



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

# МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№6/2012



Световой климат  
в дошкольных  
учреждениях

Мониторинг  
здоровья в ДОУ

Профилактика  
краснухи  
и эпидемического  
паротита

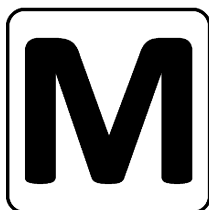
Развивающая  
педагогика  
оздоровления в ДОУ

Психолого-  
педагогическое  
сопровождение детей  
с ОВЗ



ГОСТЬ НОМЕРА:

Татьяна  
Михайловна  
ПАРАНИЧЕВА



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

# МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№ 6/2012



**Подписные индексы в каталогах:**

«Роспечать» — 80553, 36804 (в комплекте)

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

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

## Содержание

|                                           |   |
|-------------------------------------------|---|
| Редакционный совет .....                  | 3 |
| Индекс .....                              | 4 |
| Колонка редактора .....                   | 5 |
| Гость номера <i>Т.М. Параничева</i> ..... | 6 |

## ГИГИЕНА

### Факторы окружающей среды

*Калинина Н.И.*

Современные проблемы организации светового климата в ДОУ ..... 14

### Рациональное питание

*Тармаева И.Ю., Цыренжапова Н.А.*

Актуальность изучения питания детей в организованных коллективах ..... 20

### Оздоровительная работа

*Вакарчук Н.В.*

Здоровьесберегающие технологии в ДОУ ..... 23

*Шацкая В.А.*

Мониторинг здоровья и здоровьесформирующих условий в ДОУ ..... 27

*Кривцова Е.В.*

Развивающая педагогика оздоровления в образовательном процессе ДОУ ..... 36

### Гигиеническое воспитание

*Стефанова Е.Е., Абрамова Л.М., Корнеева Е.С.*

Взаимодействие с родителями, имеющими детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата ..... 41

## ПЕДИАТРИЯ

### Инфекционные и паразитарные заболевания

*Кудацкая М.А.*

Профилактика краснухи и эпидемического паротита ..... 46

**Неотложка***Парамонов Б.А.*Перевязочные средства и раневые покрытия,  
используемые для лечения ожоговых ран ..... 54**Реабилитация***Ганузин В.М.*Принципы лечения, реабилитации и диспансеризации  
детей, больных циститом ..... 64**ПЕДАГОГИКА****Физическое воспитание***Шмакова С.В., Жиличкина М.Ю.*

Гендерное воспитание в ДОУ ..... 72

**Психологическая помощь***Морозова Л.Н., Мелова Л.Н., Жернова Н.В.*Психолого-педагогическое сопровождение детей раннего  
возраста с ограниченными возможностями здоровья ..... 77**Педагогическая копилка***Кушнарева Л.Ф.*Формирование элементарных математических  
представлений у детей старшего дошкольного  
возраста с помощью сказкотерапии ..... 82**АКТУАЛЬНО****Нормативные документы**

Приказ Минобрнауки РФ от 4.10.2010 № 986

«Об утверждении федеральных требований к образовательным  
учреждениям в части минимальной оснащенности учебного  
процесса и оборудования учебных помещений» ..... 94

Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 598

«О совершенствовании государственной политики  
в сфере здравоохранения» ..... 98Постановление Главного государственного санитарного  
врача РФ от 01.02.2012 № 13 «Об усилении мероприятий,  
направленных на профилактику бешенства в Российской  
Федерации» ..... 100

Приказ Роспотребнадзора от 21.05.2012 № 562

«Об участии в реализации Поэтапной программы  
ликвидации очередности в дошкольные организации» ..... 108**Самообразование***Бурыгина Т.Е.*Повышение доступности образования для детей  
с ограниченными возможностями здоровья ..... 110**Книжная полка** ..... 124**А знаете ли вы?** ..... 45, 53**Памятка авторам** ..... 126**Как подписаться** ..... 127**Анонс** ..... 128

## Редакционный совет журнала «Медработник ДОУ»

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

**Горелова Жанетта Юрьевна** — д-р мед. наук, зав. лабораторией эпидемиологии питания НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков «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 ФГНУ «Институт возрастной физиологии» Российской академии образования, главный редактор журнала «Медработник ДОУ».

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

**Синякова Дина Владимировна** — начальник отдела надзора по гигиене детей и подростков Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу 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 «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 «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 «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 лаборатории теоретических основ социологии и психологии художественного образования ФГНУ «Институт художественного образования» Российской академии образования, главный редактор журналов «Управление ДОУ», «Методист ДОУ».

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

**Парамонова Маргарита Юрьевна** — канд. пед. наук, доцент кафедры теории и методики дошкольного образования ФГБОУ ВПО «Московский педагогический государственный университет», главный редактор журналов «Воспитатель ДОУ», «Инструктор по физкультуре».

**Степанова Ольга Алексеевна** — канд. пед. наук, ведущий научный сотрудник ГБНУ города Москвы НИИ развития профессионального образования, научный редактор издательства «ТЦ Сфера», главный редактор журнала «Логопед».

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

# ИНДЕКС

## УЧРЕЖДЕНИЯ И АВТОРЫ, УПОМИНАЕМЫЕ В НОМЕРЕ

Указаны страницы, на которых начинаются статьи с упоминанием названия учреждения и фамилии авторов

|                                                                                 |     |                                                                                                                                                                    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет», г. Иркутск .....  | 20  | Муниципальное казенное ДОУ № 27 ЦРР — д/с «Малыш», г. Богданович Свердловской обл. ....                                                                            | 36 |
| ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия», г. Ярославль ..... | 64  | Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург ...                                                                          | 54 |
| Департамент образования администрации города Ноябрьска, г. Ноябрьск ЯНАО .....  | 110 | Территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по Московской области в городах Звенигород, Краснознаменск, Одинцовском районе, г. Одинцово Московской обл. .... | 46 |
| МАДОУ № 6, г. Томск .....                                                       | 23  | ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный морской технический университет», Санкт-Петербург .....                                                             | 14 |
| МАДОУ д/с «Синеглазка», г. Ноябрьск ЯНАО .....                                  | 82  | ФГНУ «Институт возрастной физиологии» Российской академии образования, Москва ...                                                                                  | 6  |
| МАДОУ д/с № 66 «Яблонька», г. Щелково Московской обл. ....                      | 72  | ЦРР — д/с № 60, г. Орел .....                                                                                                                                      | 41 |
| МАДОУ д/с «Росинка», г. Новоуральск Свердловской обл. ....                      | 27  |                                                                                                                                                                    |    |
| МБДОУ д/с комбинированного вида № 55, г. Новочеркасск .....                     | 77  |                                                                                                                                                                    |    |
| Абрамова                                                                        |     | Кудацкая Мария Аркадьевна .....                                                                                                                                    | 46 |
| Людмила Мурадовна .....                                                         | 41  | Кушнарева                                                                                                                                                          |    |
| Бурыгина                                                                        |     | Людмила Францевна .....                                                                                                                                            | 82 |
| Татьяна Евгеньевна .....                                                        | 110 | Мелова Лариса Николаевна .....                                                                                                                                     | 77 |
| Вакарчук                                                                        |     | Морозова Лариса Николаевна ...                                                                                                                                     | 77 |
| Наталья Владимировна .....                                                      | 23  | Парамонов Борис Алексеевич ...                                                                                                                                     | 54 |
| Ганузин Валерий Михайлович ...                                                  | 64  | Параничева                                                                                                                                                         |    |
| Жернова Наталья Васильевна ...                                                  | 77  | Татьяна Михайловна .....                                                                                                                                           | 6  |
| Жиличкина Мария Юрьевна .....                                                   | 72  | Стефанова Елена Евгеньевна ...                                                                                                                                     | 41 |
| Калинина Нина Ивановна .....                                                    | 14  | Тармаева Инна Юрьевна .....                                                                                                                                        | 20 |
| Корнеева                                                                        |     | Цыренжапова                                                                                                                                                        |    |
| Екатерина Сергеевна .....                                                       | 41  | Наталья Александровна .....                                                                                                                                        | 20 |
| Кривцова                                                                        |     | Шацкая Валентина Адамовна ...                                                                                                                                      | 27 |
| Елена Владимировна .....                                                        | 36  | Шмакова Светлана Викторовна ...                                                                                                                                    | 72 |

## Уважаемые коллеги!

Мы рады очередной встрече с вами. Сегодня хотелось бы привлечь ваше внимание к проблеме сохранения психического здоровья человека. В современном обществе с каждым годом она становится все более актуальной. 10 октября (начиная с 1992 г.) отмечается Всемирный день психического здоровья.

По данным ВОЗ, в наши дни на планете проживают более 450 млн человек, ощущающих проблемы с психическим здоровьем и страдающих от психических заболеваний, предвестниками которых являются стрессы. Очень важно не только помочь этим людям в лечении болезней, но и выявить их причины. Росту заболеваемости способствуют информационные перегрузки, политические и экономические катаклизмы в стране. В современном мире жизнь сама по себе располагает к стрессам: изменения в политической, экономической жизни, неурядицы на работе и даже поездка в общественном транспорте. Они становятся неотъемлемой частью нашей жизни. Мы боремся с ними, не задумываясь о том, что основные усилия нужно направлять на их профилактику.

Уровень психического здоровья человека определяется рядом факторов: социальных, психологических и биологических. Устойчивое социально-экономическое давление признается фактором риска для психического здоровья отдельных людей и сообществ. Существуют фактические данные, свидетельствующие о том, что плохое психическое здоровье связано также с быстрыми социальными изменениями, стрессовыми условиями на работе, гендерной дискриминацией, социальным отчуждением, нездоровым образом жизни, рисками насилия и физического нездоровья, а также нарушениями прав человека.

Национальная политика в области охраны психического здоровья должна учитывать аспекты его укрепления в государственных стратегиях и программах, включая образование, труд, правосудие, транспорт, окружающую среду, жилищные условия и социальное обеспечение, а также сектор здравоохранения. Укреплению психического здоровья способствуют действия по созданию условий жизни и благоприятной окружающей среды, поддерживающих психическое здоровье и позволяющих людям вести здоровый образ жизни. В связи с этим трудно переоценить роль дошкольного образования в решении данной проблемы.

Поэтому и в нашем журнале мы систематически публикуем материалы по вопросам охраны психического здоровья воспитанников ДОУ. Своими разработками, опытом и успехами делятся врачи, ученые, практические работники дошкольного образования. И все они убеждены в том, что для сохранения и укрепления здоровья детей необходима не только согласованная работа специалистов ДОУ, но и взаимодействие их с родителями воспитанников. Мы ждем ваших статей по этой проблеме. Делитесь опытом, поднимайте интересующие вас вопросы, обсуждайте возникающие проблемы на страницах нашего журнала.

