОО) и неорганизованную, или привычную, двигательную активность, часть повседневной жизни (например, ходьба по дороге в детский сад и домой или игра с собакой во дворе).

Величина физической активности (объем физической нагрузки) количественно описывается понятиями «тип», «интенсивность», «длительность» и «частота».

Тип — определенный вид физической активности. Физическая активность детей подразделяется на три типа: аэробную, укрепляющую мышцы и костную систему. Каждый тип имеет важные преимущества для здоровья.

При *аэробной физической активности* отмечается ритмическое сокращение мышц в течение длительного времени, что сопровождается усилением обмена веществ и значительным учащением пульса (бег, танцы, прыжки через скакалку, плавание, езда на велосипеде). Регулярная аэробная физическая активность оказывает тренирующее воздействие на сердечно-сосудистую и дыхательную системы.

Физическая активность, развивающая и укрепляющая мышечную силу, способствует улучшению общей физической подготовленности, успешному развитию других физических качеств. Применяются упражнения с повышенным сопротивлением, направленные на преодоление тяжести различных предметов, противодействия партнера, веса собственного тела, а также тренажерных устройств.

Физическая активность, укрепляющая костную систему, особенно важна для детей, поскольку наибольший прирост костной массы происходит до начала периода полового созревания. Пик ее накопления приходится на окончание пубертатного периода. Бег, прыжки через скакалку, баскетбол, теннис и «классики» — все это примеры физической активности для укрепления костной ткани.

Интенсивность — величина усилий, необходимых для осуществления какого-либо вида активности или физических упражнений. Физическая активность может иметь различную интенсивность, в зависимости от прилагаемых усилий (легкая, умеренная, высокоинтенсивная).

Физическая активность умеренной интенсивности приводит к учащению пульса, ощущению тепла и небольшой одышке. Ее

примеры — быстрая ходьба, езда на велосипеде или танцы и т.д.

Физическая активность высокой интенсивности вызывает усиленное потоотделение и резкое учащение дыхания. Речь обычно идет о занятиях спортом или целенаправленных физических упражнениях, таких, например, как бег, прыжки со скакалкой, баскетбол, плавание на дистанцию или аэробные танцы (аэробика).

Продолжительность — промежуток времени, в течение которого выполняется физическая нагрузка. Как правило, она выражается в минутах. Продолжительность нагрузки находится в обратной зависимости от ее интенсивности.

Частота, или кратность физических нагрузок, — число занятий физической активностью или физическими упражнениями. Как правило, она выражается в сеансах, сериях или количестве занятий в неделю. Минимальная эффективная кратность — занятия, проводимые 3 раза в неделю.

Потребление поваренной соли — один из основных экзогенных факторов, влияющих на уровень артериального давления. В популяциях, где в пищу употребляют меньше соли, отмечают менее значительное повышение уровня АД с возрастом и более низкие его средние показатели. Эпидемиологические исследо-

вания подтвердили зависимость развития АГ от солевого режима. Высказано предположение, что гипертоническая болезнь — расплата человечества за чрезмерное употребление поваренной соли, которую почки не в состоянии вывести. Регуляторные системы организма повышают системное АД, чтобы за счет роста давления в почечных артериях увеличить экскрецию ионов натрия, потребляемых с пищей в чрезмерных количествах. Чувствительность к солевой нагрузке относится к генетически детерминированным признакам. Известна связь АГ с метаболизмом натрия. Повышенный уровень внутриклеточного натрия отражает высокий риск развития АГ.

Исследования показали, что формирование факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и АГ, начинается в детском возрасте. Это создает предпосылки для начала профилактики сердечно-сосудистых заболеваний именно в этом возрасте, ведь раннее начало профилактики, когда еще нет ФР или только идет их формирование и проявления заболевания носят нестойкий характер, представляется наиболее перспективным.

В зависимости от того, на каком этапе проводится профилактика АГ, она условно делится на первичную и вторичную.

При *первичной профилактике* заболевания еще нет, и осуществляется система мероприятий по его предотвращению путем воздействия на ФР его возникновения. *Вторичная профилактика* — комплекс мер по предотвращению обострений заболеваний и их осложнений. Ее можно подразделить на немедикаментозную, медикаментозную и смешанную (сочетание немедикаментозной и медикаментозной).

Борьба с избытком массы тела у детей не менее трудна, чем у взрослых, поэтому важна профилактика ожирения. Суточный рацион дошкольников должен содержать все необходимые незаменимые и заменимые пищевые вещества в количествах, соответствующих физиологической потребности детей и подростков. Предпочтение следует отдавать молоку и молочным продуктам с низким содержанием жира, что позволяет восполнить потребности в белках и кальции, избежав при этом чрезмерной калорийности. Питание должно включать разнообразные овощи и фрукты, которые служат источниками витаминов, минеральных веществ, крахмалсодержащих углеводов, органических кислот и пищевых волокон. Потребление овощей должно превышать потребление фруктов приблизительно в 2 раза. Антиоксиданты, содержащиеся в

овощах и фруктах, помогают защитить организм от повреждающего действия свободных радикалов. Бобовые, арахис, хлеб, зеленые овощи, такие как шпинат, брюссельская капуста и брокколи, служат источниками фолиевой кислоты. Источники железа — листовая зелень семейства капустных (брокколи, шпинат).

Пищевые жиры должны включать не менее 30% растительных масел, в качестве которых целесообразно использовать подсолнечное и кукурузное масла как источники омега-6 полиненасыщенных жирных кислот и соевое масло как источник омега-3 полиненасыщенных жирных кислот.

Важным источником омега-3 полиненасыщенных жирных кислот служит рыба (сельдь, горбуша, форель, лосось), которую нужно включать в рацион питания детей. Рационы должны предусматривать сбалансированное количество двух основных классов углеводов: полисахаридов и сахаров, а также достаточное количество неперевариваемых полисахаридов (пищевых волокон). Это может быть достигнуто за счет включения в рацион достаточного количества хлеба и хлебобулочных изделий, круп, макарон и ограничения сахара и сладких блюд. Содержание сахаров в рационе не должно быть выше 40—50 г, а кондитерских изделий 20—

25 г/сут. Источниками пищевых волокон служат хлеб, особенно из цельного зерна, крупы (гречневая и овсяная), фрукты и сухофрукты, овощи. Блюда должны быть отварными и тушенными, следует избегать обжаривания.

Профилактика АГ включает ограничение поваренной соли, физиологическая потребность в которой составляет не более 5 г/сут. С этой целью блюда следует готовить без добавления соли, не подсаливать пищу за столом, ограничивать использование в питании продуктов и блюд промышленного производства с высоким содержанием соли (мясные и рыбные консервы, сыры, колбасы, мясные и рыбные деликатесы).

Для приведения в соответствие поступления и потребления калорий следует вести пищевой дневник, в котором фиксируются все продукты, их количество, время приема пищи. Энергетическая ценность рациона питания должна соответствовать фактическим энерготратам ребенка, критерием чего может служить динамика его физического развития. Важный способ оптимизации энергетической ценности рациона — обеспечение необходимых массы и объема блюд в соответствии с возрастными нормами.

Педиатры должны обязательно измерять основные антропометрические параметры (масса

тела, рост, окружность талии), определять ИМТ, выявлять избыточную массу тела, ожирение, в том числе абдоминальное (минимум 2 раза в год). Кроме того, детей с избыточной массой тела необходимо направлять к специалистам (эндокринолог, диетолог, психолог, психотерапевт, кинезиотерапевт, врач ЛФК).

Очень важны воспитательные меры, поскольку ожирение оказывает отрицательное влияние на психологический статус ребенка. Дети с ожирением часто ощущают скованность, неполноту, у них может развиться депрессия. Если, несмотря на все усилия, ребенок не может похудеть, не следует сразу обвинять его или родителей в несоблюдении режима и диеты, рекомендуется терпеливо продолжать профилактическую работу, составлять новые планы и проводить различные мероприятия.

Борьба с гиподинамией — важный компонент профилактики как ожирения, так и АГ [4]. Регулярные физические тренировки повышают уровень оксигенации крови, увеличивают адаптационные возможности сердечно-сосудистой системы, оказывают большее положительное действие, чем на взрослых, способствуя благоприятному развитию сердечно-сосудистой системы. Физическая активность — одно из

наиболее эффективных средств борьбы с избыточной массой тела и профилактики АГ. Физические тренировки способствуют повышению содержания холестерина в липопротеидах высокой плотности (антиатерогенная фракция).

Согласно методическим рекомендациям «Гигиеническая норма двигательной активности детей и подростков 5—18 лет» норма организованной двигательной активности составляет: для девочек 4—9 ч, для мальчиков — 7—12 ч в неделю. Большую часть ежедневной физической активности должна приходиться на аэробную физическую активность. Физические нагрузки высокой интенсивности (упражнения, развивающие и поддерживающие мышечную силу и укрепляющие костную систему) необходимо выполнять не менее 3 раз в неделю. Рекомендуются ежедневные аэробные нагрузки продолжительностью от 30 до 60 мин. Предпочтительнее динамические виды физической нагрузки: ходьба, занятия плаванием, ритмической гимнастикой, езда на велосипеде, катание на коньках, лыжах, танцы. В то же время детям с артериальной гипертензией противопоказаны статические нагрузки: поднятие тяжестей, различные виды борьбы.

Нужно сокращать неактивное время, затрачиваемое на

просмотр телепередач, компьютерные игры и «прогулки» по Интернету. АГ у большинства пациентов можно предотвратить, исключив внешние ФР (гиподинамию, избыточную массу тела). Для этого следует внедрять в качестве общепринятых норм поведения важнейшие составляющие здорового образа жизни. Внутренние ФР развития АГ (гиперурикемия, чрезмерное снижение суточного индекса АД, особенности личности) устраниить сложно, но при длительной и планомерной профилактической работе их можно нивелировать, в том числе с помощью психопрофилактики и психогигиены (реакция ребенка на стресс), поддержания в семье здоровых привычек.

Литература

1. Балыкова Л.А., Солдатов О.М., Корнилова Т.И. и др. Факторы риска артериальной гипертензии у детей и подростков и возможности их коррекции // Детские болезни сердца и сосудов. 2006. № 2.
2. Кельцев В.А. Артериальная гипертензия у детей и подростков (клиника, диагностика, лечение, профилактика). М., 2013.
3. Кобалава Ж.Д., Гудков К.М. Секреты артериальной гипертонии: ответы на ваши вопросы. М., 2004.
4. Рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте. М., 2012.

ОПАСНЫЕ СИМПТОМЫ: ВАЖНО ЗНАТЬ

Женщины не всегда обращают внимание на симптомы рака репродуктивных органов, считают эксперты из Университета Техаса. По их мнению, первые проявления онкологических заболеваний половой сферы часто принимаются за другие заболевания.

Как говорят исследователи, своевременная диагностика позволяет эффективно лечить рак половых органов. Однако чтобы поставить диагноз как можно раньше, женщины должны внимательно следить за своим здоровьем. Ученые выделили десять настораживающих признаков, которые должны стать поводом для срочного визита к гинекологу. Особенно внимательными к следующим симптомам должны быть женщины, достигшие возраста менопаузы:

- опухающие без причин ноги. По мнению исследователей, при наличии болезненных ощущений в малом тазу или появлении выделений из половых органов этот симптом может быть признаком рака шейки матки;
 - аномальные кровотечения. По данным исследований, межменструальные кровотечения или кровянистые выделения во время менопаузы проявлялись у 90% женщин с диагнозом «рак эндометрия»;
 - необъяснимая потеря веса. Потеря более 4 кг без изменения рациона питания или физических нагрузок — причина обращения к врачу;
 - выделения из влагалища. Обычно темные пахучие выделения сигнализируют о наличии инфекции. Иногда они свидетельствуют о развитии рака шейки матки или эндометрия;
 - постоянное ощущение давления в районе мочевого пузыря. Этот симптом может быть признаком роста опухоли;
 - неожиданная потеря веса — признак развития рака яичников;
 - тянувшие боли в районе живота, и постоянное его вздутие;
 - непроходящая усталость;
 - тошнота в течение длительного времени.
- Ученые отмечают, что один или даже несколько таких симптомов еще не означают, что у вас рак, но если они продолжаются две недели и более, стоит обратиться к врачу. В конце концов, лучше сделать это, чем потом сожалеть.

Сущность и особенности методики Марии Монтессори

Арутюнян К.А.,

канд. мед. наук, ассистент кафедры детских болезней ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Благовещенск Амурской обл.

Мария Монтессори (1870—1952) — выдающийся психиатр, психолог и религиозный философ — создала блестящее педагогическое учение. Как подчеркивают исследователи, оно оказалось в XX в. «негаданным метеоритом среди рассчитанных светил» и продолжает свое триумфальное шествие в современном мире [1; 4; 6].

Изучая поведение детей, М. Монтессори пришла к мысли, что психическое отставание — больше педагогическая проблема, нежели медицинская. Она разработала свою методику реабилитации детей с нарушениями развития.

М. Монтессори была убеждена в том, что практически любой ребенок является полноценным человеком, способным проявить себя в активной деятельности, направленной на освоение окружающего мира, вхождение в культуру, созданную предшествующими поколениями, и реализует заложенный в формирующейся личности потенциал, физическое и духовное развитие.

Учение М. Монтессори характеризуется истинным гуманизмом. Дети работают по ее восстановительной и образовательной системе самостоятельно, развивая «деятельную дисциплину и независимость в практике повседневной жизни». Одновременно они получают необходимые предпосылки для развития своих умственных способностей. Монтессори-педагогика стимулирует положительное развитие физических и моральных качеств ребенка. Все это осуществляется под руководством специально подготовленных учителей. Еще одной отличительной особенностью педагогики М. Монтессори служит максимально возмож-



ная индивидуализация учебно-воспитательной деятельности в различных детских учреждениях, при этом за каждым ребенком признается право на независимость, свой темп и ритм выполнения дидактических заданий и собственные способы овладения знаниями.

Мария Монтессори утверждала следующее:

- биологическую сущность воспитания обеспечивает закономерный процесс развития здорового ребенка или возможный прогресс развития при тех или иных нарушениях здоровья;
- социальная цель может считаться достигнутой, если ребенок, проходя через этапы роста и развития, уже во взрослом состоянии оказывается адаптированным к существованию в социальной среде.