*Главный редактор журнала Л.В. Макарова*

## Гость номера

### Параничева Татьяна Михайловна

канд. биол. наук, заместитель директора по научной работе  
ФГНУ «Институт возрастной физиологии»  
Российской академии образования, Москва

#### Педагогическая физиология как интегральная система знаний

Мы не говорим педагогам — поступайте так или иначе; но говорим им: изучайте законы тех явлений, которыми вы хотите управлять, и поступайте, соображаясь с этими законами и теми обстоятельствами, в которых вы хотите их приложить.

*К.Д. Ушинский «Человек как предмет воспитания»*

Какой гигантский путь в своем развитии проходит ребенок! Он растет, созревает и достигает зрелого типа функционирования его организм, формируются интеллект, взаимоотношения с окружающим миром. И все это протекает не хаотично, а из поколения в поколение — по одним и тем же вечным законам развития организма. Каковы же они?

Развитие современной педагогики, эффективность решения ею проблем обучения и воспитания подрастающих поколений невозможно представить без интеграции ее с другими науками и научными направлениями.

Раздел физиологической науки, изучающей биологические закономерности и механизмы роста и развития, называется *возрастной физиологией*.

Закономерности и особенности жизнедеятельности организма на

ранних этапах онтогенеза традиционно являются предметом исследования возрастной физиологии.

Физиология развития ребенка концентрирует свой интерес на тех этапах, которые представляют наибольший интерес для воспитателя, педагога, школьного психолога: от рождения до морфофункционального и психосоциального созревания.

Человек в своем развитии подчиняется всем основным законам, установленным природой для любого развивающегося многоклеточного организма, и поэтому физиология развития представляет собой один из разделов гораздо более широкой области знания — биологии развития. В то же время в динамике роста, развития и созревания человека имеется немало специфических, особенных черт, присущих только виду Homo

sapience (Человек разумный). В этой плоскости физиология развития теснейшим образом переплетается с наукой антропологией, в задачи которой входит всестороннее изучение человека.

Человек всегда живет в конкретных условиях окружающей среды, с которой он взаимодействует. Непрерывное взаимодействие и приспособление к среде обитания — общий закон существования живого. Человек научился не только приспосабливаться к среде, но и изменять окружающий его мир в необходимом направлении. Однако это не избавило его от воздействия факторов окружающей среды, причем на разных этапах возрастного развития набор, сила действия и результат воздействия этих факторов могут быть различны. Это определяет связь физиологии с экологической физиологией, которая изучает воздействие на живой организм разнообразных факторов внешней среды и способы приспособления организма к их действию.

В периоды интенсивного развития особенно важно знать, как действуют на человека факторы среды, как влияют различные факторы риска. Этому традиционно уделяется повышенное внимание. И тут физиология развития тесно взаимодействует с гигиеной, поскольку именно физиологические закономерности чаще всего выступают в качестве теоретических основ гигиенических требований и рекомендаций.

Роль условий жизни, причем не только «физических», но и соци-

альных, психологических, в формировании здорового и приспособленного к жизни человека очень велика. Ребенок должен с раннего детства осознавать ценность своего здоровья, владеть необходимыми навыками его сохранения.

Формирование ценности здоровья и здорового образа жизни — задачи педагогической валеологии, которая черпает фактический материал и основные теоретические положения из физиологии развития.

И наконец, физиология развития представляет собой естественнонаучную основу педагогики. При этом она неразрывно связана с психологией развития, поскольку для каждого человека его биологическое и личностное составляют единое целое. Недаром любое биологическое повреждение (болезнь, травма, генетические нарушения и т.п.) неминуемо сказывается на развитии личности. Педагог должен одинаково хорошо ориентироваться в проблемах возрастной психологии и физиологии развития, только в этом случае его деятельность принесет реальную пользу его воспитанникам.

Знание основных закономерностей возрастного развития позволяет подойти к решению двух практических задач педагогики. Первая из них — оценка так называемой «возрастной нормы». Действительно, для педагога очень важно понимать, нормально ли развит ребенок, с которым ему предстоит работать. Любое существенное отклонение в темпах развития означает, что к такому ребенку необхо-



димо применять специальные, нестандартные приемы воспитания или лечения. Поэтому установление параметров возрастной нормы — одна из важнейших прикладных задач физиологии развития, решаемых уже многие десятилетия. По ходу решения этой задачи были выявлены многие феномены, в частности то обстоятельство, что темпы роста и развития детей зависят от большого количества известных и неизвестных факторов. Так, было убедительно доказано, что тяжелые социально-экономические ситуации (войны, революции, стихийные бедствия) крайне негативно сказываются на динамике возрастного развития детского населения. Напротив, благоприятное социально-экономическое положение общества способствует нормализации процессов роста и развития. Однако существуют и не вполне ясные науке обстоятельства, влияющие на темпы биологического развития. Например, явление акселерации роста и развития, которое наблюдалось почти 100 лет в странах Европы и Нового Света, прекратилось так же неожиданно, как и началось, причем его причины так и остались до конца не разгаданными.

Другой ряд фактов позволил установить, что темп развития и конечный уровень развития многих свойств вовсе не всегда коррелируют между собой. Нередко замедленное развитие приводит к тому, что человек, хотя и позже сверстников, достигает необычайно высокого уровня развития той или иной своей способности. И напротив, ускоренное развитие

порой заканчивается слишком рано, и человек, подававший большие надежды в ранние годы, так и не достигает больших высот в зрелом возрасте. Между тем выраженные отклонения в темпах роста и развития наблюдаются гораздо реже, чем небольшие отклонения, проявляющиеся в умеренном отставании или опережении. Как к ним относиться? Ответ на этот вопрос призвана дать физиология развития, которая как раз и должна вырабатывать критерии, по которым практические работники смогут судить о том, насколько существенны выявленные отклонения от нормы, и нужно ли что-либо предпринимать для их устранения или смягчения их последствий.

Другой вопрос, имеющий важное значение для практики, — определение временных границ возрастных периодов или возрастная периодизация онтогенеза. Одни ученые считают, что развитие ребенка протекает непрерывно, и поэтому говорить о каких-либо его этапах или периодах бессмысленно. Так полагает, в частности, британская школа антропологов, среди которых немало выдающихся ученых, чьи труды лежат в основе физиологии развития, — Таннер, Харрисон и др. Напротив, российская научная школа, ведущая свою историю от П.К. Анохина, В.В. Бунака, Н.П. Гундобина и А.А. Маркосяна, считает вопрос о периодах онтогенеза одним из узловых и посвящает этой проблеме большое число исследований, научных

конференций, дискуссий, публикаций. Представления о гетерохронности развития и неравномерности онтогенетического процесса лежат в основе различных моделей периодизации онтогенеза, каждая из которых имеет свои достоинства и недостатки. Между тем для решения практических задач выбор одной из указанных моделей крайне актуален, поскольку от этого зависит, например, ответ на вопрос, в каком возрасте можно начинать систематическое обучение в школе.

К проблеме возрастной периодизации непосредственно примыкает задача выявления сензитивных и критических периодов развития. Уже достаточно хорошо известно, что некоторые свойства организма особенно зависимы от внешних воздействий на определенных этапах своего формирования. Ясно, сколь большое значение эта информация может иметь для педагогов. Поэтому выявление такого рода сензитивных, т.е. наиболее чувствительных к внешнему воздействию, периодов — весьма важная задача физиологии развития.

В последние годы появились новые импульсы для развития конституционального направления антропологических, физиологических, биохимических и психологических исследований возрастного развития. В определенной мере это связано с высоким уровнем развития современного спорта: высшее спортивное мастерство требует стопроцентного использования задатков спортсмена, а подготовка каждого чемпи-

она стоит колоссальных средств, поэтому спортивные менеджеры и тренеры хотят уже на самых ранних этапах знать, насколько перспективен тот или иной начинающий спортсмен. Учитывая, что спортом теперь дети начинают заниматься в возрасте 4—6 лет, можно представить себе, сколь велика роль физиологии развития в правильной организации спортивной подготовки будущих чемпионов, да и просто здоровых граждан. Именно поэтому многие исследователи заняты изучением индивидуально-типологических особенностей роста и развития. Эти же аспекты в последнее время привлекают все большее внимание школьных педагогов, что связано с расширением специализации школьного образования. Выявление одаренных детей и их гармоничное развитие и воспитание — перспективное направление психолого-педагогических исследований и педагогической практики, базирующееся на достаточно строгих физиологических закономерностях.

Итак, необходимость для педагогов и воспитателей знания возрастных особенностей функционирования организма ребенка не требует дискуссии. «Первое, что должен знать педагог — это строение и жизнь человеческого тела и его развитие. Без этого нельзя быть хорошим педагогом, правильно растить ребенка», — считала Н.К. Крупская.

Закономерности роста и развития организма ребенка на разных этапах возрастного развития,

изменения, происходящие под влиянием обучения и воспитания, рациональная и эффективная организация учебного процесса — основные проблемы, которые находятся в поле зрения педагогической физиологии.

Педагогическая эффективность воспитания и обучения находится в тесной зависимости от того, в какой мере учитываются анатомо-физиологические особенности детей и подростков, периоды развития, для которых характерна наибольшая восприимчивость к воздействию тех или иных факторов, а также периоды повышенной чувствительности и пониженной сопротивляемости организма.

Знание физиологии ребенка необходимо и при физическом воспитании для определения эффективных методов обучения двигательным действиям на уроках физической культуры, разработки формирования двигательных навыков, развития двигательных качеств.

Важное значение возрастная физиология имеет и для возрастных особенностей психологии ребенка.

В нашем институте на протяжении многих лет проводились исследования по проблемам возрастной морфологии и антропологии, теории и методики физического воспитания; физиолого-гигиеническим основам организации учебного процесса, образовательной среды и режима учащихся; теоретическим и актуальным прикладным проблемам развития;

психофизиологии когнитивных процессов и учебной деятельности.

По мере накопления эмпирических знаний и теоретических обобщений, глубокого проникновения в физиологические механизмы обучения и воспитания, в ИВФ РАО сформировалось новое направление научного знания, которое было названо *«педагогической физиологией»*.

Педагогическая физиология (ПФ) — это комплексная интегральная система знаний, объединяющая возрастные физиологию и психофизиологию с педагогикой, решающая вопросы роста и развития ребенка на разных этапах возрастного развития и влияния на эти процессы всего комплекса социокультурных условий обучения и воспитания.

Педагогическая физиология объединяет и интегрирует знания тех наук, объектом изучения которых является ребенок, его развитие и здоровье (см. рисунок).

Эта схема наглядно демонстрирует, что педагогическая физиология рассматривает развитие и здоровье ребенка в процессе совокупного влияния комплекса внутренних (биологических) и внешних (экологических), социальных, социокультурных и школьных (педагогических) факторов, учитывая общебиологические, антропологические, физиологические и психологические закономерности развития человека на этапе восходящего онтогенеза.