Основная идея метода Монтессори заключается в стимулировании ребенка к саморазвитию с помощью его помещения в подготовленную среду, имеющую четкую логику построения и соответствующую психологическим потребностям ребенка.

Задача воспитателя и учителя — помочь ребенку организовать свою деятельность в этой среде, пойти своим собственным, уникальным путем, реализовать свой творческий потенциал.

Взрослый должен распознать превалирующую мотивацию ребенка и постараться, чтобы он мог овладеть необходимым материалом.

Согласно М. Монтессори необходимо определить:

- уровень развития ребенка;
- его интересы;
- предпочтения;
- контакты с другими детьми;
- проблемы с другими детьми;
- страхи;
- проблемы с определенным материалом;
- поведение в начале и конце занятия;
- концентрацию и усидчивость;
- развитие речи и готовность к общению;
- пищевые привычки;
- семейные взаимоотношения.

Чем подробнее наблюдения, тем легче так подготовить окружение, чтобы ребенок чувствовал себя принятым, открытым к общению, находил материал, отвечающий уровню его развития и способный стимулировать его деятельность.

Все занятия по развитию чувств строятся по принципу от простого к сложному. Используется специальный материал, позволяющий задавать определенную сложность отдельных заданий. Все упражнения, выполняемые с помощью пособий, логически связаны в единое

целое. Ребенок сам определяет тему занятий и число необходимых упражнений с каждым пособием. Например, он вставляет цилиндры различного диаметра в специальные отверстия, соответствующие их размеру. При помощи этих упражнений ребенок получает информацию о различии размеров при неизменной форме геометрических фигур. У него развивается также тонкая моторика, кисть как бы подготавливается к держанию ручки и карандаша, он усваивает и простейшие логические схемы: создание порядковых структур (представление о порядке) в размерах предметов.

Дети могут повторять предложенные упражнения до предельного насыщения деятельности. В процессе этих занятий тренируются и моторика, и сенсорика ребенка. Различная сложность пособий Монтессори-педагогики, с одной стороны, как бы искусственно сохраняет интерес ребенка к занятиям, а с другой — заставляет его рассматривать одну и ту же задачу под разными углами зрения. Дети вынуждены глубже проникать в суть выполняемых действий и неизменно анализировать их, открывая для себя новые стороны дидактической ситуации.

Полная свобода выбора дидактического материала, возможность постоянно совершен-

ствовать координационные и аналитические упражнения в конечном счете способствуют развитию организационных качеств. Ребенок учится выполнять довольно сложные поручения, постепенно у него формируются умения планировать, подготавливать, распределять, согласовывать, выполнять обещания, работать совместно с другими детьми.

При этом Монтессори-педагог определяет оптимальное время для занятий по развитию чувств, ограничивает внимание ребенка только материалом для урока. Все действия педагога во время этих занятий просты и понятны, дети не слышат от взрослого ни упреков, ни порицаний.

Для развития чувств используются различные методические пособия:

- розовая башня из 10 кубиков разных размеров;
- коричневая лестница из 10 деревянных призм с уменьшающимися гранями;
- красные штанги (самая короткая из 10 штанг имеет длину 10 см, а самая длинная — 1 м);
- блоки с цилиндрами-вкладышами (4 деревянных блока с углублениями для 10 деревянных цилиндров);
- цветные цилиндры (4 деревянных ящика, каждый из которых содержит 10 цилиндров).

После довольно продолжительной и напряженной работы по развитию чувств педагог проводит специальные занятия для больных детей [3].

На *первом этапе* детей учат устанавливать зависимость между разными предметами и их названиями, добиваясь установления прочной связи между предметом и его названием.

На *втором этапе* их побуждают производить различные действия с предметами. В этом случае взрослый называет предмет и дает ребенку задание. Например, положить его куда-нибудь, или, наоборот, отыскать. Таких поручений ребенок получает довольно много. В процессе занятий в детском восприятии солидируются представления о свойствах предметов, их названиях.

На *третьем этапе* проверяется правильность усвоенных ранее представлений и ощущений. Педагог, показывая ребенку различные предметы, просит их назвать. Таким образом стимулируются простые формы общения взрослого и ребенка, обогащается словарный запас ребенка, и он получает новые знания, расширяющие его представления об окружающем мире.

Большое количество Монтессори-материала предназначено для занятий по различению цвета, формы и структуры различ-

ных материалов. Это цветные таблички, так называемые геометрический и биологический комоды, в одном из них содержатся геометрические фигуры, в другом — фигуры листьев, вложенные в специальные рамки и обведенные кантом разной ширины. Большое число пособий представляет собой геометрические тела разной формы, фактуры и свойств: деревянные предметы, кусочки тканей и т.п.

Для различения шумов и звуков используются шумящие коробки (2 ящика по 6 коробочек в каждом), издающие разные по громкости звуки. Из дидактических соображений все коробочки имеют красную или голубую крышку. Для обучения восприятия звуков различной высоты, подготовки к музыкальным занятиям с детьми занимаются с помощью специальных звоночков.

В программу занятий входят упражнения по различению запахов и температурных воздействий. Также используются специальные дидактические пособия.

Один из наиболее сложных разделов Монтессори-педагогики — математические занятия и уроки по развитию речи. М. Монтессори подчеркивала, что математика не является уделом особо одаренных детей. Каждый человек, включая инвалидов, обладает «математическим умом».

Монтессори-материал помогает ребенку освоить весьма сложные для многих детей «материализованные абстракции», лежащие в основе изучения математики. При помощи «базовых математических материалов» (розовая башня, красные блоки и др.) ребенок учится сравнивать, упорядочивать, измерять и т.д. Проходя данные этапы освоения математических знаний, он невольно постигает основы формальной логики и алгоритмизированного мышления. Очень важно в Монтессори-педагогике то, что математические материалы органично связаны с материалами для развития чувств. Например, в дидактическом материале, предназначенном для развития математических способностей, есть сине-красные штанги той же формы и размера, что и красные штанги в материалах для развития чувств и т.д. Монтессори-материалы составлены таким образом, что для ребенка становится очевидной связь арифметики и геометрии. Так, дидактические пособия из блестящих бусин помогают ему не только освоить представление о числах, но и производить многочисленные манипуляции с этим материалом. Ребенок начинает осознавать, что одну бусину можно представить как точку, десяток — как прямую линию,

сотню — как квадрат десяти, тысячу — как куб десяти. Определение площадей и объемов, возведение в степень и извлечение корня представляются в логической связи арифметики и геометрии. Это единство дети могут сами ощутить и проверить.

Плоские геометрические фигуры-вкладыши, геометрические тела и конструктивные треугольники, используемые для развития чувств, опосредованно знакомят ребенка с геометрией. Весь комплект дидактических пособий сконструирован таким образом, чтобы облегчить детям с ограниченными возможностями обучение, освоение сложных понятий и представлений, побудить к активной самостоятельной работе. Таким образом, с одной стороны, развиваются все виды сенсорики, тонкие координированные движения и т.п., с другой — ребенок получает мощный импульс для самостоятельных творческих занятий, которые ставят перед собой тренирующие и развивающие цели. Монтессори-материал способен занять ребенка продуктивной деятельностью, при этом в ряде ситуаций он выступает как одно из немногих пособий, применяемых в реабилитационной работе с детьми с ОВЗ.

С помощью математического материала Монтессори-педагоги-

ки ребенок начинает ориентироваться в сложных понятиях, что облегчает освоение необходимых в реальной жизни математических навыков. Так, получая представление о числе, он сразу переходит к счету, затем у него формируется понятие о десятичной системе, и с помощью «золотого материала» он усваивает закономерность сложных математических операций. Довольно длинные серии хорошо продуманных упражнений позволяют ребенку самостоятельно использовать усвоенные знания, а самое главное, побуждают его к абстракции.

Особое значение М. Монтессори придавала развитию речи. Для детей очень важно, чтобы их слушали, понимали, сопререживали и постоянно помогали им. Такая наполненная заботой, любовью и взаимопониманием «подготовительная» среда способствует правильному развитию ребенка и снимает многие проблемы, возникающие в другой, например, враждебной или индифферентной социальной среде. Детей нужно внимательно и терпеливо слушать, помогая им правильно выражать свои желания и мысли. Это не всегда возможно осуществить с помощью классических методик обучения. Обычно к двум годам словарный запас здорового ребенка составляет около 200 слов,

к пяти — более 3 тыс. слов. Дети с ограниченными возможностями здоровья нуждаются во внимании и заботе взрослых. Их словарь пополняется медленнее, им требуется гораздо больше усилий. Для стимулирования правильного речевого развития «особого» ребенка Монтессори-педагоги проводят ежедневные игры, упражнения на запоминание, уроки по узнаванию названий предметов, а также ролевые игры, игры-описания и т.п. При помощи дидактического Монтессори-материала можно эффективно помочь ребенку в освоении речевой функции, относительно быстро научить его чтению и письму.

Геометрические и биологические фигуры и карты на занятиях по развитию речи способствуют выработке вербальных подкреплений чувственных различий формы предметов. Шумящие коробки и звоночки также служат вербальному обогащению чувственных восприятий.

В Монтессори-материале есть буквы из шершавой бумаги, наклеенные на деревянные дощечки. Гласные буквы представлены на голубом фоне, согласные — на красном. С помощью этого пособия ребенок учится слышать и выделять отдельные звуки в целом слоге, связывая звуковые, зрительные и тактиль-

ные стимулы в одно целое. Таким образом, происходят и обогащение словаря, и подготовка ребенка к чтению и письму. Аналогичным образом работают и с другим интересным пособием — подвижным алфавитом.

Целевые установки «упражнений в практической жизни» можно свести к следующему:

- направлять все действия детей в разумное русло;
- оптимизировать все виды поведения ребенка;
- способствовать формированию независимости, самостоятельности, чувства собственного достоинства и уверенности в себе;
- развивать чувство ответственности, формировать внутренний мир.

В методе Монтессори нет классно-урочной системы, вместо школьных парт — легкие переносные столы и стулья, коврики, на которых занимаются на полу. Учитель не является центром класса, как в традиционной школе. Он не сидит за столом, а проводит время в индивидуальных занятиях с детьми, вмешивается в деятельность ребенка, только когда это необходимо [1; 2].

Подготовленная среда имеет четкую логику построения и содержит все необходимые материалы из следующих областей развития:

- жизненная практика;
- сенсорное развитие;
- математическое развитие;
- языковое развитие;
- естественно-научное и космическое развитие;
- двигательное развитие

Монтессори-учитель:

- должен быть проницательным наблюдателем и иметь четкое представление об индивидуальном уровне развития каждого ребенка;
- воздействовать на ребенка не прямо, а посредством дидактических материалов;
- проводить время в индивидуальных занятиях, работая с ребенком за столиком или на коврике;
- решать, какие материалы больше подходят для работы в данный момент;
- вмешиваться в деятельность ребенка только в том случае, если это необходимо;
- уметь проявить гибкость и быть в состоянии найти адекватные способы для оказания помощи воспитаннику.

Монтессори-терапия предполагает индивидуальную реабилитацию детей с выраженными ограниченными возможностями и требует определенных знаний нейрофизиологии, генетики и нейропсихологии [5].

Дети с ОВЗ могут проявлять себя как личность и показывать

свои возможности, когда они способны спокойно и свободно действовать среди своего окружения, что предполагает:

- свободу и уверенность в движениях;
- свободу и возможность: выбора, выражения своих чувств, социальных контактов.

Свобода и уверенность дают ребенку возможность жить и формировать свою жизнь в соответствии с собственными внутренними законами и потребностями.

Свобода в движениях. Ребенок приобретает опыт через движения и деятельность, через них может осуществить свои основные потребности действовать. Он завоевывает окружающую среду путем движения. Естественная и спонтанная двигательная активность, в свою очередь, формирует ум и душу.

Свобода выбора. Ребенок следует внутренней мотивации, заставляющей его брать те предметы, которые отвечают его потребностям и удовлетворяют их. Собственная мотивация — ключ к любому эффективному обучению.

Свобода повторения. Ребенок должен иметь время и возможность повторять различные действия, чтобы продвигаться в своем развитии. Спонтанное, частое повторение без требова-

ния взрослого — феномен, возникающий при соблюдении всех условий: ребенок находит тот материал, который отвечает его внутренним потребностям, его сенситивной фазе, а внешние условия позволяют это осуществить. Тогда дети повторяют действия, вплоть до полного насыщения. В этом повторе ребенок наиболее интенсивно изучает предметы своего интереса, способы действий с ними и одновременно развивает выдержку и концентрацию.

Свобода выражения чувств. Эмоции и мысли в значительной степени задействованы в социальном и психическом развитии ребенка, с этим непосредственно связано развитие речи. Ребенку должна быть дана возможность выразить свои чувства, чтобы развивать речь. Ему нужен взрослый, который чувствует вместе с ним, разговаривает и действует.

Свобода социальных контактов. Детям нужна свобода, чтобы жить и действовать в собственном социальном мире. Они любят самостоятельно решать свои проблемы, часто недовольство возникает при вмешательстве взрослых. Ребенок спонтанно готов помочь другому и взрослеет при этом. Готовность к кооперации значительно лучше выражена, чем

готовность к конкуренции. Дети должны развивать способность уважать работу других, поглощенность другого деятельностью и понимать, что вмешательство нежелательно, или что другой ребенок нуждается в помощи, или что эта помощь обижает. Должно формироваться чувство справедливости. Свобода и активная деятельность в благоприятной обстановке — условия, позволяющие сформировать такое социальное поведение.

С учетом характеристик детей их можно разделить на две группы:

1) *дети с неблагополучным анамнезом* (как в биологическом, так и в социальном планах), отстающие в своем развитии из-за условий воспитания, имеющие особенности поведения.