Объект ПФ — физиологическое развитие и здоровье ребенка на

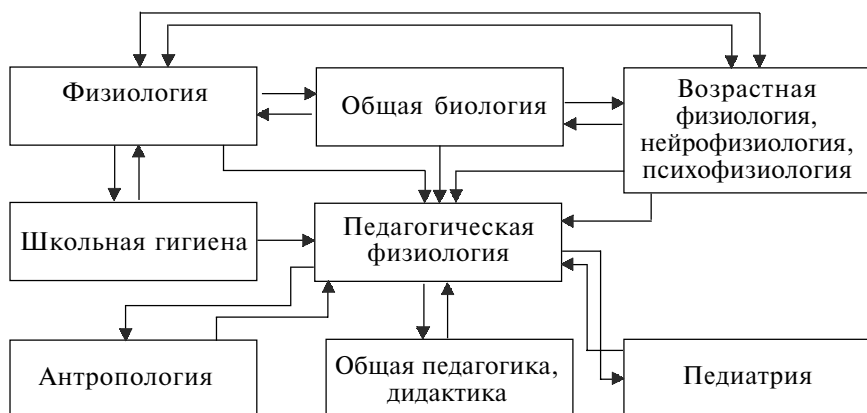


Рис. Связь педагогической физиологии с другими науками

разных этапах онтогенеза в различных социокультурных условиях обучения и воспитания.

Объект ПФ — педагогический процесс во всех его проявлениях, доступных для физиологического анализа, включая механизмы формирования знаний, умений и навыков, а также механизмы и стратегию физиологической адаптации к условиям обучения и воспитания.

Предмет ПФ — изучение физиологических особенностей детей и подростков, закономерностей их становления в процессе индивидуального развития и особенностей реакции физиологических функций на педагогические воздействия.

Главный акцент в курсе педагогической физиологии делается на тех теоретических материалах физиологической науки, которые имеют наибольшее значение в практической деятельности учителя

и воспитателей. К числу таких вопросов прежде всего следует отнести закономерности высшей нервной деятельности детей и подростков и функциональные особенности их нервной системы.

Задачи ПФ предполагают:

- изучение механизмов физиологических и психофизиологических процессов, лежащих в основе обучения и воспитания;
- разработку оптимальных с физиологической точки зрения алгоритмов обучения, воспитания и физиолого-гигиенического сопровождения, учитывающих возрастные, половые и индивидуальные особенности детей, на основе которых могут формироваться современные педагогические технологии.

В числе основных задач педагогической физиологии необходимо назвать следующие:

- дать необходимые для работы педагога знания анатоми-фи-

зиологических особенностей детей и подростков;

- сформировать правильное диалектическое понимание основных биологических закономерностей развития организма детей и подростков;
- ознакомить с условно-рефлекторными основами процессов обучения и воспитания детей и подростков;
- ознакомить с физиологическими механизмами таких сложных психических процессов, как ощущение, восприятие, внимание, память, мышление, и физиологическими основами речи и эмоциональных реакций;
- развить у будущих учителей умение использовать знания морфофункциональных особенностей организма детей и подростков и физиологии их высшей нервной деятельности при организации учебно-воспитательной работы и анализе педагогических процессов и явлений.

Педагогическая физиология не просто опирается на данные возрастных физиологии и психологии, школьной гигиены и педиатрии, она не просто использует готовое знание, но и использует методы и методики исследований этих наук для решения конкретных педагогических задач.

Методы педагогической физиологии связаны с оценкой той физиологической цены, которую платит организм ребенка за приобретение новых знаний, умений и навыков, а также с проверкой и созданием условий, ведущих к

минимизации физиологической цены педагогического процесса.

Реализация действий осуществляется по следующим направлениям:

- здоровьесберегающая деятельность образовательных учреждений: формы и методы работы;
- создание программ нового поколения по формированию ценности здоровья и здорового образа жизни для различных уровней обучения. Программа «Разговор о правильном питании». Педагогическая профилактика наркотизма: теоретические основы и практика реализации обучающих программ в современной школе;
- трудности обучения в начальной школе: причины, диагностика и комплексная помощь. Работа с детьми с синдромом дефицита внимания, медлительными, леворукими. Трудности обучения письму и чтению, дислексия и дисграфия;
- развитие мозга и познавательная деятельность детей дошкольного и младшего школьного возраста. Диагностика, особенности поведения и обучения;
- дошкольное образование. Программы индивидуального адаптивного развития детей старшего дошкольного возраста: методика работы, формы организации. Программы подготовки к школе: «Ступеньки к школе», «Ступеньки к грамоте», «Азбука»;
- диагностика развития детей 6—7 лет, готовность к школе. Методики комплексной оценки личностного, социального и

когнитивного развития, состояния здоровья и физического развития.

Важнейший критерий всех реализуемых направлений — позитивное влияние приемов и методов обучения и воспитания на здоровье и развитие детей.

Почему же так важно для педагогики знание ребенка, закономерностей его развития, особенностей познавательной деятельности? Потому что любая попытка решить педагогическую задачу без учета особенностей развития ребенка, его реакции и возможностей обречена на неудачу. Десятилетия «педагогических инноваций» без опоры на комплекс знаний о ребенке, его физиологических особенностях и закономерностях возрастного развития дают многочисленные примеры резкого снижения эффективности обучения, приводящего и к серьезным школьным проблемам, и к нарушениям физиологического и психического здоровья.

Нет сомнения, что кризис здоровья детей имеет системный характер и связан с тем, что система обучения перестала быть адекватной процессам развития личности ребенка, характерным для него в определенный возрастной период. Задача образовательных учреждений и педагогов состоит в том, чтобы способствовать их нормальному протеканию.

Каждый, кто выбирает профессию педагога, берет на себя ответственность за тех, кого будет учить и воспитывать, вместе с тем

отвечая за самого себя, свою профессиональную подготовку, свое право быть Педагогом, Учителем, Воспитателем.

Педагогическая физиология вооружает всех участников педагогического процесса теми знаниями, которые являются основой реализации инновационных технологий, используемых в современной образовательной практической деятельности для сохранения и укрепления здоровья и улучшения показателей обученности детей.

В нашем институте ежегодно проводится всероссийская научно-практическая школа-семинар «Школа и здоровье» по возрастной физиологии и здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений, цель которой — ознакомить слушателей с современными подходами к физиологии растущего организма, которые помогут оптимизировать процессы воспитания и обучения (продолжительность курсов: 72 ч — очно-заочная форма).

Приглашаем принять в ней участие:

- педагогов и воспитателей, школьных психологов и логопедов;
- сотрудников профильных кафедр вузов и колледжей, институтов повышения квалификации;
- специалистов ПМС-центров (психологов, нейропсихологов, нейрофизиологов, социальных педагогов);
- работников органов управления образованием.

## Современные проблемы организации светового климата в ДОУ

Калинина Н.И.,

канд. мед. наук, старший научный сотрудник  
ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный  
морской технический университет»,  
Санкт-Петербург

ГИГИЕНА



В условиях обострения социально-экономических проблем, снижения темпов рождаемости, роста показателей заболеваемости и смертности проблема сохранения и укрепления здоровья детей приобретает особую актуальность. В дошкольных учреждениях дети проводят длительное время, на занятиях выполняют определенную зрительную работу, поэтому для оптимального функционирования зрения и общего развития ребенка очень важен световой режим помещений.

Световая среда помещения формируется двумя видами освещения: естественным светом и светом, создаваемым источниками искусственного освещения. Необходимое условие для правильного формирования организма ребенка — наличие естественного освещения. В помещениях, где находятся дети, должно быть достаточно естественного света. Детально не останавливаясь на определяющей роли естественного света в контроле биологических часов и других физиологических ритмов, следует подчеркнуть, что свет благоприятно влияет на психофизиологическое состояние всего организма, стимулируя орган зрения, а также другие системы и органы. Ритм естественного света в течение суток и года очень важен для растущего организма, а благодаря окнам, формируется зрительная связь с внешней средой, окружающим пространством.

Соблюдение требований норм *естественного освещения* определяется значением коэффициента естественной освещенности (КЕО) в помещении. Кроме этого,

проектирование естественного освещения детских учреждений должно предусматривать обеспечение оптимального свето- и цветораспределения. Как правило, доступ естественного света происходит при помощи боковых светопроемов. Нормативное значение КЕО обеспечивается на характерном разрезе кабинета на расстоянии 1—1,2 м от стены, наиболее удаленной от светопроемов. Согласно требованиям санитарных норм и правил наиболее высокий КЕО регламентируется в групповых, игровых, столовых, комнатах для музыкальных и гимнастических занятий — 1,2—1,5%. При одностороннем боковом естественном освещении глубина групповых помещений должна составлять не более 6 м. При глубине помещений более 6 м необходимо двустороннее параллельное или угловое расположение окон [10].

Цветовая отделка поверхностей в помещении также оказывает психофизиологическое воздействие на детей. Оптимальной для отделки поверхностей считается окраска потолка, стен, элементов интерьера в светлые тона. Существуют классические рекомендации, что при ориентации оконных проемов на север предпочтительна цветовая отделка стен в теплые тона, а при ориентации на юг — в холодные [12]. Рекомендуемые коэффициенты отражения поверхностей для потолка — 0,8, стен — 0,5, мебели — 0,4, пола — 0,3. Столь вы-

сокие коэффициенты отражения позволят улучшить распределение яркости в поле зрения, повысить отражающую составляющую, сделать помещение светлым и уютным.

Общие *требования к установкам искусственного освещения* включают:

- обеспечение достаточности и равномерности освещенности;
- правильное направление светового потока;
- отсутствие пульсаций освещенности;
- прямой и отраженной блескости во время занятий с игровыми комплексами на базе ПЭВМ;
- благоприятные спектральные характеристики ламп.

В основных помещениях детского учреждения нормируются количественные и качественные показатели освещения. К количественным относится уровень освещенности (в люксах) поверхности нормирования, измеряемый при помощи приборов — люксметров, внесенных в Государственный реестр средств измерений. С появлением прибора пульсметра стало возможным инструментально контролировать важный качественный показатель освещения — коэффициент пульсации освещенности  $K_n$  (%).

Как правило, при проектировании и эксплуатации современных дошкольных учреждений в помещениях организуется система общего освещения, при которой в качестве источников све-



та используются люминесцентные лампы (ЛЛ). Система общего освещения позволяет создать равномерное освещение по всему помещению групповой или игровой, а газоразрядные лампы позволяют получить необходимые уровни освещенности. Хотя в документах значения освещенности и нормируются на поверхности пола ( $\Gamma-0,0$ ), желательно чтобы все-таки в групповых, столовых, кабинетах для занятий уровень освещенности имел оптимальное значение — 400 лк, в то время как допустимо 200 лк; в помещениях спальных комнат — 150 лк, а не 75 лк соответственно [8].

Российские нормативные документы устанавливают значения наименьшей освещенности, т.е. на всей освещаемой поверхности уровень освещенности не может быть ниже нормируемого значения. В то же время предельно допустимые значения максимальной освещенности не установлены. В этом большое отличие оценки освещения как фактора от других физических факторов (шум, вибрация, электромагнитные излучения), для которых установлены предельно допустимые уровни (ПДУ), превышение которых считается нарушением. Несмотря на то что верхний предел уровня освещенности в документах не определяется (кроме освещенности экранов мониторов — не выше 300 лк), нельзя произвольно увеличивать освещенность выше нормативных значений как с позиции гигие-

ны, так и по экономическим соображениям. Физиологическими исследованиями состояния зрительного анализатора ранее было установлено, что повышение освещенности до определенных значений способно стимулировать зрительную и общую работоспособность человека, но дальнейшее увеличение освещенности ведет к неравномерности распределения яркости в поле зрения, появлению блескости, вызывает чувство ослепленности, зрительное и общее утомление [3; 4]. В нашей практике мы столкнулись с уровнями освещенности поверхностей столов в школьном классе, превышающими нормативные значения в 2 раза. Конечно, это нарушение условий освещения, для устранения которого были даны рекомендации по рациональному использованию ламп меньшей мощности. В то же время незначительное превышение нормируемых уровней освещенности (на 50—70 лк) при отсутствии жалоб на повышенные яркости, дискомфорт зрения является допустимым.

Один из серьезных недостатков люминесцентных ламп — пульсации освещенности, заложенные в их конструкции. Общеизвестно, что пульсации светового потока с частотой 100 Гц зрительно не воспринимаются, однако негативно влияют на биоэлектрическую активность мозга. В помещениях групповых, игровых, кабинетах для занятий

музыкой и физкультурой нормируется  $K_n$  — 10%. Если при измерениях регистрируются коэффициенты пульсации освещенности, превышающие нормируемые значения, это связано с отсутствием подключения светильников на разные фазы электросети и использованием в светильниках с ЛЛ электромагнитных пускорегулирующих аппаратов (ЭмПРА). Применение высокочастотных (20—50 кГц) электронных ПРА (ЭПРА) позволяет снизить  $K_n$  до 5—7%, обеспечивает высокую световую отдачу и увеличение срока службы ламп [13]. Электромагнитные поля высокочастотного диапазона, создаваемые электронными ПРА, необходимо учитывать при оценке электромагнитной обстановки в обследуемых помещениях.

На практике встречаются случаи, когда установки ЭПРА не снижают пульсации освещенности. Регистрация в помещении величин  $K_n$  20—35% однозначно говорит о том, что ЭПРА либо нет, либо они не обеспечивают требуемых ограничений пульсаций светового потока. Скорее всего это связано с плохими сетевыми фильтрами и некачественными, более дешевыми, ЭПРА китайского производства [5; 6].

Спектральное излучение источников искусственного света считается важным качественным показателем освещения. Способность ламп обеспечивать правильное различение цветов характери-

зуется *индексом цветопередачи*  $R_a$ , который имеет диапазон значений от 0 до 100. Отличную и очень хорошую цветопередачу обеспечивают лампы с высокими индексами  $R_a$  от 80 до 100, хорошую — от 70 до 80. Отечественные стандартные линейные люминесцентные лампы имеют  $R_a$  не выше 70, компактные люминесцентные лампы (КЛЛ) — от 80 до 85 [13]. В основных помещениях ДОУ, согласно требованиям СанПиН 2.4.1.2660-10, рекомендуется использовать люминесцентные лампы с белым, тепло-белым, естественно-белым цветом излучения. К этим помещениям не предъявляются повышенные требования к цветоразличению. Однако мировые тенденции установки во многих помещениях общественных зданий ламп с высокой цветопередачей, возможно, приведет в будущем к обязательному использованию таких источников света и в детских учреждениях.

Большое значение в последние годы придается *проблеме энергосбережения* в осветительных установках. В России были приняты Федеральные законы от 23.11.2009 № 261-ФЗ «Об энергосбережении и повышении энергетической эффективности и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» и от 30.12.2009 № 384-ФЗ «Технический регламент о безопасности зданий и сооружений» [14; 15]. Эти акты приняты с целью реализации программ энергосбережения, включающих в частности по-

вышение эффективности искусственного освещения зданий и сооружений различного назначения. В соответствии с Федеральным законом от 23.11.2009 № 261-ФЗ с 1 января 2011 г. запрещено применение ламп накаливания (ЛН) общего назначения мощностью 100 Вт и более. Предполагаются постепенная отмена ЛН меньшей мощности в течение нескольких лет и, возможно, полный запрет на эти источники света.

В 2010 г. вышел СанПиН 2.2.1/2.1.1.2585-10. Изменения и дополнения № 1 к СанПиН 2.2.1/2.1.1.1278-03 «Гигиенические требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий» [9]. В этом документе впервые были введены пункты о применении светодиодных источников света (СД) в системах общего и местного освещения. В СанПиН СД признаны источниками света, и допускается замена ламп накаливания на новые источники света при соблюдении нормативных требований (по количественным и качественным параметрам освещения) к общему искусственному освещению (п. 3.1.9.). На освещение помещений дошкольного, школьного образования, медицинских учреждений применение СД не распространяется.

В 2011 г. в России введен в действие новый нормативный документ — свод правил СП 52.13330.2011 «Естественное и искусственное освещение. Акту-

ализированная редакция СНиП 23-05-95\*» [11]. Документ разработан в целях обеспечения выполнения Федерального закона от 30.12.2009 № 384-ФЗ и в развитие Федерального закона от 30.12.2009 № 261-ФЗ. Из-за введения ограничений по применению ламп накаливания в новом документе отменен принцип раздельного нормирования освещенности для ламп накаливания и газоразрядных ламп, вводится единая норма уровней освещенности для всех источников света. Новые нормы направлены на использование более энергоэкономичных и долговечных источников света, а также применение в осветительных установках светодиодных источников [7].

Итак, лампы накаливания вытесняются со светотехнического рынка, основная роль отводится новому классу полупроводниковых источников света. Эта продукция в скором времени составит серьезную конкуренцию существующим лампам [1; 16]. Сообщается, что в России, начиная с 2010 г., ожидается ежегодный рост производства СД на 30%. Предполагается разработка ГОСТов и других нормативных документов, которые установят систему контроля качества и безопасности, правила проектирования для создания в нашей стране цивилизованного рынка освещения светодиодами [2; 17].

Таким образом, освещение как физический фактор был и остается одним из определяющих в

обеспечении и регуляции жизненных функций организма. Современные тенденции развития программ энергосбережения, появление новых источников света, отрицательный опыт применения некачественной светотехнической продукции — все это подчеркивает важность исследования, контроля световой среды, в которой пребывает человек, начиная с детского возраста.

### Литература

1. *Абрашкина М.Л., Рожкова Т.А., Терешкин А.И.* Стандартизация светодиодных источников света // *Светотехника*. 2010. № 2. С. 40—41.
2. *Варфоломеев Л.П.* «Круглый стол» по развитию светодиодной промышленности // *Светотехника*. 2010. № 3. С. 69—70.
3. *Захаров Н.И.* Освещение производственных помещений. Пермь, 2000.
4. *Измеров Н.Ф., Суворов Г.А.* Физические факторы производственной и природной среды. Гигиеническая оценка и контроль. М., 2003.
5. *Ильина Е.И., Частухина Т.Н.* О пульсации освещенности // *Безопасность и охрана труда*. 2007. № 2. С. 49—51.
6. *Ильина Е.И., Частухина Т.Н.* Проблемы аттестации рабочих мест в части освещения // *Светотехника*. 2011. № 4. С. 56—61.
7. *Коробко А.А., Черняк А.Ш., Шмаров И.А.* Новые нормы освещения // *Светотехника*. 2011. № 4. С. 62—65.
8. СанПиН 2.2.1/2.1.1.1278-03 «Гигиенические требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий».
9. СанПиН 2.2.1/2.1.1.2585-10. Изменения и дополнения № 1 к СанПиН 2.2.1/2.1.1.1278-03 «Гигиенические требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий».
10. СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях».
11. Свод правил СП 52.13330.2011 «Естественное и искусственное освещение. Актуализированная редакция СНиП 23-05-95\*», утв. приказом Министерства регионального развития РФ от 27.12.2010 № 783.
12. СН 181-70 «Указания по проектированию цветовой отделки интерьеров производственных зданий промышленных предприятий», утв. Государственным комитетом Совета Министров СССР по делам строительства 21.01.1970. М., 1972.
13. Справочная книга по светотехнике / Под ред. Ю.Б. Айзенберга. 3-е изд. М., 2006.
14. Федеральный закон от 23.11.2009 № 261-ФЗ «Об энергосбережении и повышении энергетической эффективности и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».
15. Федеральный закон от 30.12.2009 № 384-ФЗ «Технический регламент о безопасности зданий и сооружений».
16. *Циссис Ж., Айзенберг Ю., Шевченко А.* Формирование светотехнического рынка России для повышения эффективности освещения // *Светотехника*. 2009. № 6. С. 42—48.
17. *Шевченко А.С.* Предложения по разработке нормативных документов к «Программе энергосбережения и повышения энергоэффективности в системах внутреннего и наружного освещения “Новый свет”» // *Светотехника*. 2010. № 3. С. 79—80.

# Актуальность изучения питания детей в организованных коллективах

**Тармаева И.Ю.,**

*д-р мед. наук, профессор кафедры гигиены труда и гигиены питания;*

**Цыренжапова Н.А.,**

*аспирант кафедры гигиены труда и гигиены питания ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет», г. Иркутск*

Приоритетная роль питания в поддержании здоровья детей и подростков закреплена в важнейших нормативных правовых актах, таких как распоряжение Правительства РФ от 25.10.2010 № 1873-Р «Об основах государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации до 2020 года» (далее — распоряжение № 1873-Р), приказ Минздрава России от 21.03.2003 № 113 «Об утверждении Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации» и других документах.

При анализе содержания упоминаемой Концепции государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2005 г., утвержденной постановлением Правительства РФ от 10.08.1998 № 917 в распоряжении № 273-Р прежде всего следует обратить внимание признание питания как одного из ведущих социальных факторов и

факторов безопасности государства, определяющих социально-экономическое благополучие населения, будущее нации. Если в указанном концептуальном документе первый принцип здорового питания — «здоровье человека — важнейший приоритет государства», то вполне очевидно, что, во-первых, решению проблем алиментарного фактора придается государственный характер, во-вторых, ему отдается приоритет в формировании уровня здоровья населения, демографических показателей, в разработке стратегических направлений социально-экономического и политического развития общества и государства.

Приоритетами государственной политики в области здорового питания населения РФ являются ликвидация дефицита полноценного белка и микронутриентов, улучшение питания детей и подростков, беременных женщин и кормящих матерей, обеспечение качества, безопасности отечествен-

ных и импортных пищевых продуктов, повышение уровня знаний населения в вопросах здорового питания.

В настоящее время в связи с резко изменившимися социально-экономическими условиями произошли существенные изменения в структуре и качестве питания на различных территориях РФ. В связи с этим особое значение представляют исследования состояния питания и его влияния на показатели здоровья детского организма. Эта проблема приобретает еще большую значимость в существующей сложной демографической ситуации: следует отметить, что на фоне общего ухудшения состояния здоровья детского населения заболеваемость в основном формируется за счет детей первых шести лет жизни: на них приходится 70—75% всех зарегистрированных обращений в учреждения здравоохранения. Среди управляемых факторов, влияющих на заболеваемость детей этой возрастной группы, ведущая роль принадлежит питанию, обеспечивающему нормальный рост и развитие детей и способствующему профилактике заболеваний.