В группе из восьми детей двое могут быть с ОВЗ, но разного плана, например, один ребенок с ДЦП, а второй — с синдромом Дауна. Такое интегрирование полезно и для здоровых детей, поскольку они учатся уважать людей, отличающихся от общепринятого стандарта, помогать им, а «особым» детям пребывание среди здоровых детей дает мощный толчок к развитию;

2) *дети, имеющие тяжелые нарушения в состоянии здоровья*

и сфере развития. Они составляют в среднем $1/10$ всего контингента детей. В домах ребенка они находятся в изолированной группе, где часто обеспечивается только уход без элементов воспитательных воздействий.

Принципы Монтессори-педагогики:

- учитывать состояние ребенка;
- начинать воздействие с первых месяцев жизни (поскольку у детей с ОВЗ снижена естественная любознательность, ограничены восприятие окружающего мира, двигательная активность);
- обеспечивать ребенку воздействия, которые позволили бы довести его до возможной для него верхней границы биологического и социального благополучия;
- как можно раньше раскрывать и формировать сенситивные фазы каждого ребенка. Тактильная, оральная и визуальная стимуляция должна сочетаться с акустической, чтобы дети могли связывать свои ощущения с чистыми, конкретными речевыми обозначениями. Задачи Монтесори-терапевта — создать основу для выработки самостоятельности;
- использовать принципы дефектологии для регуляции поведения ребенка, а дальше

уже работать с Монтессори-материалом.

Дети с выраженными ограничениями в физических возможностях, как правило, осознают свои ошибки и недовольны результатом. В первую очередь необходимо довести ребенка до такого уровня развития, когда становится возможным контакт с повседневным окружением, стимулирующим психику и появление интереса.

Пример — формирование умения держать ложку. В результате появляется навык самостоятельного приема пищи. Даже простые хватательные движения кистью, которые в дальнейшем могут дать ребенку возможность самостоятельно держать ложку и направлять ее в рот, требуют мотивации и концентрации.

Трудности должны преодолеваться поочередно. Однозначного рецепта для формирования навыков или действий для детей с ОВЗ нет. В каждом конкретном случае надо наблюдать за потребностями ребенка и подстраиваться под его возможности.

Следует использовать ложку того цвета, который ребенок знает и любит: этим предупреждается возможное отрицание. Используется материал, приятный для ребенка: пластик или металл, легкий или тяжелый, теплый или холодный на ощупь.

Материал, который привлечет внимание ребенка, но не напугает его. Учитывается величина ложки: она должна помещаться в руке ребенка, а также форма ложки. Если она слишком круглая или слишком плоская, ее трудно удержать, с нее все будет падать, и это приведет к отказу от действия. Центр тяжести должен располагаться так, чтобы легко было зачерпнуть и чтобы ложка не переворачивалась слишком быстро.

Учитывается положение ребенка: удобно ли ему сидеть (лежать); есть ли у него опора и достаточно ли свободы движений, чтобы осуществить данное действие. Наконец, учитывается самое важное: душевное состояние ребенка. Готов ли он принять данное предложение или этому препятствует голод, мокрые пеленки или плохое самочувствие, что приводит к неуверенности и отказу.

Первый шаг удается тем быстрее, чем более точно будет соблюдать все вышесказанное. Чем быстрее ребенок начинает действовать успешно, тем выше его мотивация к освоению нового действия, тем меньше его отвлечение, тем больше концентрация внимания. Решение первой задачи — формирование умения держать ложку — готовит к достижению отдаленной цели —

самостоятельной еде. Такое выделение отдельных шагов (или задач) действия существенно для всех областей, для всех детей — здоровых и с ОВЗ. Особенно важно это обстоятельство для Монтессори-лечебной педагогики и Монтессори-терапии, хотя оно должно соблюдаться и при Монтессори-педагогике.

Заповеди Марии Монтессори

- Не трогайте ребенка, пока он сам к тебе не обратится.
- Никогда не говорите о ребенке плохо.
- Концентрируйтесь на развитии хорошего в ребенке.
- Будьте активны в подготовке среды. Помогайте ребенку устанавливать конструктивное взаимодействие с ней.
- Будьте готовы откликнуться на призыв ребенка.
- Уважайте ребенка, который сделал ошибку.
- Твердо останавливайте любое некорректное использование материала и любое действие, угрожающее безопасности ребенка или других детей.
- Уважайте ребенка отдыхающего, размышляющего или наблюдающего.
- Помогайте тем, кто ищет работу и не может выбрать ее.
- Постоянно повторяйте ребенку презентации, от которых он ранее отказывался, помогая ему осваивать ранее неосвоенное.

• Сделайте свою готовность помочь очевидной для ребенка, который находится в поиске, и незаметной для того ребенка, который уже все нашел.

• Используйте лучшие манеры и предлагайте ребенку лучшее в тебе и лучшее из того, что есть в твоем распоряжении.

Феномен педагогики Монтессори заключается в ее безграничной вере в природу ребенка, в ее стремлении исключить авторитарное давление на формирующуюся человека, а также в ориентации на свободную, самостоятельную, активную личность.

Литература

1. Афанасьева Т.И. Учить по Монтессори (из опыта работы). М., 2006.
2. Богуславский М.В., Сороков Д.Г. Юлия Фаусек: тридцать лет по методу Монтессори. М., 2004.
3. Гребенников Л. Р. Работа на линии в Монтессори-группе. М., 2006.
4. Дичковская И.Н., Пониманская Т.И. Воспитание для жизни // Образовательная система М. Монтессори / Под ред. К.Е. Сумнительного. М., 2006.
5. Лильин Е.Т., Доскин В.А. Детская реабилитология. М., 2011.
6. Монтессори М. Помоги мне это сделать самому / Сост. М.В. Богуславский, Г.Б. Корнетов. М., 2005.

Игровые дни с детьми 2–3 лет в Центре игровой поддержки ребенка

Гучинская А.Г.,
педагог-психолог;

Маркова Ю.П.,
социальный педагог, педагог-психолог МАДОУ д/с № 14,
г. Благовещенск Амурской обл.

В настоящее время актуален вопрос социализации детей раннего возраста. Полноценное развитие ребенка в семье, расширение круга общения способствуют благополучной адаптации ребенка к условиям ДОО, поэтому с 2014 г. на базе нашего детского сада работает Центр игровой поддержки развития ребенка (ЦИПР).

Задачи работы ЦИПР:

- содействовать социализации детей раннего возраста при помощи современных игровых технологий;
- осуществлять их адаптацию к поступлению в детский сад.

Поступление в детский сад — важный, ответственный момент в жизни не только ребенка, но и окружающих его взрослых. Зачастую мамы и папы оказываются неготовыми к новому статусу: родители воспитанника детского сада. Они либо возлагают всю ответственность за воспитание

и развитие ребенка на педагога, либо ведут с ним бесконечные споры, предъявляют необоснованные претензии, проявляют повышенный уровень опасений.

Опыт показывает, что родители детей, поступающих в ДОО, имеют смутное представление о работе детского сада и этапах развития своих детей. Чаще всего у малышей не сформированы культурно-гигиенические, коммуникативные, игровые навыки, отмечается психологическая зависимость от матери и других близких.

Переход из домашних условий в ДОО чаще всего способствует усугублению этих проблем, а порой и порождает новые. Поэтому организованная работа с родителями и детьми задолго до их поступления в детский сад необходима и своевременна.

Работа с семьей начинается с июня, т.е. за два месяца до поступления ребенка в детский сад. Проводится общее родительское



Фото. Игровое взаимодействие родителей и детей

собрание, где происходит знакомство с педагогами, специалистами и администрацией ДОО. Затем родители узнают о необходимости предварительной работы, тематику предстоящих занятий, участвуют в анкетировании.

Цикл занятий включает четыре встречи в соответствии с тематическим планом.

Встречи (продолжительностью 1 ч) проводятся 2 раза в неделю, в дни, заранее согласованные со всеми участниками Центра. Каждая встреча состоит из двух блоков.

1-й блок — работа с родителями

- Приветствие.
- Мини-лекция — компоненты теоретических рекомендаций.

- Практические упражнения. Приемы, тесты, методики. Индивидуальная и коллективная работа родителей, а также групповое обсуждение.

- Вопрос — ответ. Родители задают вопросы, на которые в процессе встречи психолог дает ответы.

- Обратная связь. Родители рассказывают о своих чувствах, переживаниях, об опыте, который получили, делятся впечатлениями.

2-й блок — совместные занятия с детьми

- Игровое взаимодействие родителей и детей в различных формах деятельности (рисование, конструирование, речевые и спортивные игры, сюжетно-ролевые игры) (см. фото).

- Разминка. Упражнение на развитие мелкой моторики.
- Основная часть. Все занятия и упражнения соответствуют основной теме занятия.
- Свободная деятельность.
- Обратная связь для родителей. В конце каждого занятия несколько минут отводится подведению итогов, родители отмечают, что получилось у ребенка во время занятия. Это способствует развитию и укреплению позитивных детско-родительских отношений.
- Прощание.

Очень важно, что в Центре игровой поддержки родители непосредственно наблюдают, как взаимодействуют дети друг с другом и со взрослыми, и могут обсудить интересующие вопросы с другими родителями или специалистами, помогают малышу получить первые навыки общения до поступления в сад.

Социализация тесно переплетается с воспитательным процессом, помогая человеку осознать самого себя и свое место среди других людей, формирует умение выстраивать безопасные отношения.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет



ВЕСЕЛЫЕ ЛОШАДКИ Стихотворные игры для детей 2–3 лет

Автор — Савельева Е.А.



В книге представлены веселые стихотворные игры для детей 2–3 лет, органично сочетающие в себе простые логопедические упражнения и гимнастику для пальчиков. Данные игры служат средством стимуляции активности коры головного мозга, способствуют развитию мышления и могут использоваться на занятиях с детьми более старшего возраста.



ИГРАЕМ ВМЕСТЕ Развивающие игры для малышей и их родителей

Автор — Четвертаков К.В.

Сборник развивающих игр для детей 1–3 лет поможет вам в развитии речи, мышления, мелкой и общей моторики ребенка. Совместные игры сблизят вас с малышом и научат его находить общий язык со взрослыми и сверстниками. Описание игр содержит список нужных материалов, пошаговые сценарии и советы взрослым. Рекомендуется воспитателям, педагогам ДОО, гувернерам и родителям.

Опыт работы педагога-психолога с детьми, испытывающими тревогу и страх

Алдухова С.В.,

педагог-психолог МАОУ для детей дошкольного
и младшего школьного возраста прогимназия,
г. Благовещенск Амурской обл.

Существует убеждение родителей в том, что их ребенок к тому или иному возрасту должен достичь определенного уровня в сфере познания. Мало кто понимает важность развития эмоциональной сферы ребенка, а ведь психическое развитие напрямую зависит от того, какие эмоции он испытывает и проявляет.

Чаще всего к психологу обращаются родители дошкольников и учащихся младших классов с повышенным уровнем тревожности и страхами. Причинами повышенной тревожности выступают авторитарный стиль воспитания, тревожность родителей, напряженные отношения в семье и др.

Детские страхи разнообразны. Некоторые дети просыпаются по ночам и плачут, требуя, чтобы мама спала рядом. Другим

снятся кошмары. Кто-то боится темноты. Кому-то страшно оставаться дома одному. Иногда возникают страхи за родителей, дети переживают, что с мамой или папой может что-нибудь произойти. Также они боятся преодолевать препятствия: плавать в бассейне, выходить на сцену, отвечать у доски или с места на занятиях.

Появление детских страхов связано с разными факторами. Это и жизненный опыт ребенка, и степень его самостоятельности, эмоциональной чувствительности, склонность к беспокойству, неуверенность. Страхи порождаются болью, инстинктом самосохранения. И большинство из них обусловлены возрастными особенностями развития, носят временный характер. Однако если страх устойчивый и мешает жизни

ребенка, нужна помощь психо-
лога.

На первом этапе работы со
страхами мы выстраиваем дове-
рительные отношения с ребен-
ком, используем упражнения,
направленные на снятие мышеч-
ных зажимов, психоэмоциональ-
ного напряжения.

Для получения более под-
робной информации о ребенке
мы используем кинезио-тест по
методу «Единый мозг» Г. Сток-
са и Д. Уайтсайда (концепция
«Три в одном»). С помощью
мышцы-индикатора получаем
сведения о том, на каком уров-
не находится проблема (созна-
ние, подсознание, тело), выяс-
няем, в каком возрасте возник
страх, затем переходим к сбору
информации о страхе. Беседу-
ем с ребенком, отслеживаем
его внутреннее состояние, вы-
являем место нахождения стра-
ха, его размер, цвет: «Закрой
глаза, посмотри, где прячется
твой страх, в какой части тво-
го тела он располагается, имеет
ли он форму, какого он цвета,
размера, на что похож?» Если
ребенок затрудняется, задаем
наводящие вопросы: «Это что-
то большое? Это темные цвета
или яркие? Если бы ты рисо-
вал, это была бы клякса? Раз-
мытое пятно? А что тебе это
напоминает? Если бы это был
какой-нибудь образ, то что бы

это было?» Затем обсуждаем
ощущения ребенка: «Какие не-
приятные ощущения вызыва-
ет этот образ? (сдавливание,
жжение, тяжесть и др.) У него
есть запах?» Для установления
неврологической связи между
задним и передним отделами
мозга накладываем руки таким
образом: одна рука на затылке,
другая — на лбу ребенка.

На следующем этапе мы
предлагаем ребенку нарисовать
возникший у него образ страха
красками. Это могут быть рас-
плывчатые фигуры, мазки, кляк-
сы, либо образ, который ему
представился. Передаем этому
образу все описанные ощуще-
ния. Перед тем как начнется про-
рисовывание, психолог просит
ребенка следить глазами за ка-
рандашом (рисует горизонталь-
ную восьмерку) и несколько раз
произносит фразу: «Я чувствую
страх». После того как ребенок
нарисовал свой страх, предлага-
ем сложить рисунок (лист фор-
мата А4) пополам и разгладить
его рукой. Затем раскрываем ли-
сток и смотрим, что получилось.
Если ребенок желает еще доба-
вить красок, то делаем это. Идет
обсуждение рисунка: «Что ты
чувствуешь, когда смотришь на
это изображение? Тебе страшно,
тревожно?»