Исследователи отмечают, что рациональное питание — одно из основных звеньев в общем комплексе мероприятий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний у различных категорий населения. При этом особое значение авторы придают оптимальному питанию детей.

В последние годы в исследованиях указывается, что ведущим по степени неблагоприятного воздействия на организм человека является хронический недостаток микронутриентов — витаминов, макро- и микроэлементов и других биологически активных соединений. Дефицит микронутриентов может развиваться на фоне достаточной обеспеченности организма углеводами, белками и жирами и приводить к развитию алиментарно-зависимых заболеваний.

Большое значение придается организации питания детей в дошкольных образовательных учреждениях, где в настоящее время воспитывается более половины всех детей дошкольного возраста, а во многих крупных городах и промышленных центрах достигает 80—90%. В детских садах дети находятся в течение 10—12 ч, а некоторая часть круглосуточно, и от правильного питания в этих организованных учреждениях во многом зависит состояние здоровья детей и уровень их заболеваемости. Учитывая, что дети находятся в дошкольном образовательном учреждении большую часть дня, именно здесь предоставляется возможность оценить количественную и качественную полноценность рационов, повлиять на отрицательные моменты в организации питания и создать предпосылки к формированию оптимального алиментарного статуса у детей.

Изучение питания населения в различных регионах России, его влияния на здоровье является приоритетным, актуальным направлением. Разрабатываются рекомендации по рационализации питания и снижению заболеваемости.

Установлено, что отклонения в поступлении в организм макро- и микроэлементов, нарушение их соотношений в рационе питания непосредственно сказываются на деятельности организма, могут снижать или повышать его сопротивляемость и, следовательно, способность к адаптации.

В связи с этим актуальны следующие задачи:

- расширить исследования по изучению состояния питания и элементного статуса детей;
- разработать обоснованные рекомендации и проводить целенаправленные мероприятия для оптимизации питания и укрепления здоровья подрастающего поколения.

Изучение взаимосвязи элементного равновесия может оказать существенное влияние на управленческие решения, в том числе на формирование региональной политики в области здорового питания детей. Они могут быть основой деятельности специалистов по экологии и здравоохранению, а также служить методической базой для проведения медико-экологических исследований в других регионах России.

Таким образом, научное обоснование совершенствования питания,

поддержание элементного гомеостаза, разработка приоритетных профилактических мероприятий требуют комплексного решения вышеизложенных проблем, способствуя улучшению состояния здоровья детского населения.

### Литература

*Баранов А.А.* Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности / А.А. Баранов, А.Г. Ильин, В.Р. Кучма // Российский педиатрический журнал. 2005. № 2. С. 4—8.

*Величковский Б.Т.* Реформы и здоровье населения страны (пути преодоления негативных последствий) / Б.Т. Величковский. М., 2001.

*Доценко В.А.* Фундаментальные основы рационального, профилактического и диетического питания / В.А. Доценко // Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова. 2007. № 2. С. 13—18.

*Максимова Т.М.* Здравоохранение населения и социально-экономические проблемы общества / Т.М. Максимова, О.Н. Гаенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. 2003. № 1. С. 3—7.

*Онищенко Г.Г.* Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия детского населения России / Г.Г. Онищенко // Гигиена и санитария. 2008. № 2. С. 72—77.

*Скальный А.В.* Микроэлементозы у детей / А.В. Скальный, Г.В. Яцык, Н.Д. Одинаева. М., 2002.

*Тутельян В.А.* Микронутриенты в питании здорового и больного человека / В.А. Тутельян, В.Б. Спиричев, Б.П. Суханов // Справочное руководство по витаминам и минеральным веществам. М., 2002.

## Здоровьесберегающие технологии в ДОУ

**Вакарчук Н.В.,**

руководитель физического воспитания МАДОУ № 6, г. Томск



В системе дошкольного образования здоровьесберегающие образовательные технологии разделяются на три подгруппы:

- *организационно-педагогические*, определяющие структуру воспитательно-образовательного процесса, способствующие предотвращению состояния переутомления, гиподинамии и других дезадаптационных состояний;
- *психолого-педагогические*, связанные с непосредственной работой педагога с детьми;
- *учебно-воспитательные*, которые включают программы по обучению заботе о своем здоровье и формированию культуры здоровья.

Здоровьесберегающие технологии, используемые в нашем учреждении, отражают две линии оздоровительно-развивающей работы:

- приобщение детей к физической культуре;
- использование развивающих форм работы.

При этом акцент смещается с простого лечения и профилактики болезней на укрепление здоровья как самостоятельно культивируемой ценности. На наш взгляд, использование комплекса эффективных лечебно-профилактических мер коррекции пси-

хофизического развития необходимо на протяжении всего дошкольного возраста.

Стремление к комплексности в данном случае оправдано, поскольку здоровый ребенок рассматривается в качестве целостного телесно-духовного организма, требующего индивидуально-дифференцированного подхода. С нашей точки зрения, результат должен заключаться в том, что эффект одной оздоровительной меры закрепляется в виде устойчивого, константного целостного психосоматического состояния, которое дает начало воспроизведения в режиме саморазвития [1].

Итак, первое направление, которое мы развиваем в нашем учреждении, — это приобщение детей к физической культуре. Формами организации здоровьесберегающей работы в данном случае служат: утренняя гимнастика (традиционная, дыхательная, звуковая), самостоятельная деятельность детей, подвижные игры, двигательные оздоровительные физкультурминутки, физические упражнения после дневного сна и в сочетании с закаливающими процедурами, физкультурные досуги, занятия, спортивные праздники.



В своей практике мы используем следующие приемы **технологии сохранения и стимулирования здоровья**.

*Стретчинг* представляет собой большой комплекс определенных упражнений, позволяющих растянуть мышцы и развить в теле гибкость. Наш опыт показывает, что занятия надо проводить не ранее чем через 30 мин после приема пищи, 2 раза в неделю по 30 мин. Начинать занятия можно со среднего возраста, проводить их в хорошо проветренном помещении (в физкультурном или музыкальном зале, либо в групповой комнате), специальные упражнения выполнять под музыку. Данный прием особенно рекомендуется детям с вялой осанкой и плоскостопием.

*Динамические паузы* организуются во время занятий на 2—5 мин по мере утомляемости детей. Рекомендуются для всех детей в качестве профилактики утомления. Могут включать в себя элементы различных видов гимнастики: для глаз, дыхательной и других в зависимости от вида занятия.

*Спортивные соревнования и подвижные игры* как часть физкультурного занятия на прогулке, в групповой комнате — малой, средней и высокой степени подвижности. Мы стараемся проводить их ежедневно для всех возрастных групп. Игры подбираются в соответствии с возрастом ребенка, местом и временем проведения.

*Релаксация* организуется в любом подходящем помещении в зависимости от состояния детей и целей для всех возрастных групп. Педагог определяет интенсивность технологии. Можно использовать спокойную классическую музыку (П.И. Чайковский, С.В. Рахманинов и др.), звуки природы. В нашем детском саду созданы специальные уголки для релаксации.

*Гимнастика пальчиковая* проводится с младшего возраста индивидуально либо с подгруппой ежедневно. Рекомендуется всем детям, особенно с речевыми проблемами. Проводится в любой удобный отрезок времени.

*Гимнастика для глаз* — с младшего возраста ежедневно по 3—5 мин в любое свободное время в зависимости от интенсивности зрительной нагрузки. Рекомендуется использовать наглядный материал, показ педагога.

*Гимнастика дыхательная* осуществляется в различных формах физкультурно-оздоровительной работы. При этом необходимо обеспечить проветривание помещения. Педагог должен дать детям инструкции об обязательной гигиене полости носа перед проведением процедуры.

*Гимнастика динамическая* — ежедневно после дневного сна, 5—10 мин.

*Гимнастика корригирующая* используется в различных формах физкультурно-оздоровительной работы. Форма проведения зависит от поставленной задачи и контингента детей.

Вторая технология, на которой остановимся подробнее, — **технология обучения здоровому образу жизни**. Она включает в себя следующие приемы.

*Физкультурные занятия* проводятся 2—3 раза в неделю в спортивном или музыкальном зале. Для младшего возраста — по 15—20 мин, среднего — по 20—25, старшего — по 25—30 мин. Перед занятием необходимо хорошо проветрить помещение.

*Психогимнастика «Гимнастика маленьких волшебников»* — упражнения для психики, здесь задействованы такие психические процессы, как внимание, мышление и воображение. С помощью психогимнастических упражнений дети учатся выражать свои эмоции, чувства и переживания, а также понимать эмоциональное состояние других людей. Психогимнастика способствует раскрепощению детей, развивает пластику движений, регулирует поведение, помогает концентрации внимания, активизирует работу мысли и воображения. Психогимнастические упражнения можно проводить в любое время занятия: в начале, по ходу или в заключительной его части. Они снимают усталость, являясь эмоциональной разгрузкой, способствуют повышению интереса к занятию и могут служить переходным мостиком между частями занятия [11].

*Самомассаж* мы осуществляем в утренние часы. Особенно он эффективен в преддверии эпи-

демий, в осенний и весенний периоды. Проводится строго по специальной методике [7]. Показан детям с частыми простудными заболеваниями и болезнями органов дыхания.

*Точечный массаж по схеме А.А. Уманской*. Как известно, каждый орган имеет свое «представительство» (зону) на коже, куда посылает информацию о своем здоровье и откуда получает информацию о всех изменениях внешней среды. Таких представителей тысячи. Некоторые из них являются основными, так как связаны с важнейшими регуляторами жизнедеятельности организма. Массаж активных жизненных точек повышает защитные свойства слизистых оболочек носа, глотки, гортани, трахеи и других органов человека. Под действием массажа повышаются адаптационные возможности организма. Приемы точечного массажа очень легко освоить и взрослым и детям [8].

*Элементы хатха-йоги*. Известно, что йога проповедует физическую гармонию. Каждое упражнение хатха-йоги воздействует на ту или иную часть тела ребенка, либо на один или несколько органов его организма. Порядок выполнения упражнений играет важную роль, усиливая то или иное действие. Особым образом подобранные комплексы упражнений помогают укрепить здоровье для борьбы с самыми разными болезнями [7].

На *дыхательной гимнастике по методике А.Н. Стрельниковой* [12] остановимся более подробно. Дыхательная гимнастика — одна из наиболее популярных методик оздоровления организма. Ее особенностью и важным преимуществом считается использование форсированного вдоха и вовлечение самой мощной дыхательной мышцы — диафрагмы. Данная деятельность — мощный фактор оздоровления детей и снижения заболеваемости в группе. Гимнастика также позволяет направить энергию детей «в мирное русло» и полнее удовлетворить потребность в двигательной активности, а проведение ее на прогулке в теплое время года дополняет арсенал подвижных игр. Также гимнастика оказывает и лечебное воздействие на организм: положительно влияет на обменные процессы, играющие важнейшую роль в кровоснабжении, в том числе и легочной ткани; способствует восстановлению нарушения в ходе болезни нервных регуляций со стороны ЦНС; улучшает дренажную функцию бронхов и т.д.

Использование специальных форм (приемов) здоровьесберегающих технологий в нашем детском учреждении с применением развивающей программы оздоровления привело к сохранению здоровья воспитанников. За период с декабря 2008 г. по январь 2011 г. медицинские показатели индекса здоровья наших

воспитанников улучшились на 12%, заболеваемость ОРЗ уменьшилась на 25%.

Работа по применению здоровьесберегающих технологий сложная и многоаспектная, поэтому мы стараемся найти единомышленников и партнеров. Такими партнерами нашего МДОУ стали:

- ООО лечебно-оздоровительный центр «Здоровая мама — крепкий малыш», совместно с которым проводится просветительская работа среди педагогов и родителей детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата с целью повышения информационно-методического уровня; осуществляется внедрение инновационных реабилитационных технологий, проведение реабилитационно-восстановительных мероприятий для детей с ограниченными возможностями здоровья, динамический контроль за индивидуальным развитием ребенка;
- муниципальное лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения особого типа «Центр медицинской профилактики»;
- институт развития образовательных систем РАО, совместно с которым проводятся консультации и мастер-классы для педагогов ДОУ; внедряются методические рекомендации по здоровьесберегающим технологиям.

Необходимо подчеркнуть, что только здоровый ребенок с удо-

вольствием включается во все виды деятельности, он жизнерадостен, оптимистичен, открыт в общении со сверстниками и педагогами. Это залог успешного развития всех сфер личности, всех ее свойств и качеств.

### Литература

1. Береснева З.И. Здоровый малыш. Программа оздоровления детей в ДОУ. М., 2008.
2. Васильева М.А., Горбова В.В., Комарова Т.С. Программа воспитания и обучения в детском саду. М., 2007.
3. Гаврючина Л.В. Здоровьесберегающие технологии в ДОУ. Метод. пособие. М., 2010.
4. Картушина М.Ю. Зеленый огонек здоровья. Программа оздоровления дошкольников. М., 2009.
5. Ковалько В.И. Здоровьесберегающие технологии. М., 2007.
6. Коновалова Н.Г. Сохраним здоровье. Новокузнецк, 2000.
7. Константинова А.И. Игровой стретчинг. СПб., 1993.
8. Кудрявцев В.Т., Егоров Б.Б. Развивающая педагогика оздоровления (дошкольный возраст). М., 2000.
9. Нестерюк Т.Е. Гимнастика маленких волшебников. М., 1993.
10. Чистякова М.И. Психогимнастика. М., 1995.
11. Щетинин М.Н. Дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой. М., 2005.
12. [www.sportzai.com](http://www.sportzai.com)

## Мониторинг здоровья и здоровьесформирующих условий в ДОУ

Шацкая В.А.,

врач-педиатр, зам. директора по оздоровительной и лечебно-профилактической работе МАДОУ д/с «Росинка», г. Новоуральск Свердловской обл.

Хорошо известно, что воспитывать и обучать здорового ребенка намного легче и эффективнее. Только имеющий хорошее здоровье человек сможет выполнить свои биологические и социальные функции. Прогресс человечества определяется его духовным, интеллектуальным и физическим потенциалом. Современный этап развития цивилизации ставит перед челове-

ком сложные задачи, в том числе и в вопросах сохранения и укрепления здоровья.

Установлено, что на формирование и сохранение здоровья влияют образ жизни (50—55%), наследственность (20%), экология (20%), медицинское обслуживание (8—10%). Детский сад может и должен регулировать эти факторы и таким образом влиять на состояние здоровья.

Снижение функциональных резервов органов и систем, всего организма в целом, нарушение механизмов саморегуляции и резистентности, уменьшение количества и ухудшение качества половых клеток, рождение ослабленного потомства — вот далеко не полный перечень признаков наших современников. Это приводит к тому, что уже на этапе поступления в школу практически все дети имеют отклонения в здоровье. Поэтому одно из приоритетных направлений деятельности детских садов — охрана и укрепление здоровья.

В основе любой современной комплексной образовательной программы должен быть здоровьесберегающий компонент. Педагогическая технология, используемая в учебном и воспитательном процессе, должна быть физиологически обоснована. В условиях апробации «Примерной общеобразовательной программы воспитания, образования и развития детей старшего дошкольного возраста» в детских садах МДОУ проводилось медицинское сопровождение образовательного процесса, которое имело профилактическое направление — формирование и развитие у детей культуры здоровья, широкое внедрение методов оценки уровня здоровья и эффективных методов оздоровления во взаимодействии с семьей.

В учреждении был введен единый мониторинг здоровья воспитанников. Медицинской служ-

бой учреждения проводится также мониторинг здоровья и сотрудников.

*Цели* данного мониторинга:

- создать динамический информационный банк данных по уровню здоровья;
- поддерживать условия для здоровьесформирующей деятельности детского сада.

Системный мониторинг здоровья проводится на индивидуальном уровне, уровне группы, детского сада, МДОУ.

*Методы определения уровня здоровья:* анкетирование, собеседование, осмотр, наблюдение, функциональное, лабораторное, инструментальное обследование.

*Факторы, представляющие потенциальную опасность* для детей и сотрудников детских садов и среды обитания, контролируемые в МДОУ:

- параметры микроклимата помещений (физические, химические, бактериологические и гельминтологические обследования);
- вода питьевая;
- вода бассейна;
- пищевые продукты;
- почва, песок;
- моющие средства;
- дезинфицирующие средства.

*Объекты, подлежащие контролю в детском саду:*

- санитарно-защитная зона;
- участок детского сада;
- здание детского сада;
- оборудование помещений;
- их микроклимат;

- мебель;
- методический, дидактический материал;
- игрушки;
- программы, методики, режимы воспитания и обучения;
- при организации питания — сырье, технология приготовления, готовая продукция;

— санитарный, противоэпидемический режим (табл. 1).

Данные информационного обеспечения мониторинга здоровья поступают в управление МДОУ согласно «Циклограмме информационного обеспечения по результату» (табл. 2).

Таблица 1

**Номенклатура показателей контроля  
за средой жизнедеятельности в детском саду**

| Объект контроля                                                      | Показатель                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Во всех помещениях учреждений МДОУ                                   | Параметры микроклимата: температура, влажность, скорость движения воздуха, освещенность                                                                                                      |
| Компьютерные классы, рабочие места с ПЭВМ                            | Продукты деструкции полимерных материалов: фенол, формальдегид; напряженность электромагнитного поля и плотность магнитного потока                                                           |
| Медицинский блок, бассейн, групповые ячейки, условия труда           | Концентрация озона, ртути в воздухе                                                                                                                                                          |
| Бассейн, пищеблок                                                    | Микробиологические показатели воды бассейна и питьевой, готовой продукции                                                                                                                    |
| Участок, групповая ячейка, бассейн, пищеблок                         | Загрязненность гельминтами почвы, песка, предметов, воды бассейна, овощей и зелени в виде салатов                                                                                            |
| Групповая ячейка, бассейн, пищеблок, условия труда                   | Санитарная обработка (смывы на БГКП, патогенную флору)                                                                                                                                       |
| Групповая ячейка, бассейн, пищеблок, медицинский блок, условия труда | Контроль за хранением и приготовлением моющих и дезинфицирующих средств (определение процентной концентрации раствора моющего средства, дезинфектанта в исходном веществе, рабочем растворе) |
| Пищеблок                                                             | Определение биологической ценности, достаточности термической обработки, массовой доли витамина С в напитке «Золотой шар», содержание йода в соли                                            |
| Медицинский блок                                                     | Контроль за стерилизацией изделий медицинской техники с помощью термохимических индикаторов, бактериологический контроль за стерилизаторами с помощью биологических тестов                   |

Таблица 2

## Циклограмма информационного обеспечения по результату \_\_\_\_\_ год

| Содержание информации                                 | Месяцы года    |    |     |         |   |    |         |      |    |         |    |     | Ответственный  |
|-------------------------------------------------------|----------------|----|-----|---------|---|----|---------|------|----|---------|----|-----|----------------|
|                                                       | I              | II | III | IV      | V | VI | VII     | VIII | IX | X       | XI | XII |                |
| 1                                                     | 2              | 3  | 4   | 5       | 6 | 7  | 8       | 9    | 10 | 11      | 12 | 13  | 14             |
| Заболеваемость детей:<br>— за месяц                   | *              | *  | *   | *       | * | *  | *       | *    | *  | *       | *  | *   | Заведующий д/с |
|                                                       | 5 число        |    |     |         |   |    |         |      |    |         |    |     |                |
| — за учебный год                                      |                |    |     |         |   | *  |         |      |    |         |    |     | —//—           |
|                                                       | 5 число        |    |     |         |   |    |         |      |    |         |    |     |                |
| — за ЛОК                                              |                |    |     |         |   |    |         |      | *  |         |    |     | —//—           |
|                                                       | 7 число        |    |     |         |   |    |         |      |    |         |    |     |                |
| Выполнение плана вакцинации детей за квартал и за год | */2010         |    |     | *       |   |    | *       |      |    | *       |    |     | —//—           |
|                                                       | 1 рабочий день |    |     | 6 число |   |    | 6 число |      |    | 6 число |    |     |                |
| Результаты программ здоровья                          |                | *  |     |         |   |    |         |      |    |         |    |     |                |
| Фон здоровья детей                                    | *              |    |     |         |   | *  |         |      |    | *       |    |     |                |

Продолжение табл.