Далее ребенок разрывает
рисунок на мелкие кусочки со

словами: «Я освобождаюсь от чувства страха (или тревоги)». Затем он смотрит на нарисованный крестик, изображенный черным фломастером на карточке и расположенный на уровне глаз, шагает и делает перекрестные движения (левая рука касается правого колена, а правая рука — левого колена). Необходимо «прошагать» таким образом в настоящем возрасте и в том возрасте, когда появился страх (что было определено с помощью кинезио-теста). Затем ребенку предлагается побывать на скальной полянке, рассказать, что растет на ней. Психолог интересуется, какие чувства возникают у ребенка на полянке, задает вопросы: «Есть ли там водоем (ручей, река, водопад, озеро, море)?» Предлагает «поплескаться» и освободиться от всех переживаний.

Далее отслеживается внутреннее состояние с целью проверки результатов работы: «Закрой глаза, вспомни ситуацию, когда у тебя возник страх. Что чувствуешь сейчас? Посмотри на то место, где он располагался. Что изменилось (форма, размер, цвет)? Страх совсем исчез?» Если наблюдаются остаточные явления, то проводится работа и с ними: «Закрой глаза. Посмотри на место, где располагался страх.

Сейчас ты можешь изменить цвет на тот, который тебе нравится, или уменьшить страх в размерах, как тебе хочется, или убрать совсем. Ты можешь поместить на освободившееся место то, что тебе приятно, какой-нибудь образ, можешь поместить чувство уверенности или радости». Затем ребенок рисует новый рисунок, изображающий уверенность, радость или спокойствие. В конце занятия психолог благодарит ребенка за хорошую работу и дарит этот рисунок.

Мы рассмотрели один из вариантов занятия с детьми, испытывающими страх или тревожность. Такие занятия эффективны при совместном взаимодействии педагога-психолога и родителей. За три года в нашей прогимназии коррекционные занятия посетили 114 воспитанников. Из них 93 участника (71,6%) психокоррекционных мероприятий освободились от негативных эмоций. Если родители не меняют тактику поведения по отношению к ребенку, происходит лишь снятие психоэмоционального напряжения. Так, у 21 ребенка (18,4%) выровнялось эмоциональное состояние. Наш совет родителям: будьте внимательны к своему ребенку, вовремя обращайтесь к специалистам.

Проблема адаптации детей к новым условиям жизни

Печора К.Л.,

*канд. пед. наук, доцент кафедры поликлинической педиатрии,
почетный профессор Российской медицинской академии
последипломного образования, Москва*

В настоящее время проблема адаптации детей к новым условиям жизни — одна из самых насущных и актуальных. Психологическая адаптация определяется активностью личности, выступает как единство процессов усвоения среды. Это приспособление себя к среде, среды к себе, преобразования ее.

Что же характерно для адаптации детей раннего возраста? Исследования Н.М. Аксариной, Н.Г. Ватутиной, Л.Г. Голубевой, Р.В. Ямпольской и других раскрывают эту проблему. Физиологической основой социальной адаптации выступает изменение ранее сформированного динамического стереотипа.

Первые стереотипы формируются в первые дни жизни ребенка (последовательность в чередовании сна, кормления, бодрствования). Дети в зависимости от возраста по-разному реагируют на изменения условий жизни: до 3 мес. — на изменение тем-

пературы воздуха, в 5—6 мес. и далее — на изменение методики проведения режимных процессов, а после 9 мес. — на отрыв от близких, к которым они уже достаточно привязаны.

В домашних условиях у детей возникает много проблем, обусловленных адаптацией. Это привыкание к новорожденному брату или сестренке, так как именно к ним обращено все внимание окружающих. Малыша беспокоит то, что он уже не в центре внимания, это может вызвать у него негативизм, агрессию. Дети тяжело переживают вхождение в семью «нового» папы. Особенно остро может протекать адаптация к детскому саду и школе.

Адаптация к новым условиям жизни зависит от готовности ребенка, а это в большой степени связано с формированием адаптационных механизмов, и прежде всего с формированием чувства привязанности к матери,

что развивает чувство защищенности, уверенность в себе.

Предпосылками к формированию надежной привязанности выступают эмоциональная близость со значимыми взрослыми, с 3 до 6 мес. — их узнавание, с 7—9 — избирательная специфическая привязанность к матери, а после года и к другим близким. Ее формирование зависит от поведения матери: быстро реагирует на потребности ребенка, эмоционально общается, вызывает инициативное общение, мотивацию успешности ребенка. При этом малыш свободно обследует среду, при отделении от взрослых огорчается ненадолго, при встрече радуется, уверен, инициативен, любознателен, легко социализируется.

При неправильном поведении взрослых формируется *ненадежная, избегающая, привязанность* (взрослые раздражительны и сдержаны, дети пассивны, на их уход не реагируют, а при встрече избегают общения). При *сопротивляющейся привязанности* взрослые непоследовательны, а дети пассивны, тяжело расстаются, при встрече могут быть озлоблены. При *симвиотической привязанности* они не отпускают мать ни на шаг.

Итак, в период адаптации при резком изменении сформированных стереотипов, помимо

переживания иммунной, физиологической ломки, ребенок не в состоянии преодолеть психологические преграды — отказывается от еды, сна, общения с окружающими. Он уходит в себя, может ограничивать свое пространство. У ребенка отмечаются проявления временного мутизма, негативизма, агрессии, чувства страха. Поэтому так важно формировать адаптационные механизмы (физическое воспитание, закаливание, своевременное развитие познавательных потребностей, социальных связей).

Нами разработаны психолого-педагогические параметры, определяющие готовность ребенка к поступлению в ДОО, которые дают возможность выявить проблемы и дать своевременные назначения родителям и воспитателям для благоприятного течения адаптации. В ДОО в период адаптации необходимо индивидуально сопровождать каждого ребенка. Его поведение следует фиксировать в рабочей тетради воспитателя группы, выполнять медицинские и педагогические назначения.

Для оценки течения адаптации следует учитывать ее длительность (до 16 дней — легкая, до 32 — средней тяжести, до 64 — тяжелая, до 128 дней — крайне тяжелая). Наиболее тяжело привыкают дети с задержкой

психического развития, проходя, как правило, ряд уровней:

1-й уровень (полевая реактивность) — ребенок уходит от сверхсильных раздражителей, держит дистанцию);

2-й уровень — ребенок реагирует на раздражители, не выносит изменения стереотипов;

3-й уровень — ребенок преодолевает психологические преграды, но боится самостоятельности;

4-й уровень — ребенок уверен в себе.

Процесс адаптации управляем. Важна правильная организация. Даже при легкой адапта-

ции, не говоря о тяжелой, сначала восстанавливаются функции, связанные с удовлетворением органических потребностей, затем — общения со взрослыми, проявления самостоятельности, познавательных потребностей и в последнюю очередь — контактов со сверстниками.

Литература

Печора К.Л. Развитие детей раннего возраста. М., 2012.

Печора К.Л., Сотникова В.М., Ширванова О.Г. Рабочий журнал воспитателя группы раннего возраста. М., 2015.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет



**РАЗВИВАЕМ ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА**
**Современные проблемы и их решение
в ДОУ и семье**

Автор — Печора К.Л.



В пособии рассматриваются актуальные проблемы развития и воспитания детей раннего возраста в условиях дошкольного учреждения и семьи, методы диагностики и коррекции. Представлены методические разработки проведения занятий по сенсорике, развитию речи, конструированию с детьми раннего и дошкольного возраста.



МОЙ ЛЮБИМЫЙ МАЛЫШ
**Позитивная книга о роли взрослых
в успехах ребенка**

Автор — Счастливая М.

Книга о том, как сделать общение в радость, предупредить капризы, позаботиться о здоровье и развитии ребенка с первых дней жизни. Книга поможет родителям и воспитателям, уставшим от будничных хлопот, зарядиться радостью и оптимизмом, осознать счастье взаимной любви к детям. Надеемся, что авторские советы помогут вам вырастить ребенка уверенным в себе, успешным, счастливым!

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 20.07.2015 № 28

«О внесении изменений в СанПиН 2.4.1.3049-13 “Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций”»

Зарегистрировано в Минюсте России 03.08.2015 № 38312

В соответствии с решением Верховного суда Российской Федерации от 4 апреля 2014 года № АКПИ14-281, Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2002, № 1 (ч. I), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; № 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; № 52 (ч. I), ст. 5498; 2007, № 1 (ч. I), ст. 21, ст. 29; № 27, ст. 3213; № 46, ст. 5554; № 49, ст. 6070; 2008, № 24, ст. 2801; № 29 (ч. I), ст. 3418; № 30 (ч. II), ст. 3616; № 44, ст. 4984; № 52 (ч. I), ст. 6223; 2009, № 1, ст. 17; 2010, № 40, ст. 4969; 2011, № 1, ст. 6; № 30 (ч. I), ст. 4563, ст. 4590, ст. 4591, ст. 4596; № 50, ст. 7359; 2012, № 24, ст. 3069; № 26, ст. 3446; 2013, № 27, ст. 3477; № 30 (ч. I), ст. 4079; № 48, ст. 6165; 2014, № 26 (ч. I), ст. 3366, ст. 3377; 2015, № 1 (часть I), ст. 11; № 27, ст. 3951. Официальный интернет-портал правовой информации от 13.07.2015) и постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о го-

Актуально!



сударственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295; 2004, № 8, ст. 663; 2004, № 47, ст. 4666; 2005, № 39, ст. 3953) постановляю:

1. Внести изменения в санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 15.05.2013 № 26 (зарегистрированы Минюстом России 29.05.2013, регистрационный № 28564) (приложение).

2. Действие настоящего постановления распространяется

на правоотношения, возникшие со дня вступления в законную силу решения Верховного суда Российской Федерации от 04.04.2014 № АКПИ14-281.

А.Ю. Попова

Приложение

**Изменения в СанПиН
2.4.1.3049-13 «Санитарно-
эпидемиологические
требования к устройству,
содержанию
и организации режима
работы дошкольных
образовательных
организаций»**

Внести следующие изменения в СанПиН 2.4.1.3049-13:

В пункте 1.9 исключить слова «фактически находящегося в группе».

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книгу



**САНИТАРНО-
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРАВИЛА
И НОРМАТИВЫ ДЛЯ ДОО
(САНПИН 2.4.1.3049-13 В ПОСЛЕДНЕЙ
РЕДАКЦИИ, САНПИН 2.4.1.3147-13)**



Представлены санитарно-эпидемиологические требования к дошкольным группам, размещенным в жилых помещениях жилищного фонда (СанПиН 2.4.1.3147-13) и санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных образовательных организациях (СанПиН 2.4.1.3049-13). С изменениями, внесенными на основании Постановлений Главного государственного санитарного врача РФ: от 20 июля 2015 г. № 28, от 27 августа 2015 года № 41.

**Постановление Главного государственного
санитарного врача РФ от 27 августа 2015 г. № 41**

«О внесении изменений в СанПиН 2.4.1.3049-13 “Санитарно- эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций”»

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

ст. 4590, ст. 4591, ст. 4596; № 50, ст. 7359; 2012, № 24, ст. 3069; № 26, ст. 3446; 2013, № 27, ст. 3477; № 30 (ч. 1), ст. 4079; № 48, ст. 6165; 2014, № 26 (ч. 1), ст. 3366, ст. 3377; 2015, № 1 (ч. 1), ст. 11; № 27, ст. 3951; № 29 (ч. 1), ст. 4339; № 29 (ч. 1), ст. 4359) и постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295;

2004, № 8, ст. 663; 2004, № 47, ст. 4666; 2005, № 39, ст. 3953) постановляю:

Внести изменения в санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 15.05.2013 № 26, (зарегистрировано в Минюсте России 29.05.2013, регистрационный № 28564, с изменениями, внесенными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 20.07.2015 № 28 «О внесении изменений в СанПиН 2.4.1.3049-13 “Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций”» (зарегистрировано в Минюсте России 03.08.2015, регистрационный № 38312), (приложение).

Зарегистрировано в Минюсте РФ 4 сентября 2015 г. Регистрационный № 38824

А.Ю. Попова

Приложение

Изменения в СанПиН

2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций»

(утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 27 августа 2015 г. № 41)

Внести следующие изменения в СанПиН 2.4.1.3049-13:

1. Пункт 1.1. изложить в редакции: «Настоящие санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее — санитарные правила) направлены на охрану здоровья детей при осуществлении деятельности по воспитанию, обучению, развитию и оздоровлению, уходу и присмотру в дошкольных образовательных организациях, независимо от вида, организационно-правовых форм и форм собственности, а также при осуществлении деятельности по уходу и присмотру в дошкольных группах, размещенных во встроенных, встроенно-пристроенных к жилым домам зданиях (помещениях) и зданиях

административного общественного назначения (кроме административных зданий промышленных предприятий), независимо от вида, организационно-правовых форм и форм собственности».

2. Второй абзац пункта 1.3. изложить в редакции:

«Санитарные правила не распространяются на дошкольные группы, размещенные в жилых помещениях жилищного фонда».

3. В пункте 1.4. после слов «, а также на дошкольные образовательные организации, осуществляющие услуги по развитию детей» дополнить словами «и дошкольные группы по уходу и присмотру».

4. В первом абзаце пункта 1.8. слова «до 7 лет» заменить словами «до прекращения образовательных отношений».

5. В абзаце первом пункта 3.1 после слов «и полосой зеленых насаждений» дополнить через запятую словами «, при наличии у дошкольной образовательной организации собственной территории.».

6. Абзац четвертый и пятый пункта 3.6 изложить в редакции:

«Для дошкольных образовательных организаций, оказывающих услуги по присмотру и уходу за детьми допускается использование оборудованных мест для прогулок детей и занятий физкультурой, расположенных

на территории скверов, парков и других территориях, которые приспособлены для прогулок детей и занятий физкультурой».

7. В пункте 3.15. после слов «При обнаружении возбудителей паразитарных» дополнить словами «и инфекционных».

8. Абзац третий пункта 3.19. изложить в редакции:

«В зимнее время очистка территории (подходы к зданию, пути движения, дорожки, площадки зоны отдыха и игр) от снега проводится по мере необходимости, использование химических реагентов не допускается».