**М**

2012, № 6

Оздоровительная работа

31

| 1                                                                                            | 2                                                                      | 3                                                   | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10   | 11 | 12    | 13   | 14   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|------|----|-------|------|------|
|                                                                                              | 7 число                                                                |                                                     |   |   |   |   |   |   |      |    |       |      | —//— |
| Отчет в детскую поли-<br>клинику (углубленные<br>профосмотры, ЧБД,<br>хроническая патология) |                                                                        |                                                     |   |   |   |   |   |   |      |    |       | */15 | —//— |
| Отчет ЛОК, 1 класс                                                                           |                                                                        |                                                     |   |   |   |   |   |   | */25 |    |       |      | —//— |
| Основные показатели<br>работы медслужбы<br>(годовой отчет)                                   | +                                                                      |                                                     |   |   |   |   |   |   |      |    |       | +    | —//— |
|                                                                                              | Сдается разделами с 15.12.09 по 30.01.10                               |                                                     |   |   |   |   |   |   |      |    |       |      |      |
| План вакцинации со-<br>трудников на 20__ г.                                                  |                                                                        | +                                                   |   |   |   |   |   |   |      |    |       |      | —//— |
|                                                                                              |                                                                        |                                                     |   |   |   |   |   |   |      |    |       |      |      |
| Отчет выполнения пла-<br>на вакцинации сотру-<br>дников                                      | +                                                                      |                                                     |   |   |   |   |   |   |      |    | +     |      | —//— |
|                                                                                              | все по<br>НК                                                           |                                                     |   |   |   |   |   |   |      |    | грипп |      |      |
|                                                                                              | до<br>20.01.                                                           | 7 число, коррекция данных после 7 числа по телефону |   |   |   |   |   |   |      |    |       |      |      |
| Заболеваемость (б/л)<br>работников МДОУ                                                      | *                                                                      |                                                     |   | * |   |   | * |   |      | *  |       |      | —    |
|                                                                                              | 7 число                                                                |                                                     |   |   |   |   |   |   |      |    |       |      |      |
| Результаты контроля за<br>качеством питания де-<br>тей                                       | *                                                                      | +                                                   |   | * |   |   | * |   |      | *  |       |      |      |
| Производственный, ве-<br>домственный контроль                                                | *                                                                      | *                                                   | * | * | * | * | * | * | *    | *  | *     | *    | —//— |
|                                                                                              | Информирование после каждого забора анализов, обследования по телефону |                                                     |   |   |   |   |   |   |      |    |       |      |      |



|                                                                                                                                                                         |                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |    |    |             |    |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|----|-------------|----|----------------|
| 1                                                                                                                                                                       | 2                                                               | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12          | 13 | 14             |
| Перечень должностей (профессий) работников, поименный список лиц, подлежащих профессиональной гигиенической подготовке и аттестации                                     |                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |    |    | +           |    |                |
|                                                                                                                                                                         |                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |    |    | 10<br>число |    | Заведующий д/с |
| Количество сотрудников, прошедших профессиональную гигиеническую аттестацию                                                                                             | *                                                               |   |   |   |   |   |   |   |    |    |             |    |                |
|                                                                                                                                                                         | до<br>20.01                                                     |   |   |   |   |   |   |   |    |    |             |    |                |
| Перечень должностей (профессий) работников, поименный список лиц, относящихся к декретированным контингентам, подлежащих прохождению обязательного медицинского осмотра |                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |    |    | +           |    | —//—           |
|                                                                                                                                                                         |                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |    |    | 10<br>число |    |                |
| Количество сотрудников, прошедших медицинский осмотр, и объем осмотра                                                                                                   | Информирование после каждого прохождения медосмотра по телефону |   |   |   |   |   |   |   |    |    |             |    |                |

Нами определены объекты и критерии оценки управления качеством сохранения и укрепления здоровья детей и сотрудников в условиях детского сада (табл. 3).

Мониторинг здоровья в детских садах содержит более 30 видов информации, а контроли-

руемые параметры среды жизнедеятельности включают более 60 лабораторно-инструментальных показателей санитарно-гигиенических условий воспитания, обучения, питания в рамках программы производственного, ведомственного контроля.

Таблица 3

### Оценка управления качеством сохранения здоровья

| Объекты            | Критерии оценки                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                  | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Здоровье детей     | <p>Фон здоровья детей, динамика:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— распределение детей по группам здоровья;</li> <li>— по группам физического развития;</li> <li>— по группам физической подготовленности;</li> <li>— по уровню нервно-психического развития;</li> <li>— по степени резистентности;</li> <li>— по уровню функционального состояния;</li> <li>— количество детей с морфофункциональными отклонениями;</li> <li>— с хроническими заболеваниями;</li> <li>— функционально незрелых к обучению в школе;</li> <li>— соответствие хронологического и биологического возраста;</li> <li>— данные углубленных осмотров детей при поступлении в детский сад, в 5 лет, перед школой, всех детей, посещающих детский сад;</li> <li>— выявленные хронические заболевания и патологические состояния (уровень и структура);</li> <li>— нагруженность диагнозами;</li> <li>— острая заболеваемость (уровень и структура).</li> </ul> <p>Распределение детей по группам физического воспитания.<br/>Пропуски дней по болезни.<br/>Посещаемость.<br/>Индекс здоровья</p> |
| Двигательный режим | <p>Двигательная активность детей.<br/>Общая и моторная плотность физкультурных занятий.<br/>Охват детей спортивными секциями, кружками.<br/>Обеспеченность материально-технических условий для самостоятельной двигательной активности</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

Продолжение табл.

| 1                                                     | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Оздоровительные технологии. Оздоровительные программы | <p>Количество видов технологий, разработанных и внедренных в детском саду.</p> <p>Охват детей по каждому виду технологий.</p> <p>Количество детей, находящихся на общем, щадящем режиме.</p> <p>Количество детей, получающих возрастное, гипоаллергенное питание.</p> <p>Выполнение норм питания по наборам продуктов.</p> <p>Спектр закаливающих процедур, проводимых в детском саду, дома.</p> <p>Охват детей закаливающими процедурами.</p> <p>Охват детей занятиями в бассейне.</p> <p>Количество детей, нуждающихся в оздоровительных мероприятиях.</p> <p>Число детей, получивших оздоровление, в том числе в условиях детского сада.</p> <p>Анализ реабилитационных мероприятий:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— диапазон применяемых методов физиотерапевтического лечения, методик массажа;</li> <li>— структура методов физиотерапевтического лечения;</li> <li>— оценка качества работы медицинских сестер по физиотерапии, медицинскому массажу;</li> <li>— спектр физиотерапевтических услуг.</li> </ul> <p>Диспансеризация часто болеющих детей.</p> <p>Выполнение плана вакцинации.</p> <p>Охват профилактическими прививками.</p> <p>Туберкулинодиагностика</p> |
| Здоровье сотрудников                                  | <p>Своевременность и полнота прохождения предварительных и периодических медицинских осмотров.</p> <p>Вакцинация сотрудников.</p> <p>Наличие оздоровительных программ для сотрудников в детском саду.</p> <p>Охват сотрудников оздоровительными мероприятиями, спортивными секциями, соревнованиями.</p> <p>Заболеваемость.</p> <p>Потери рабочего времени сотрудниками в связи с заболеваемостью</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Система коммуникации                                  | <p>Отношение к здоровью как ценности работников группы, родителей, детей.</p> <p>Наличие совместных проектов по оздоровлению (детский сад, семья).</p> <p>Охват семей воспитанников консультативной помощью в условиях детского сада</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Среда жизнедеятельности                               | <p>Параметры микроклимата.</p> <p>Освещенность.</p> <p>Санитарно-эпидемиологические показатели.</p> <p>Наполняемость группы.</p> <p>Соответствие мебели санитарным требованиям</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

Окончание табл.

| 1                            | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Материально-техническая база | Соответствие участка санитарным требованиям.<br>Соответствие здания, помещений санитарным требованиям.<br>Наличие средств, регулирующих параметры микроклимата.<br>Оснащенность физкультурного зала.<br>Оснащенность бассейна и количество занятий в нем.<br>Соответствие медицинского блока современным требованиям |

Проводимый мониторинг здоровья и здоровьесформирующего образования позволяет создавать материально-технические и кадровые условия по потребностям, выявлять отклонения и регулировать качество влияния среды, выполнять санитарное законодательство.

Таким образом, в системе управления детским садом важнейшей составляющей является мониторинг здоровья и здоровьесформирующих условий, так как позволяет отслеживать и регулировать факторы, влияющие на здоровье, снижать их негативное воздействие.

Мониторинг здоровья, проводимый специалистами детского сада, лежит в основе принимаемых решений и последующей работы по улучшению условий жизнедеятельности и развитию здоровьесозидающих практик. Проблемы здоровья детей, их физического развития, а также проблемы формирования ценности здоровья возможно эффективно решать совместными усилиями семьи, педагогов, медицин-

ских работников при интеграции оздоровительных программ и современных программ дошкольного образования.

В практике деятельности детских садов МДОУ отработан механизм такой интеграции при апробации «Примерной общеобразовательной программы воспитания, образования и развития детей старшего дошкольного возраста».

Современные требования к условиям реализации образовательной программы в детском саду предполагают обеспечение медико-социального ресурса детского сада, а именно медицинского сопровождения образовательного процесса, которое способствует не только оценке состояния здоровья и среды жизнедеятельности в детском саду, но и выработке рекомендаций по здоровьесформирующему компоненту в образовательном процессе. А это означает, что ведущая роль в процессах профилактики и оздоровительной работы с детьми остается за медицинскими работниками детских садов.

# Развивающая педагогика оздоровления в образовательном процессе ДОУ

**Кривцова Е.В.,**

зам. директора Муниципального казенного дошкольного образовательного учреждения № 27 ЦРР — д/с «Малыш»,  
г. Богданович Свердловской обл.

Здоровье свыше нам дано,  
Учись, малыш, беречь его...

Здоровье нации — одно из главнейших показателей ее благополучия. От здоровья подрастающего поколения зависит будущее России. Однако состояние здоровья детей на сегодняшний день становится главной проблемой страны. Здоровье — основное и истинное достояние человека. Всемирная организация здравоохранения предлагает определение *здоровья* — «это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней...». Здоровье людей зависит не только от здравоохранения, но и от всего комплекса природных и социально-экономических условий жизни и прежде всего от самого человека.

Статья 51 «Охрана здоровья обучающихся, воспитанников» Закона РФ от 10.07.1992 № 3266-1 «Об образовании» содержит широкий набор направлений и обязанностей, необходимых для успешной организации работы по сохранению, укреплению, коррекции здоровья детей в детском

саду и семье. Эта статья касается и создания необходимых условий в дошкольном образовательном учреждении для осуществления оздоровительной работы, и соблюдения режима занятий, и установления определенной учебной нагрузки на ребенка, организации питания и др.

Здоровый образ жизни должен стать первейшей потребностью человека будущего. Становится понятно, насколько важно, начиная с раннего возраста, воспитывать у детей активное отношение к своему здоровью, понимание того, что здоровье — самая величайшая ценность, дарованная человеку природой.

К большому сожалению, основным местом формирования здоровья ребенка сегодня является система образования, а не семья, где опыт родителей часто недостаточен. Поэтому приоритетная задача деятельности детских садов — сохранение и укрепление здоровья дошкольников — стала основной, поскольку

развитие детей тесно связано со здоровьем: только здоровый ребенок может полноценно развиваться.

В настоящее время в педагогике возникло особое направление — *развивающая педагогика оздоровления*, в основе которой лежат представления о развитии ребенка здорового духовно и физически. Цель развивающей педагогики оздоровления сформировать у дошкольников основы здорового образа жизни и добиться осознанного выполнения правил здоровьесбережения. Нормой жизни и поведения каждого человека должно стать сознательное и ответственное отношение к здоровью, как собственному, так и окружающих, как к высшей ценности.

*Основные черты, характеризующие направление:*

- в центре его лежат представления о здоровом ребенке, понимаемом как идеальный эталон;
- здоровый ребенок рассматривается в качестве целостного телесно-духовного организма;
- оздоровление трактуется не как совокупность лечебно-профилактических мер, а как форма развития, расширения психофизиологических возможностей детей. Иными словами, «охрана здоровья» утрачивает смысл, если она не опирается на его развитие;
- работа по укреплению здоровья не может полноценно вестись

исключительно медицинскими методами. Эффективность применения последних возрастает при условии их дополнения психолого-педагогическими;

- ключевым принципом оздоровительно-развивающей работы с детьми считается индивидуально-дифференцированный подход.