9. Абзац третий в пункте 4.1. изложить в редакции:

«Допускается размещение дошкольных образовательных организаций во встроенных в жилые дома помещениях, во встроенно-пристроенных помещениях (или пристроенных). При наличии отдельно огороженной территории оборудуется самостоятельный вход для детей и выезд (въезд) для автотранспорта».

10. Пункт 6.13 дополнить четвертым абзацем в редакции:

«Количество кроватей должно соответствовать количеству детей, находящихся в группе».

11. Пункт 6.15. исключить.

12. Пункт 7.4. изложить в редакции:

«При одностороннем освещении групповых помещений столы

для обучения детей должны размещаться на расстоянии не более 6 метров от светонесущей стены.».

13. Абзац второй пункта 8.5. изложить в редакции:

«Проветривание проводится не менее 10 минут через каждые 1,5 часа. В помещениях групповых и спальнях во всех климатических районах, кроме IА, IБ, IГ климатических подрайонов обеспечивается естественное сквозное или угловое проветривание. Сквозное проветривание в присутствии детей не проводится. Проветривание через туалетные комнаты не допускается.».

14. В пункте 10.7. слова «с таблицей 4 Приложения № 1» заменить на «с таблицей 5 Приложения № 1».

15. В пунктах 11.9, 11.10 слова «непрерывной непосредственно образовательной деятельности» и в пункте 11.12 «непосредственно образовательной деятельности» заменить на «непрерывной образовательной деятельности» в соответствующих падежах.

16. После пункта 14.6. исключить нумерацию пункта «14.5», начинаяющегося со слов «14.5. Масло сливочное хранится...» и считать его абзацем вторым пункта 14.6, начинаяющегося со слов «Молоко хранится в той же таре...».

17. Нумерацию пункта 14.6, начинаяющегося со слов «Кисломолочные и другие готовые к упо-

треблению...» исключить и считать его абзацем двенадцатым пункта 14.6, начинающегося со слов «Молоко хранится в той же таре...».

18. Пункт 15.11. изложить в новой редакции:

«15.11. Кратность приема пищи и режим питания детей по отдельным приемам пищи (завтрак, второй завтрак, обед, полдник, ужин, второй ужин), определяется временем пребывания детей и режимом работы дошкольной образовательной организации.

При 8—10-часовом пребывании детей организуется 3—4-разовое питание, при 10,5—12-часовом — 4—5-разовое питание, при 13—24-часовом — 5—6-разовое питание. Между завтраком и обедом возможна организация второго завтрака.

Для детей, начиная с 9-месячного возраста, оптимальным является прием пищи с интервалом не более 4 часов.».

19. В абзаце втором пункта 19.1. слова «Работники палаточного лагеря» заменить на «Работники дошкольной образовательной организации».

20. По всему тексту санитарных правил слова «дезинфицирующие» заменить словами «дезинфекционными» в соответствующем падеже.

21. В таблице 1 Приложения № 1 исключить строку «групповая».

Требования к температуре воздуха и кратности воздухообмена в основных помещениях дошкольных образовательных организаций в разных климатических районах

Помещения	t (°C) — не ниже	Кратность обмена воздуха в 1 час			
		В I А, Б, Г климатических районах		В других климатических районах	
		при-ток	вы-тяжка	при-ток	вы-тяжка
Приемные, игровые ясельных групповых ячеек	22—24	2,5	1,5	—	1,5
Приемные, игровые младшей, средней, старшей групповых ячеек	21—23	2,5	1,5	—	1,5
Спальни всех групповых ячеек	19—20	2,5	1,5	—	1,5
Туалетные ясельных групп	22—24	—	1,5	—	1,5
Туалетные дошкольных групп	19—20	2,5	1,5	—	1,5
Помещения медицинского назначения	22—24	2,5	1,5	—	1,5
Залы для муз. и гимнастических занятий	19—20	2,5	1,5	—	1,5
Прогулочные веранды	не ме-нее 12	по расчету, но не менее 20 м ³ на 1 ребенка			
Зал с ванной бассейна	не ме-нее 29				
Раздевалка с душевой бассейна	25—26				
Отапливаемые переходы	не ме-нее 15				

22. Приложение № 3 изложить в редакции:

23. В абзаце 23 Приложения № 9 после слова «мороженое» добавить слова в скобках «(на основе растительных жиров)».

24. В пункте 5 Примечания к Приложению № 10 слова «Приложение 8» заменить на «Приложение 11».

25. Приложение № 15 изложить в редакции:

Примерная схема питания детей первого года жизни

Наименование продуктов и блюд	Возраст (месяцы жизни)						
	2	3	4	5	6	7	8
Женское молоко, адаптированная молочная смесь или последующие молочные смеси (мл)	800—900	800—900	800—900	700	600	500	200—400
фруктовые соки (мл)	—	5—30	40—50	50—60	70	80	90—100
фруктовое пюре (мл)	—	5—30	40—50	50—60	70	80	90—100
творог (г)	—	—	—	10—40	40	40	50
желток (шт.)	—	—	—	—	0,25	0,50	0,50
овощное пюре (г)	—	10—100	100—150	150	170	180	200
каша (г)	—	10—100	100—150	150	150	180	200
мясное пюре (г)	—	—	—	5—30	30	50	60—70
рыбное пюре (г)	—	—	—	—	—	5—30	30—60
кефир и другие неадаптированные кисломолочные продукты (мл)	—	—	—	—	—	200	200
цельное молоко (мл)	—	100*	200*	200*	200*	200**	200**
хлеб (пшеничный, в/с) (г)	—	—	—	—	—	5	10
сухари, печенье (г)	—	—	—	—	—	3—5	5
растительное масло (мл)	—	—	1—3	3	5	5	6
сливочное масло (г)	—	—	1—4	4	4	5	6

Примечания:

* Для приготовления каши.

** В зависимости от количества потребляемой молочной смеси или женского молока.

**Постановление Главного государственного
санитарного врача РФ от 22 октября 2013 г. № 57**

«Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.2.3110-13 “Профилактика энтеробиоза”»

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2002, № 1 (ч. I), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; № 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; № 52 (ч. I), ст. 5498; 2007, № 1 (ч. I), ст. 21; № 1 (ч. I), ст. 29; № 27, ст. 3213; № 46, ст. 5554; № 49, ст. 6070; 2008, № 24, ст. 2801; № 29 (ч. I), ст. 3418; № 30 (ч. II), ст. 3616; № 44, ст. 4984; № 52 (ч. I), ст. 6223; 2009, № 1, ст. 17; 2010, № 40, ст. 4969; 2011, № 1, ст. 6; № 30 (ч. I), ст. 4563; № 30 (ч. I), ст. 4590; № 30 (ч. I), ст. 4591; № 30 (ч. I), ст. 4596; № 50, ст. 7359; 2012, № 24, ст. 3069; № 26, ст. 3446; 2013, № 27, ст. 3477;

№ 30 (ч. I), ст. 4079) и постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295; 2004, № 8, ст. 663; № 47, ст. 4666; 2005, № 39, ст. 3953) постановляю:

1. Утвердить санитарно-эпидемиологические правила СП 3.2.3110-13 «Профилактика энтеробиоза» (приложение).

2. Признать утратившими силу санитарно-эпидемиологические правила СП 3.2.1317-03 «Профилактика энтеробиоза»*.

Г.Г. Онищенко

* Зарегистрированы в Министерстве юстиции Российской Федерации 20 мая 2003 года, регистрационный № 4576.

Утверждены
постановлением
Главного государственного
санитарного врача
Российской Федерации
от 22 октября 2013 г. № 57

Профилактика энтеробиоза

Санитарно- эпидемиологические правила СП 3.2.3110-13

I. Область применения

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

1.2. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила устанавливают основные требования к эпидемиологическому надзору, комплексу организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения заболевания энтеробиозом.

1.3. Соблюдение санитарно-эпидемиологических правил является обязательным на всей территории Российской Федерации для государственных органов, должностных лиц, граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц.

1.4. Контроль за выполнением настоящих санитарно-эпидемиологических правил проводят органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

II. Общие положения

2.1. Энтеробиоз является антропонозным кишечным гельминтозом из класса нематодозов. Заболевание относится к контагиозным гельминтозам, является доминирующей инвазией детского населения и имеет повсеместное распространение.

2.2. Возбудитель энтеробиоза — нематода *Enterobius vermicularis*, размером от 2 до 14 мм (самцы 2—5 мм, самки 8—14 мм), паразитирует в нижней части тонкого и верхних отделах толстого кишечника, прикрепившись к слизистой оболочке. Зрелая оплодотворенная самка способна откладывать до 7000 яиц и пассивно выделяться с калом. После кладки яиц самка погибает.

2.3. Источник инвазии является человек, больной энтеробиозом или паразитоноситель. Эпидемическая опасность источника сохраняется весь период нахождения у него половозрелых паразитов. Этот период из-за возможных реинвазий может продлиться в течение многих месяцев. Заражение человека происходит

перорально при заглатывании зрелых (содержащих инвазионную личинку) яиц гельминта. Факторами передачи инвазии являются загрязненные яйцами гельминта руки, предметы общего пользования, продукты питания, вода.

2.4. Возбудитель энтеробиоза весьма устойчив к различным дезинфицирующим средствам. На игрушках, постельных принадлежностях, ковровых покрытиях и других предметах общего пользования возбудитель энтеробиоза сохраняет жизнеспособность до 21 дня, на объектах окружающей среды в верхних слоях почвы игровых площадок, песка из песочниц — до 14 дней, в водопроводной и сточной воде — до 7 дней. Устойчивость яиц о斯特риц во внешней среде увеличивается по мере их созревания. При температуре плюс 22—28 °С и снижении влажности до 60% яйца о斯特риц сохраняют жизнеспособность до 8 дней.

III. Выявление, учет и регистрация случаев энтеробиоза

3.1. Выявление больных и лиц с подозрением на заболевание энтеробиозом осуществляют специалисты медицинских организаций при всех видах оказания медицинской помощи:

- при обращении граждан за медицинской помощью;
- при оказании медицинской помощи на дому.

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

3.3. Доставка биологического материала в лабораторию производится в герметичных контейнерах, обеспечивающих его сохранность и безопасность транспортировки, в соответствии с регламентирующими документами.

3.4. Лабораторные исследования с целью выявления возбудителя энтеробиоза проводятся в клинико-диагностических лабораториях медицинских организаций и других лабораториях, осуществляющих деятельность по диагностике паразитарных заболеваний.

3.5. О каждом случае энтеробиоза врачи всех специальностей, медицинские работники медицинских организаций в течение 24 часов направляют экстренное извещение по установленной форме в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор (по месту выявления больного).

3.6. Каждый случай энтеробиоза подлежит регистрации и учету по месту его выявления в медицинских организациях в журнале учета инфекционных заболеваний установленной формы.

3.7. Ответственность за полноту, достоверность и своевременность регистрации и учета случаев энтеробиоза, а также оперативное и полное информирование о них органов и учреждений Роспотребнадзора несет руководитель медицинской организации по месту выявления больного.

3.8. Случаи энтеробиоза учитываются в формах государственного статистического наблюдения № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» в установленном порядке.

3.9. Полноту, достоверность и своевременность учета случаев энтеробиоза, а также сообщение о них в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, обеспечивают руководители медицинских организаций.

IV. Профилактические мероприятия

4.1. Органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, контролируют соблюдение санитарного законодательства Российской Федерации, направленное на предупреждение возникновения и распространения случаев энтеробиоза.

4.2. Профилактика энтеробиоза включает комплекс мероприятий:

- выявление больных (паразитоносителей) энтеробиозом;
- обследование лиц, относящихся к декретированному контингенту;
- лечение выявленных инвазированных лиц и химиопрофилактику лиц, находившихся в контакте с инвазированными;
- санитарно-паразитологический контроль объектов внешней среды, в том числе предметов обихода, воды в бассейнах, песка песочниц, воды питьевой;
- мониторинг циркуляции возбудителя энтеробиоза в группах повышенного риска заражения;
- осуществление санитарно-гигиенических мероприятий в соответствии с нормативными документами по соблюдению противоэпидемического режима;
- определение уровня риска заражения в соответствии с эпидемиологической ситуацией и результатами санитарно-паразитологического контроля и (или) уровнем пораженности обследованных лиц в очаге;
- разработку комплексных планов, целевых программ по профилактике паразитарных болезней (в том числе по энтеробиозу);
- гигиеническое воспитание населения.

4.3. Выявление больных (паразитоносителей) энтеробиозом:

4.3.1. Выявление больных и паразитоносителей проводится при профилактических, плановых, предварительных при поступлении на работу и периодических обследованиях в соответствии с порядком и кратностью, определенными нормативными документами.

4.3.2. Обследованию на энтеробиоз подлежат:

- дети дошкольных образовательных организаций;
- персонал дошкольных образовательных организаций;
- школьники младших классов (1—4);
- дети, подростки, лица, относящиеся к декретированному контингенту, при диспансеризации и профилактических осмотрах;
- дети, подростки по эпидемическим показаниям (часто болеющие острыми кишечными инфекциями, проживающие в антисанитарных условиях и социально неблагополучных семьях);
- дети, оформляющиеся в дошкольные и другие образовательные организации, дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, на санаторно-курортное лечение, в оздоровительные организации;

- амбулаторные и стационарные больные детских поликлиник и больниц;
- декретированные и приравниваемые к ним контингенты лиц;
- лица, контактные с больным (паразитоносителем) энтеробиозом;
- лица, получающие допуск для посещения плавательного бассейна.

4.3.3. Плановые профилактические обследования детей и обслуживающего персонала в детских дошкольных коллективах и коллективах младшего школьного возраста проводятся 1 раз в год (после летнего периода, при формировании коллектива) и (или) по эпидемическим показаниям.

4.3.4. Периодическому профилактическому плановому обследованию на энтеробиоз один раз в год подлежат лица, относящиеся к декретированному контингенту.

4.3.5. Руководители организаций, учреждений, индивидуальные предприниматели обеспечивают выполнение профилактических мероприятий.

V. Противоэпидемические мероприятия

5.1. Противоэпидемические мероприятия в очаге энтеробиоза включают:

- выявление источников инвазии;

- установление очагов и определение их типов (приложение № 1);
- оценка эпидемиологической ситуации с учетом степени риска заражения (приложение № 1);
- лечение больных энтеробиозом с учетом типов очагов;
- санация очагов энтеробиоза, в том числе дезинвазионные мероприятия независимо от типа очага;
- дезинвазионные мероприятия проводят отдельно или в сочетании с другими профилактическими (в том числе санитарно-гигиеническими) и противоэпидемическими мероприятиями (приложение № 2).

5.2. Дезинвазионные мероприятия проводятся в период лечения детей, а также в течение 3 дней после его окончания. Предметы обихода на 3 дня убираются в кладовые до завершения дезинвазии или подвергаются камерной дезинфекции. Наблюдение за очагом энтеробиоза осуществляется от 2—3 месяцев до года в зависимости от степени риска заражения.

5.3. Дезинвазионные мероприятия, не приведшие к уничтожению возбудителя энтеробиоза в окружающей среде, являются основанием вынесения решения о проведении дополнительных противоэпидемических мероприятий.

VI. Порядок отстранения инвазированных остицами от работы (учебы) лиц и допуск к работе (учебе) после лечения

6.1. Инвазированные остицами подлежат обязательному лечению в амбулаторных или стационарных условиях (при необходимости изоляции по эпидемиологическим показаниям) на основании их добровольного информированного согласия и с учетом права на отказ от медицинского вмешательства.

6.2. Инвазированные остицами лица, относящиеся по роду своей профессиональной деятельности к декретированному контингенту, на период лечения (в соответствии с трудовым законодательством) переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения энтеробиоза. При невозможности перевода таких работников временно (на период лечения и контрольного лабораторного обследования) отстраняют от работы с выплатой компенсации в установленном законодательством порядке. Взрослое население, профессионально не относящееся к декретированным контингентам, на период лечения от работы не отстраняется.

6.3. Детей, инвазированных остицами, являющихся источниками распространения энтеробиоза, не допускают в дошкольные

образовательные учреждения на период лечения и проведения контрольного лабораторного обследования.

6.4. При плановых профилактических обследованиях детей в организованных коллективах и выявлении 20% и более инвазированных остицами на период лечения из детского коллектива не отстраняют. Химиопрофилактику проводят одновременно всем детям и персоналу препаратами, разрешенными для этих целей в установленном порядке в соответствии с инструкцией на препарат.

6.5. На период проведения лечебно-профилактических мероприятий впервые поступающих детей или длительно отсутствовавших в детский коллектив не принимают.

VII. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора

7.1. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора за энтеробиозом представляют собой динамическое наблюдение за эпидемическим процессом энтеробиоза, целью которого является разработка адекватных санитарно-противоэпидемических, профилактических мер, направленных на снижение заболеваемости энтеробиозом, пред-

упреждение возникновения очагов с учетом оценки ситуации.

7.2. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора за энтеробиозом включают:

- мониторинг заболеваемости (пораженности) энтеробиозом;
- мониторинг охвата обследованием населения на энтеробиоз;
- мониторинг циркуляции возбудителя;
- контроль за организацией и проведением профилактических мероприятий;
- оценку эффективности проводимых мероприятий.

7.3. Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор за энтеробиозом проводится органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

VIII. Гигиеническое воспитание населения

8.1. Гигиеническое воспитание населения является основным методом профилактики энтеробиоза.

8.2. Гигиеническое воспитание населения включает представление населению подробной информации об энтеробиозе, мерах общественной и личной профилактики с использованием средств массовой информации,

информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», листовок, плакатов, бюллетеней, а также путем проведения индивидуальных бесед.

8.3. Организацию и проведение информационно-разъяснительной работы среди населения проводят органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, медицинские организации, центры медицинской профилактики.

тальной работы среди населения проводят органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, медицинские организации, центры медицинской профилактики.

Приложение № 1 к СП 3.2.3110-13

Противоэпидемические мероприятия в очагах энтеробиоза

Тип очага по уровню риска заражения	Интенсивность контаминации в очаге (я/г/10 м ²)	Уровень пораженности в очаге (%)	Противоэпидемические мероприятия	Кратность контроля
I. Низкий	1—5	5,0 и менее	1. Внеплановое однократное обследование детей, персонала и контактировавших с инвазированными лицами. 2. Дегельминтизация инвазированных лиц. 3. Дезинвазия объектов окружающей среды	Ежегодно
II. Умеренный	6—10	6—20	1. Внеплановое обследование персонала и контактировавших с инвазированными лицами. 2. Дегельминтизация инвазированных лиц. 3. Дезинвазия объектов окружающей среды	Не реже 1 раза в полгода
III. Высокий	Более 10	Более 20	Дегельминтизация, химиопрофилактика детей, персонала и контактировавших с инвазированными лицами	Не реже 1 раза в квартал

Приложение № 2 к СП 3.2.3110-13

Дезинвазия объектов окружающей среды в очаге энтеробиоза

№ п/п	Объекты	Способ и режим дезинвазии
1	Поверхности помещений, объектов окружающей среды, жесткая мебель, воздух в помещениях	Орошение или протирание с последующей влажной уборкой дезинфекционно-дезинвазионными средствами, зарегистрированными и разрешенными к применению в установленном порядке
2	Мягкая мебель, мягкие игрушки, ковры	Обработка с помощью пылесоса с последующим обеззараживанием пыли при использовании разрешенных к применению дезинвазионных средств. После дезинвазии убрать на 3 дня в кладовые ковры и мягкие игрушки
3	Белье, спецодежда, предметы обихода и уборочный инвентарь	Кипячение в течение 1—2 мин в 2% водном растворе кальцинированной соды, 2% мыльно-содовом растворе, или 0,5% растворе любого моющего средства — 15 мин
4	Твердые и резиновые игрушки, посуда	Мытье с моющими средствами и обработка горячим раствором (60—80 °C) 2% водного раствора кальцинированной соды или 2% мыльно-содовым раствором
5	Постельные принадлежности (одеяла, подушки, матрасы)	Обработка с помощью пылесоса с последующим обеззараживанием пыли при использовании разрешенных к применению дезинвазионных средств либо камерная дезинфекция объектов
6	Санитарно-техническое оборудование	Обработка дезинфекционно-дезинвазионными средствами, зарегистрированными и разрешенными к применению в установленном порядке
7	Кал в горшках	Обеззараживание перед сбросом в канализацию дезинфекционно-дезинвазионными средствами, зарегистрированными и разрешенными к применению в установленном порядке

50 лет в педиатрии

*Поздравляет коллектив детской поликлиники № 2
г. Благовещенска*

Красовская Лидия Владимировна родилась в 1938 г. на прииске Николаевск Зейского района Амурской области в семье служащих. В 1959 г. поступила на лечебный факультет Башкирского государственного медицинского университета и успешно окончила его в 1965 г. После прохождения специализации по детским болезням была направлена участковым врачом в детскую поликлинику № 2 г. Благовещенска, где работает по настоящее время.

В 1991 г. за заслуги в области народного здравоохранения и достигнутые успехи в лечебно-профилактической работе Президиумом Верховного Совета РСФСР присвоено почетное звание «Заслуженный врач РСФСР». За многолетний добросовестный труд и достойное отношение к выполнению профессиональных обязанностей неоднократно награждалась почетными грамотами и дипломами. Ветеран труда.

Любовь и верность к своей профессии Лидия Владимировна хранит на протяжении уже 50 лет. Не одно поколения выросло на ее глазах. Вот как она отзыается о своей профессии: «Я люблю свою профессию, она очень труд-



ная, но в тоже время благодарная, когда видишь, как появляется на свет человек, первым слышишь его крик, идешь на зов, когда в семье беда — заболел ребенок. Идешь на помощь, несмотря на дождь, ветер, снег, внушаешь уверенность в его выздоровлении родителям и радуешься вместе с ними, когда ребенок поправляется. На душе становится тепло. Профессия педиатра трудна, потому что маленький пациент порой не может сказать, что у него болит, что его беспокоит, и в этом случае многолетний опыт и практика тебе выручают. Нужна, ведь здоровье детей — наше будущее».

Проектная деятельность по формированию педагогической компетентности родителей в формате клуба «Молодая семья»

Гучинская А.Г.,
педагог-психолог;

Маркова Ю.П.,
социальный педагог, педагог-психолог МАДОУ д/с № 14,
г. Благовещенск Амурской обл.

Ежегодно в ДОО поступает более 75 детей раннего возраста, в большинстве случаев из молодых семей. Практика показывает, что именно эта категория родителей наиболее остро нуждается в медико-психолого-педагогическом сопровождении. Согласно исследованиям, уровень психолого-педагогической компетентности родителей во многом предопределяет успешную социализацию ребенка дошкольного возраста в условиях образовательного учреждения.

В связи с этим возникла необходимость создания клуба «Молодая семья». Постоянным партнером данного проекта выступает Амурская медицинская академия. Совместно проводятся собрания в форме конференции с использованием мультимедий-

ных презентаций; тренинги для педагогов «Укрепление семейных ценностей как залог гармонизации положения семьи», видеороликов.

Цель проекта: установление сотрудничества детского сада и семьи в вопросах преемственности воспитания дошкольников и создания системы психолого-медицинско-педагогического сопровождения родителей в период дошкольного детства.

Основные задачи работы с родителями:

- создавать условия для объединения усилий семьи и дошкольного учреждения по охране прав детей;
- формировать индивидуальную воспитательную родительскую позицию, ответственность и инициативу;

- содействовать сохранению психосоматического здоровья воспитанников, их полноценному психическому и личностному развитию;
 - воспитывать нравственные нормы поведения;
 - формировать у ребенка положительное самоощущение и отношение к окружающим людям;
 - развивать коммуникативную компетентность ребенка.
- учитель-логопед;
 - заместитель заведующего по воспитательно-образовательной работе;
 - заведующий ДОО;
 - инструктор по физической культуре;
 - инструктор по плаванию;
 - музыкальный руководитель;
 - медицинские работники ДОО (врач-педиатр, медицинская сестра, физиосестра, массажист.

Основные принципы работы клуба «Молодая семья»: добровольность, компетентность, соблюдение педагогической этики, конфиденциальность.

Основные направления в работе с родителями:

- оказание психологомедико-педагогической помощи и поддержки родителям в вопросах воспитания дошкольников;
- выявление, трансляция положительного опыта семейного воспитания;
- повышение психологомедико-педагогической компетенции родителей;
- популяризация деятельности МАДОУ д/с № 14 г. Благовещенска среди населения микрорайона.

Участники клуба:

- социальный педагог;
- педагоги-психологи;
- воспитатели возрастных групп;

Формы работы клуба «Молодая семья»:

- беседы за круглым столом;
- деловые игры;
- конференции;
- совместное проведение праздников;
- решение педагогических ситуаций;
- занятия с элементами тренинга;
- выставки творческих семейных работ.

Наиболее эффективными формами в работе с участниками клуба стали:

- занятия с элементами тренинга;
- детско-родительские занятия;
- трансляция опыта воспитания в семье;
- совместное проведение праздников.

Информацию о работе клуба «Молодая семья» родители и педагоги получают через ежекварт-



Фото. Занятие в клубе «Молодая семья»

тальную газету ДОО «Здоровячок» в рубриках: «Информируем», «Мнение специалиста», «Советы педагога» и др., также информация располагается в информационных уголках.

Работа осуществляется в соответствии с тематическим планом, который составляется на учебный год. Согласно положению о клубе мероприятия планируются с периодичностью 1 раз в месяц.

Родители, участники клуба «Молодая семья», сопровождаются индивидуально в течение учебного года, т.е., они могут получить консультации специ-

алистов ДОО не только в рамках мероприятий клуба, но и в любое время.

Количество родителей, принимающих участие в заседаниях клуба, с каждым учебным годом увеличивается: 2012/13 — 75 чел., 2013/14 — 120, 2014/15 — 168 чел.

В клубе проводилось занятие с элементами тренинга на тему «Тепло семьи».

Задачи:

- сплотить родителей;
- определить круг общих проблем, возникающих в семьях.

В процессе работы родители ближе познакомились, проявили

творческие способности в рисовании, обменялись опытом воспитания детей, поделились примерами некоторых установок и правил, которые приняты в семьях (см. фото).

Результат занятия — положительные эмоции и дружеская обстановка в родительском коллективе группы.

Условия успешного проведения мероприятий в рамках клуба «Молодая семья»:

- уважать права родителей;
- искренне выражать чувства, уметь управлять ими;
- внимательно и чутко относительно к эмоциональному состоянию родителей;
- активно слушать родителей, предоставляя им возможность рассказать о трудностях, испытываемых в воспитании ребенка;
- не торопиться с выводами и рекомендациями, а лишь

создать условия для инсайда (отображать ситуацию в зеркале своего восприятия, пояснить смысл высказываний);

— стремиться к пониманию и совместному решению проблем.

В настоящее время большой интерес вызывают нетрадиционные формы работы с родителями в ДОО. Одна из таких форм — проведение мастер-классов. Она очень результативна.

Наиболее успешно проходят мастер-классы, на которых родители обучают педагогов. Так, в октябре 2014 г. был проведен мастер-класс по обучению коллектива ДОО изготовлению кукол-оберегов, на котором представлен материал об истории происхождения кукол, способы их изготовления и оформления. Мероприятие подготовила бабушка одного из воспитанников подготовительной группы.

МУДРЫЕ ВЫСКАЗЫВАНИЯ

О ВОСПИТАНИИ ДЕТЕЙ

Все нравственное воспитание детей сводится к добруму примеру. Живите хорошо или хоть старайтесь жить хорошо, и вы по мере вашего успеха в хорошей жизни хорошо воспитаете детей.

Л.Н. Толстой

Главный замысел и цель семейной жизни — воспитание детей. Главная школа воспитания — это взаимоотношения мужа и жены, отца и матери.

Влюбленный в себя не может быть способным на подлинную любовь. Эгоизм — это страшный порок, отравляющий любовь. Если ты эгоист, лучше не создавай семьи.

В.А. Сухомлинский

Указатель статей, опубликованных в журнале «Медработник ДОУ» в 2015 г.

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Макарова Л.В. Подготовка специалистов для дошкольного образования — наша общая задача.....	№ 1, с. 5
Макарова Л.В. Сердце отдают детям.....	№ 2, с. 5
Макарова Л.В. Знания из первых рук.....	№ 3, с. 5
Макарова Л.В. На долгую память.....	№ 4, с. 5
Макарова Л.В. Вперед к знаниям!	№ 5, с. 5
Макарова Л.В. Дошкольное образование г. Ноябрьска	№ 6, с. 5
Макарова Л.В. Сохранить здоровье детей мы можем только общими усилиями	№ 7, с. 5
Макарова Л.В. Представляем педиатрический факультет Амурской ГМА	№ 8, с. 5

ГОСТЬ НОМЕРА

Баль Л.В. Формированию здорового образа жизни — особое внимание!	№ 4, с. 6
Бурыгина Т.Е. Вопросам охраны здоровья детей — первостепенное внимание	№ 6, с. 6
Зеновко Е.И. Сахарный диабет у детей.....	№ 3, с. 6
Ибрагимова Г.А. Социализация детей с ОВЗ	№ 2, с. 6
Касаткина Е.И. Повышение квалификации кадров — важнейшая задача в условиях введения ФГОС ДО.....	№ 1, с. 6
Никитина А.А. Нужны ли педагогу знания возрастной физиологии?	№ 5, с. 6
Романцова Е.Б. Работа с часто болеющими детьми требует комплексного подхода	№ 8, с. 6
Ромм А.А. Детям необходима квалифицированная психологическая помощь	№ 7, с. 6

ГИГИЕНА

Факторы окружающей среды

Кускильдина Ф.М., Курбангалиева Г.Р. Обновление предметно- развивающей среды неслышащих детей в интернатном учреждении № 2, с. 16	
Пятунина С.К., Ключникова Н.М. Сезонные явления в жизни растений в условиях города. Экскурсии для дошкольников....	№ 5, с. 12

Рациональное питание

Абулгатина А.С. Рациональная организация питания — залог здоровья воспитанников ДОО	№ 2, с. 20
Безлепкина Е.Ю. Принципы питания воспитанников ДОО, подведомственных Департаменту образования администрации г. Ноябрьска	№ 6, с. 12

- Зеновко А.Е. Питание детей от 1 года до 6 лет № 3, с. 48
- Мальцева М.Е. Витамины и минеральные вещества —
важные компоненты здорового питания № 3, с. 34
- Мальцева М.Е. Основы рационального питания человека № 3, с. 20
- Медведева С.В. Витаминная недостаточность у детей
дошкольного возраста № 8, с. 14
- Мухетдинова А.Л. Малыши и детское питание № 6, с. 18
- Романцова Е.Б., Борисенко Е.П. Новые знания
о «солнечном» витамине D № 8, с. 23
- Оздоровительная работа**
- Арсланалиева Н.К., Глушак М.А. Организация образовательной
работы в группе оздоровительной направленности
для детей с аллергопатологией № 6, с. 48
- Ачеева Н.Г. Оздоровление детей в условиях ДОО № 4, с. 35
- Балашова Г.В., Рябикова Н.Н., Разуваева Е.А., Дунаева Э.А.
Ее Высочество игра, Его Величество ребенок № 1, с. 19
- Богданова Е.А. Здоровьесберегающие технологии
на музыкальных занятиях № 4, с. 30
- Волкова Л.П. Профилактика нарушения зрения у дошкольников.... № 4, с. 42
- Галимова Р.С., Хартахай С.М., Сафиковна Э.А.,
Кашафутдинова Н.М. Луч солнца — луч надежды № 2, с. 26
- Игнатова Н.С. Физкультурно-оздоровительная работа в ДОО
компенсирующего вида для детей с ОВЗ № 4, с. 33
- Игнатьева А.В. Здоровье через природу № 2, с. 37
- Киселева Т.В. Логопедическая ритмика в работе с детьми
с тяжелыми нарушениями речи № 2, с. 28
- Кузоврова Н.В., Габбасова Э.Т. Использование арт-терапии
для развития мелкой моторики у детей с синдромом Дауна ... № 2, с. 32
- Мещерякова Е.И. Путешествие по Крыму за здоровьем № 1, с. 14
- Никитина А.А. Служба здоровья ДОО. Из опыта работы..... № 7, с. 29
- Пяткова Л.П., Понамеренко Н.Н. Здоровый дошкольник.
Комплексный проект № 4, с. 14
- Пяткова Л.П., Понамеренко Н.Н. Проект «Здоровые
воспитатели — здоровые дети» № 7, с. 16
- Сивкова Л.В. К здоровью через экологию № 4, с. 40
- Степанец Л.А., Донец Н.А. Особенности организации работы
в группе оздоровительной направленности..... № 6, с. 37
- Хайбатова М.З. Здоровьесберегающие технологии
в педагогическом процессе ДОО № 1, с. 36
- Холмогорова Н.В. Комплексная здоровьесберегающая
технология повышения успешности обучения детей
в системе непрерывного образования № 5, с. 25
- Холодок Л.Г., Костюк Р.Г. Организация двигательной активности
ребенка в семье № 8, с. 31
- Шарнина Н.В. Формирование здоровьесберегающего
пространства в ДОО № 1, с. 31
- Здоровый образ жизни**
- Ступакова Л.В. Формирование здорового образа жизни
как направление социализации детей в ДОО..... № 4, с. 44
- Чукссеева Е.А. Здоровый образ жизни детей в условиях ДОО № 4, с. 48

ПЕДИАТРИЯ

Здоровый ребенок

- Баркан А. Что мешает ребенку адаптироваться к детскому саду? № 4, с. 58
 Зеновко Е.И. Рост и развитие ребенка № 3, с. 56
 Рабичев И.Э. Развитие бинокулярного зрения у детей № 5, с. 56
 Серебряная А.В. Что такое мастурбация? № 7, с. 45
 Тарновская Т.А. Сенсорное обеспечение речевого поведения
 и его оценка в ДОО № 5, с. 64

Оценка состояния здоровья

- Бочкарева А.Г., Никитина А.А., Анчикова И.В., Лукинская О.Е.,
 Кабанова Е.М. Диагностика и профилактика развития нарушений
 опорно-двигательного аппарата и координации движений
 у дошкольников № 5, с. 38
 Гаязова Г.А. Характеристика нарушений самооценки у детей
 с ОВЗ № 2, с. 42
 Спивак Е.М., Гаврилов Д.В., Гаврилова Ю.А., Любимовская Г.В.
 Показатели здоровья и функциональные параметры организма
 детей подготовительной к школе группы № 7, с. 40
 Чупак Э.Л. Ранняя диагностика поведенческих отклонений
 у детей дошкольного возраста № 8, с. 36

Неинфекционные заболевания

- Ганузин В.М. К вопросу о метеочувствительности,
 метеотропных реакциях и аномалиях конституции у детей № 4, с. 66
 Костяшкина А.Ю. Некоторые личностные особенности
 пациентов с хроническими заболеваниями № 7, с. 49
 Макина О.В., Ганузин В.М., Туз В.В., Бабунина Е.В. Течение
 сахарного диабета 1-го типа у дошкольников № 1, с. 44

Неотложка

- Ганузин В.М. Оказание помощи при укусах змей и насекомых
 на догоспитальном этапе № 1, с. 54

Инфекционные и паразитарные заболевания

- Абуталипова Э.Н., Давлетбаева З.К. Медико-социальная
 помощь детям с ВИЧ-инфекцией в коррекционном
 детском доме № 2, с. 46
 Краснова Е.Е. Лямблиоз у детей № 4, с. 74
 Марунич Н.А., Фигурнов В.А., Гаврилов А.В. Некоторые
 гельминтозы в Амурской области № 8, с. 45

Профилактика заболеваний

- Айриян Э.В. Профилактика типичных заболеваний половых
 органов у девочек допубертатного периода № 3, с. 73
 Киселева М.Г. Оздоровительные мероприятия с детьми,
 находящимися в выраже туберкулиновых проб № 6, с. 58
 Лещенко М.В. Реабилитация часто болеющих детей в ДОО № 3, с. 67
 Фархутдинова Л.В. Медико-психологические аспекты коррекции
 функционального состояния часто болеющих неслышащих детей.... № 2, с. 51
 Худякова Н.В. Организация деятельности групп оздоровительной
 направленности для часто болеющих детей № 6, с. 61
 Шамраева В.В. Вакцинация часто болеющих детей № 8, с. 57

Шанова О.В. Профилактика артериальной гипертензии у детей	№ 8, с. 65
Реабилитация	
Ибрагимов Р.Я. Реабилитация детей с ОВЗ	№ 2, с. 61
Кудряшова М.Ф. Сурдотехнические средства в работе с дошкольниками, имеющими нарушения слуха	№ 2, с. 58
Нугуманова Г.Н. Социально-личностное развитие детей с нарушением слуха	№ 2, с. 54
Торяник Н.В. Организация деятельности офтальмологического кабинета в условиях детского сада	№ 6 с. 52
Юткина О.С. Реабилитация детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью	№ 8 с. 49
Лекотека	
Матвеева Н.Н. Лекотека для незрячих детей	№ 6, с. 68

ПЕДАГОГИКА

Физическое воспитание

Белоусова С.Н., Никитина А.А. Развитие моторики у детей с разным уровнем здоровья на занятиях по физической культуре	№ 5, с. 78
Бутерус Е.Г., Максимцова Н.С. Юные спортсмены из «Росинки»	№ 6, с. 74
Ермакова Н.Н., Горбунова А.М., Гинятуллина З.И., Шакмакова Н.Н. Путешествие в Страну здоровья. Спортивно-оздоровительное развлечение с элементами ОБЖ и ПДД для детей с ОВЗ	№ 4, с. 82
Клюева Е.Л. Твоя безопасность — в твоих руках. Досуг для детей 6—7 лет и учащихся 1—4 классов	№ 5, с. 86
Кузнецова В.М. Выносливость — важное физическое качество будущих первоклассников	№ 7, с. 56

Развитие ребенка

Айриян Э.В., Мальцева М.Е. Воспитание детей в возрасте от 2 до 6 лет	№ 3, с. 78
Арутюнян К.А. Сущность и особенности методики Марии Монтессори	№ 8, с. 74
Губанова О.М. Работа с детьми в летний оздоровительный период	№ 1, с. 58
Гучинская А.Г., Маркова Ю.П. Игровые дни с детьми 2—3 лет в Центре игровой поддержки ребенка	№ 8, с. 85
Панова М.А. Двигательный режим и его значение в развитии дошкольников с речевыми нарушениями	№ 7, с. 61
Саудаханова А.Ф. «Веселое лекарство» для детей с детским церебральным параличом	№ 6, с. 80
Сотула О.С. Развивающие игры с песком для старших дошкольников	№ 5, с. 90
Федотова Л.Н. Использование компьютерных средств обучения в домашних условиях	№ 4, с. 87
Якшигулова Г.Г. Социальное развитие дошкольников с ОВЗ	№ 2, с. 64
Психологическая помощь	
Абуталипова Э.Н., Мирсаяпова М.А. Компьютерные телекоммуникации в консультировании патронатных воспитателей....	№ 2, с. 76

- Алдухова С.В. Опыт работы педагога-психолога с детьми, испытывающими тревогу и страх № 8, с. 88
- Бельчикова Л.М., Чепикова В.Н. Игровой тренинг для родителей № 4, с. 92
- Зубаирова А.С. Арт-терапия как метод развития личности ребенка № 1, с. 64
- Коваленко Е.В. Как устраниТЬ признаки тревожности у детей с нарушением зрения..... № 6, с. 86
- Левченко И.Р. Инновационные подходы к психолого-педагогическому сопровождению детей с нарушениями речи... № 2, с. 69
- Низамутдинова А.П. Использование релаксации и психогимнастики в работе с дошкольниками с ОВЗ № 4, с. 90
- Печора К.Л. Проблема адаптации детей к новым условиям жизни ... № 8, с. 88
- Сальникова И.А. Ребенку два года: советы нейропсихолога № 7, с. 66
- Юсупова Г.Х., Кузьмина Ф.М., Идельбакова Р.Р. Психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии..... № 2, с. 72
- Коррекционная работа**
- Давлетбаева Е.И. Технология биологической обратной связи как средство коррекции нарушений речи у дошкольников..... № 6, с. 94
- Ивашова И.Ю. Организация коррекционной работы в старшей группе № 1, с. 67
- Кадырова З.В., Калимуллина Г.И., Шалупкина Г.К. Совместная работа тифлопедагога и логопеда по сопровождению детей с нарушением зрения..... № 2, с. 86
- Карачурина А.А., Насырова О.М., Авилова Н.Н., Сатлыкова Э.Н. Коррекционно-развивающая образовательная деятельность со старшими дошкольниками с ДЦП № 2, с. 79
- Кузоврова Н.В., Тимофеева В.К. Логопедическое медико-психологическое сопровождение развития детей с нарушениями речи..... № 2, с. 91
- Микляева Н.В. Адаптированный учебный план для компенсирующих групп и детских садов № 7, с. 74
- Экологическое воспитание**
- Перепелица Н.А. Волшебная аптека..... № 1, с. 76
- Петров С.В., Петрова А.С. Факторы экологической опасности в ДОО и в быту..... № 3, с. 87
- Столярова С.В. Формирование у дошкольников представлений о взаимосвязи здоровья человека и природы..... № 4, с. 95
- Шипицына Л.В. Система экологического воспитания дошкольников № 1, с. 72
- Педагогическая копилка**
- Баль Л.В. Верные друзья. Занятие для дошкольников № 4, с. 99
- Котова В.И. Релаксационная гимнастика для младших дошкольников № 1, с. 83
- Михайлова-Сонина Н.М. Коррекционная оздоровительная работа..... № 4, с. 102

- Парфенова Е.В. Адаптация детей раннего возраста к условиям ДОО при помощи детского фольклора № 1, с. 80
- Фатыхова М.А. Игровая терапия в работе с часто болеющими детьми раннего возраста в условиях ДОО № 6, с. 98

АКТУАЛЬНО

Нормативные документы

- Внесены изменения в СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций» № 7, с. 102
- Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 17.03.2014 № 9 «Об утверждении СП 3.1.2.3162-14» № 1, с. 86
- Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.10.2013 № 59 «Об утверждении СП 3.1.2.3113-13 “Профилактика столбняка”» № 2, с. 98
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 20.07.2015 № 28 «О внесении изменений в СанПиН 2.4.1.3049-13 “Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций”» № 8, с. 94
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 27 августа 2015 г. № 41 «О внесении изменений в СанПиН 2.4.1.3049-13 “Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций”» № 8, с. 96
- Постановление от 22.10.2013 № 57 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.2.3110-13 “Профилактика энтеробиоза”» № 8, с. 102
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 № 1082 «Об утверждении положения о психолого-педагогической комиссии» № 7, с. 95
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24.07.2015 № 514н «Об утверждении профессионального стандарта “Педагог-психолог (психолог в сфере образования)”» № 7, с. 94
- Приказ Минобрнауки России от 08.04.2014 № 293 г. Москва «Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам дошкольного образования» № 4, с. 110
- Медицинское обслуживание**
- Богданова М.В. Транскраниальная микрополяризация в терапии различных заболеваний ЦНС у детей № 7, с. 104
- Жукова Е.В. Совместная работа педагогов и медицинской службы ДОО по сохранению и укреплению здоровья детей. Из опыта работы № 4, с. 118

Профессиональный рост

Абуталипова Э.Н. Международное сотрудничество в сфере оказания логопедической помощи детям № 2, с. 108

Основы безопасности

Аносова Е.Б. Обеспечение пожарной безопасности образовательных организаций в Российской Федерации № 3, с. 101

Теремов А.В., Пятунина С.К. Экологическая тропа-квест для ознакомления детей с ядовитыми растениями, животными и грибами № 5, с. 100

Филатов А.В. Вероятные риски возникновения социально опасных ситуаций с дошкольниками № 3, с. 96

Самообразование

Булатова А.В. Роль общественных организаций в социализации детей с ОВЗ № 2, с. 115

Зеновко А.Е. Вскрмливание детей первого года жизни № 3, с. 112

Никитина А.А., Бочкарева А.Г., Атаева В.А., Кушнир Д.В. Особенности физического развития детей дошкольного возраста № 5, с. 111

Филимонова Н.Ю. Мониторинг инновационных процессов в ДОО в работе педагога-психолога № 1, с. 106

Документация

Бурыгина Т.Е. Группы оздоровительной направленности для детей с ослабленным здоровьем № 6, с. 106

Работа с семьей

Гучинская А.Г., Маркова Ю.П. Проектная деятельность по формированию педагогической компетентности родителей в формате клуба «Молодая семья» № 8, с. 111

Елинская Н.В., Илтубаева И.С. Забота родителей + усилия педагогов = здоровый и развитый ребенок № 6, с. 115

Зубаирова А.С., Латыпова Г.Р. Игры, которые лечат. Заседание семейного клуба «Сотрудничество» № 7, с. 110

Кремлякова А.Ю., Коростелева Е.Ф., Михальчук О.П. Работа с родителями детей с нарушениями зрения в условиях ДОО № 2, с. 117

Лебедева Н.Г. Рекомендации родителям по физическому воспитанию детей № 1, с. 116

Литвинова В.В. Построение единого здоровьесберегающего образовательного пространства в ДОО и семье № 1, с. 118

Серкунова К.Р. Консультации для родителей детей с нарушениями речи № 2, с. 121

Хахалкина У.В., Улыбина О.В. Психологическое сопровождение родителей, воспитывающих детей с ОВЗ № 4, с. 120

Чернигова А.А. Папа может всё! Конкурс кулинарных талантов № 7, с. 106

Яковенко Т.Д. Родительские клубы как современная форма повышения родительской компетентности.

Омысление опыта № 7, с. 116

Издательство «ТЦ Сфера» представляет новинки



«ПОЧЕМУЧКИ»

Комплексная программа группы кратковременного пребывания для детей 3—5 лет

Под ред. Н.В. Микляевой

В книге представлена образовательная программа для ГКП, составленная на основе системно-деятельностного подхода к взаимодействию с детьми, с учетом ФГОС ДО и общеобразовательной программы «На крыльях детства».



ДЕТСКО-ВЗРОСЛОЕ СООБЩЕСТВО: развитие взрослых и детей

Авторы — Майер А.А., Файзуллаева Е.Д.

Материалы учебно-методического пособия представляют, с одной стороны, рефлексию парадигмальных изменений в образовании в аспекте эволюции педагогического взаимодействия воспитателя с детьми, с другой — на основе систематизации и обобщения закономерностей, принципов и технологий рефлексии задают направления развития рефлексивных практик в образовательной деятельности педагога с детьми. В основе данных практик лежат детско-взрослая общность, со-бытийность и совместная деятельность как условие, форма и механизм развития дошкольного образования.



ПО СТУПЕНЬКАМ К ЗВУКУ

Формирование звукопроизношения у ребенка с ОВЗ

Авторы — Кучмезова Н.В., Лигостаева И.А.

В книге предлагаются занятия по формированию звукопроизношения у детей 3—5 лет с ОВЗ. Материал построен с учетом принципа от простого к сложному, задания представлены в игровой форме. Книга адресована учителям-логопедам, дефектологам, воспитателям и родителям.

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

E-mail: sfera@tc-sfera.ru

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

**Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги
серии «Синяя птица»**



**С ФИЗКУЛЬТУРОЙ ДРУЖИТЬ –
ЗДОРОВЫМ БЫТЬ!
Методическое пособие**

Автор — Маханева М.Д.

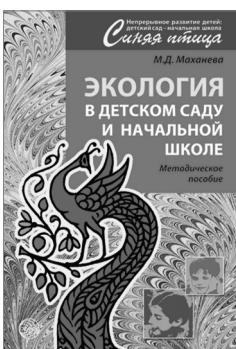
В данном пособии предлагаются рекомендации по физическому воспитанию детей дошкольного и младшего школьного возраста. Пособие содержит перспективные планы физкультурных занятий, уроков, занятий по плаванию, сценарии спортивных праздников и примерный комплекс закаливающих процедур из опыта работы МОУ «Прогимназия № 117» учителя физкультуры Г.В. Барановой.



**ФИГУРНОЕ ПЛАВАНИЕ В ДЕТСКОМ САДУ
Методическое пособие**

Авторы — Маханева М.Д., Баранова Г.В.

Содержит общую характеристику средств, обеспечивающих здоровый образ жизни ребенка, методику работы по плаванию старших дошкольников, а также перспективное планирование занятий в бассейне для детей 6–7 лет и работы студии «Рисунки на воде». Представлены рекомендации по развитию нетрадиционных форм обучения плаванию детей 6–7 лет.



**ЭКОЛОГИЯ В ДЕТСКОМ САДУ
И НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ
Методическое пособие**

Автор — Маханева М.Д.

В пособии даны рекомендации по ознакомлению детей 4–10 лет с окружающим миром, методические разработки уроков и внеклассных мероприятий, а также тематическое планирование занятий. Особенностью представленной парциальной программы являются непрерывность и преемственность экологического образования между детским садом и начальной школой.

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

E-mail: sfera@tc-sfera.ru

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

**Издательство «ТЦ Сфера» представляет
парциальную программу
«Будь здоров, дошкольник»**



БУДЬ ЗДОРОВ, ДОШКОЛЬНИК
**Программа физического
развития дошкольника**

Автор — Токаева Т.Э.

- Программа создана на основе результатов исследования проблемы физического развития и воспитания культуры здоровья детей с учетом интеграции содержания федеральных и региональных программ, требований ФГОС ДО.
- Развитие детей предполагается через овладение ребенком представлений о себе, своем здоровье и физической культуре способами физкультурно-оздоровительной деятельности и формирования системы отношений ребенка к своему «физическому Я», здоровью и физической культуре как общечеловеческим ценностям.

- Определены уровни физического развития и освоения культуры здоровья на каждом возрастном этапе.
- Программа предполагает развивающее взаимодействие взрослых (педагогов, инструкторов по физкультуре, воспитателей, родителей дошкольников) и детей 3—7 лет.
- Рекомендована педагогам, осуществляющим физическое воспитание и здоровьесбережение детей в ДОО

НОВИНКА

ГОТОВЯТСЯ К ПЕЧАТИ



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

E-mail: sfera@tc-sfera.ru

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

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Интернет становится незаменимым помощником, поэтому издательство «ТЦ Сфера» развивает свои интернет-сайты.

Приглашаем посетить сайты:

www.tc-sfera.ru (книги);

www.apcards.ru (наглядная и поздравительная продукция);

www.sfera-podpiska.ru (журналы).

На сайте книг www.tc-sfera.ru

- Познакомьтесь с новостями о российском образовании, в том числе дошкольном, и о жизни издательства.
- Узнайте о вышедших новинках издательства и ассортименте имеющихся в наличии изданий.
- Почтайте избранные главы из книг, статьи из журналов, другие публикации.
- Опубликуйте свой материал.
- Скачайте бесплатные материалы для вашей работы.
- Узнайте о семинарах и вебинарах издательства и зарегистрируйтесь на них.
- Подпишитесь на новостную рассылку.
- Сделайте заказ на книги издательства.

Книги и наглядные пособия, заказанные на нашем сайте, доставляет интернет-магазин. Возможны прямые заказы через издательство по e-mail: sfera@tc-sfera.ru; курьерской доставкой по Москве, заявку сделайте по тел.: (495) 656-72-05, 656-75-05.

На сайте открыток www.apcards.ru

- Узнайте о вышедших новинках и имеющемся ассортименте.
- Сделайте заказ на наглядные пособия, открытки и книги для детей.

Сумма заказа должна быть не менее 10 000 рублей, при этом вы выиграете в цене, так как цены на сайте открыток оптовые. Заказы на меньшие суммы возможны через издательство: курьерской доставкой по Москве или самовывозом из магазина по адресу: Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3 (м. Ботанический сад). Заявку сделайте по тел.: (495) 656-72-05, 656-75-05.

На сайте журналов www.sfera-podpiska.ru

- Познакомьтесь с вышедшими номерами журналов и их содержанием.
- Почтайте размещенные статьи.
- Загляните в архив журналов, воспользуйтесь указателями статей и авторов.
- Бесплатно скопируйте размещенные на сайтах материалы.
- Узнайте об условиях публикации в наших журналах и о многом другом.

ПРИСЫПЛАЙТЕ ВАШИ ПОЖЕЛАНИЯ ПО РАБОТЕ
НАШИХ САЙТОВ! ЖЕЛАЕМ УСПЕХОВ!



Созвездие подписных изданий для дошкольного образования!

Не забудьте подписаться на наши журналы

2016	1-е полугодие	Индексы в каталогах		
		Роспе- чать	Пресса России	Почта России
Комплект:				
«Управление ДОУ» с приложением; «Методист ДОУ»;	36804	39757	10399	
«Инструктор по физкультуре»;				
«Медработник ДОУ»;				
Рабочие журналы для:				
— воспитателя группы детей раннего возраста	Подписка только в первом полугодии	Без рабочих журналов	Без рабочих журналов	
— воспитателя детского сада				
— заведующего детским садом				
— инструктора по физической культуре				
— музыкального руководителя детского сада				
— педагога-психолога				
— старшего воспитателя				
— учителя-логопеда				
«Управление ДОУ» с приложением и один выпуск «Методист ДОУ»	82687			
«Управление ДОУ»	80818			
«Медработник ДОУ»	80553	42120		
«Инструктор по физкультуре»	48607	42122		
«Воспитатель ДОУ» с библиотекой	80899	39755	10395	
«Воспитатель ДОУ»	58035			
«Логопед» с библиотекой и учебно-игровым комплектом	18036	39756	10396	
«Логопед»	82686			

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

36804, 80899, 18036 — Роспечать

Подписаться на наши издания можно по каталогам
«РОСПЕЧАТЬ», «ПРЕССА РОССИИ», «ПОЧТА РОССИИ»

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, (499) 181-34-52;
по E-mail: sfera@tc-sfera.ru; интернет-магазин: www.tc-sfera.ru

В следующем номере!

- Психолого-педагогические условия эффективного взаимодействия педагога с детьми «группы риска»
- Использование нетрадиционных средств физического воспитания дошкольников
- Особенности занятий физической культурой с часто болеющими детьми дошкольного возраста
- Ясли — это здорово!

Уважаемые подписчики!

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



«Медработник ДОУ»
2015, № 8 (60)

Журнал издается с 2008 г.

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

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор Л.В. Макарова

Научный редактор Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор И.В. Пучкова

Оформление, макет Г.В. Калининой

Дизайнеры обложки

В. Чемякин, М.Д. Лукина

Корректоры И.В. Воробьева, Л.Б. Успенская

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

Редакция не возвращает и не рецензирует
присланные материалы.

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



4 607091 440263 0 0 0 5 8

Научно-практический журнал
ISSN 2220-1475

Журнал зарегистрирован в Федеральной
службе по надзору в сфере
массовых коммуникаций, связи
и охраны культурного наследия
Свидетельство ПИ № ФС 77-28788
от 13 июля 2007 г.

Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553,
36804 (в комплекте),
«Пресса России» — 42120,
39757 (в комплекте),

«Почта России» — 10399 (в комплекте).

Адрес редакции: 129226, Москва,
ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3.

Тел./факс: (495) 656-70-33, 656-73-00.

E-mail: dou@tc-sfera.ru

www.tc-sfera.ru; www.sfera-podpiska.ru

Рекламный отдел:

Тел. (495) 656-75-05, 656-72-05

Номер подписан в печать 20.11.15.
Формат 60×90^{1/16}. Усл. печ. л. 8,0.
Тираж 2200 экз. Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2015
© Т.В. Цветкова, 2015

Издательство «ТЦ СФЕРА» представляет КНИГИ ПО ЭКОЛОГИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ ДЕТЕЙ



Издательство «Творческий Центр Сфера»

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

Тел.: (495) 656-7505, 656-7255. E-mail: clou@tc-sfera.ru

Сайты: www.tc-sfera.ru (книги), www.apcards.ru (открытки),
www.sfera-podpiska.ru (журналы)