В федеральных государственных требованиях к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования говорится, что образовательная программа ДОУ должна быть направлена «на развитие физических и личностных качеств, сохранение и укрепление здоровья детей дошкольного возраста, коррекцию недостатков в физическом и (или) психическом развитии детей».

Работа по формированию представлений и навыков здорового образа жизни в МКДОУ «Малыш» ведется согласно основной общеобразовательной программе ДОУ, программе «Здоровый ребенок», разработанной коллективом детского сада, а также активному и творческому использованию метода проектов. Родители воспитанников помогают нам.

В МКДОУ «Малыш» созданы необходимые условия для реализации деятельности в данном направлении.

*Предметно-развивающая среда:*

- физкультурный зал, оборудованный современным и нетрадиционным оборудованием;
- музыкальный зал;

- центры двигательной активности в групповых комнатах;
- спортивная площадка на участке детского сада;
- комната природы;
- комната психологической разгрузки;
- комната культуры безопасности жизнедеятельности;
- изостудия;
- логопункт;
- музей «Русская изба»;
- медицинский блок, включающий медицинский и процедурный кабинеты, изолятор.

*Кадровые условия:* работу с детьми осуществляют совместно с воспитателями специалисты Центра, такие как педагог-психолог, инструктор по физкультуре, музыкальные руководители, воспитатель по изодеятельности, воспитатель-эколог, учитель-дефектолог, учителя-логопеды, медицинские работники.

Развивающая педагогика оздоровления В.Т. Кудрявцева включает два направления оздоровительно-развивающей работы:

- приобщение детей к физической культуре;
- развивающие формы оздоровительной работы.

### **Приобщение к физической культуре**

Пути реализации данного направления следующие:

- развитие физических качеств;
- контроль за двигательной активностью и становление физической культуры дошкольников;

- формирование правильной осанки, профилактика плоскостопия;
- воспитание привычки повседневной физической активности.

Ежедневно во всех возрастных группах реализуется несколько форм физкультурно-оздоровительной деятельности:

- диагностика физического развития;
- утренняя гимнастика в зале и на воздухе;
- разнообразные подвижные игры в течение всего дня;
- гимнастика после дневного сна;
- занятия по физической культуре в зале и на воздухе;
- физкультурные досуги и развлечения.

Все вместе эти формы деятельности обеспечивают двигательную активность детей на протяжении всего дня, рационально распределяют интеллектуальную и физическую нагрузку.

Физкультурное занятие — ведущая форма организованного систематического обучения детей двигательным умениям и навыкам. В неделю планируется три таких занятия, форма одежды детей облегченная, босиком. Занятие несет в себе определенную «оздоровительную дозу» в виде физической нагрузки. Пользу дает только та нагрузка, которую можно назвать оптимальной, т.е. физиологически обоснованной. Когда позволяют погодные условия, третье занятие проводится на воздухе. В зимний период занятия проводятся на лыжах.

Инструктором по физкультуре в работе с детьми используются различные виды занятий, среди которых преобладают:

- сюжетно-игровые, состоящие из подвижных игр разной степени интенсивности;
- соревнования — дети делятся на две команды и в ходе различных эстафет выявляют победителей;
- занятия-тренировки основных видов движений;
- занятия по традиционной схеме: вводно-подготовительная часть, общеразвивающие упражнения, основные движения, подвижные игры;
- занятия-зачеты, на которых дети сдают физические нормативы.

Характерная особенность проведения всех форм физкультурно-оздоровительной деятельности заключается в том, что исключена возможность перегрузки детей, их переутомление.

Данное направление деятельности представлено дополнительным образованием. В Центре функционируют спортивная секция физкультурно-оздоровительной направленности «Школа мяча» и кружок «Группа здоровья», целью которого является профилактика нарушений осанки и плоскостопия.

### **Развивающие формы оздоровительной работы**

В МКДОУ «Малыш» разработана комплексная система физкультурно-оздоровительной ра-

боты, которая включает следующие компоненты.

*Создание условий для двигательной активности:*

- гибкий режим;
- занятия по подгруппам;
- создание условий (спортивный инвентарь, оборудование для физкультурного зала, центры двигательной активности в группах);
- индивидуальный режим пробуждения.

Система двигательной активности — система психологической помощи:

- утренняя гимнастика;
- прием детей на улице в теплое время года;
- непосредственно образовательная деятельность;
- двигательная активность на прогулке;
- подвижные игры;
- спортивные игры;
- физкультминутки;
- гимнастика пробуждения;
- пальчиковая, дыхательная, корригирующая гимнастика;
- точечный массаж;
- оценка эмоционального состояния детей с последующей коррекцией;
- релаксация;
- психокоррекция;
- логоритмика;
- спортивные досуги, развлечения, праздники.

*Система закаливания* (в повседневной жизни и специально организованная):

- облегченная форма одежды,
- босохождение,



- сон с доступом воздуха,
- контрастные воздушные ванны,
- обширное умывание,
- полоскание горла,
- обтирание,
- фиточай,
- кислородный коктейль.

*Организация рационального питания.*

*Летняя оздоровительная кампания.*

Во время выполнения утренней гимнастики и на занятиях по физкультуре педагоги убеждают детей в необходимости ежедневного выполнения физических упражнений. Во время выполнения дыхательных упражнений и массажа «волшебных точек» по А.А. Уманской дошкольники усваивают их пользу в профилактике простудных заболеваний. Оздоровительные и закаливающие мероприятия, проводимые педагогами ДОУ, нацелены на функциональное совершенствование детского организма, повышение его работоспособности, формирование защитных сил организма от неблагоприятных природно-климатических факторов.

Фельдшер, старшая медицинская сестра, педагоги ДОУ проводят:

- лечебно-оздоровительную работу с детьми;
- консультативно-просветительскую работу с родителями;
- контроль за организацией питания, закаливающих мероприятий;
- диагностику уровня физического развития совместно с

инструктором по физической культуре;

- профилактику заболеваемости, которая включает в себя закаливающие мероприятия, прививки, кислородный коктейль, точечный массаж по А.А. Уманской. Результаты деятельности фиксируются в индивидуальной карте физического развития и физической подготовленности ребенка, затем в Паспорте здоровья группы и Паспорте здоровья МКДОУ «Малыш».

Сотрудники Центра «Малыш» соблюдают такие принципы здорового рационального питания, как регулярность, полноценность, разнообразие путем соблюдения режима питания, норм потребления продуктов, гигиены питания и индивидуального подхода к детям. В 10-дневном меню содержатся продукты, имеющие витамины, микроэлементы и растительную клетчатку, способствующие функционированию процессов пищеварения. Такой подход к детскому питанию позволяет добиться улучшения физического развития воспитанников и повышения иммунитета детского организма.

Таким образом, если мы, взрослые, научим детей с самого раннего возраста ценить, беречь и укреплять здоровье, если будем личным примером демонстрировать здоровый образ жизни, можно надеяться, что будущее поколение станет здоровым и развитым не только физически, но и духовно, личностно, интеллектуально.

## Взаимодействие с родителями, имеющими детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

**Стефанова Е.Е.,**

*заведующий высшей квалификационной категории;*

**Абрамова Л.М.,**

*заместитель заведующего высшей квалификационной категории;*

**Корнеева Е.С.,**

*воспитатель первой квалификационной категории ЦРР —  
д/с № 60, г. Орел*

Современные семьи развиваются в условиях качественно новой и противоречивой общественной ситуации. С одной стороны, наблюдается поворот общества к проблемам и нуждам семьи, разрабатываются и реализуются комплексные целевые программы по укреплению и повышению ее значимости в воспитании детей. С другой — наблюдаются процессы, которые приводят к обострению семейных проблем. Следовательно, в сложных современных условиях семье требуется систематическая и квалифицированная помощь со стороны ДОУ. Только в процессе взаимодействия педагогов и родителей можно успешно решать проблему развития личности ребенка.

Все проблемы взаимодействия с семьей в группах для детей с отклонениями в развитии обостряются. Это связано с тем, что у родителей, имеющих детей с отклонениями в развитии, в ча-

стности с нарушениями опорно-двигательного аппарата, отсутствует адекватная оценка состояния своего ребенка, присутствует пассивная внутренняя позиция в сотрудничестве с ДОУ, а у многих и непонимание необходимости планомерной коррекционной работы.

В то же время, поскольку взаимодействие семьи и дошкольного учреждения играет важную роль в развитии ребенка и обеспечении преемственности дошкольного и школьного образования, необходимо детальное изучение представлений родителей и педагогов друг о друге, их влияния на взаимодействие, определение форм, методов работы, которые могли бы повысить эффективность этого взаимодействия.

Изучение семей позволило нам ближе познакомиться с детьми, понять их стиль жизни, уклад, традиции, духовные ценности, воспитательные возможности, взаимоотношения ребенка с

родителями. При этом мы использовали комплекс традиционных методов психолого-педагогической диагностики: наблюдение, беседу, тестирование (привлекая психолога), анкетирование, деловые игры, материалы детского творчества и др.

Учитывая разную степень готовности к сотрудничеству с дошкольным учреждением, мы определили различные уровни родительской мотивации. Родители с высоким уровнем — адекватно воспринимают состояние ребенка, готовы к полноценному сотрудничеству с дошкольным учреждением, понимают необходимость и важность работы, прислушиваются к советам и рекомендациям педагогов. Родители, имеющие средний уровень мотивации, тоже адекватно воспринимают состояние ребенка, не отрицают необходимость сотрудничества с детским учреждением, но при минимальной затрате своих усилий. Соглашаются со всеми доводами педагогов, объясняют свою пассивность недостатком времени. При низком уровне родительской мотивации отсутствует адекватная оценка состояния своего ребенка, присутствуют пассивная внутренняя позиция в сотрудничестве с дошкольным учреждением, непонимание необходимости коррекционной работы. Критические замечания и предложения не принимают.

При выборе форм и методов взаимодействия мы всегда учиты-

вали возможности и условия жизни конкретных семей и использовали не только коллективные, но и индивидуальные формы работы. Мы считаем, что эффективность взаимодействия увеличится, если определить баланс индивидуальных и групповых форм сотрудничества с семьями в зависимости от уровня родительской мотивации. В работе с родителями, имеющими высокий уровень мотивации, возможно использование как индивидуальных, так и групповых форм работы. С этой категорией родителей в основном велась работа по педагогическому росту.

Во взаимодействии с родителями, имеющими средний уровень мотивации, также применялись и индивидуальные и групповые формы работы. Преобладание первых присутствовало во взаимодействии с семьями, имеющими низкий мотивационный уровень. Также считали необходимым приглашение различных специалистов (психолога, невролога, юриста) для проведения различных консультаций.

*Работу с родителями проводили поэтапно:*

1) сначала привлекали родителей к коррекционно-образовательному процессу, убеждая их в том, что ребенок больше всего нуждается в них;

2) увлекали родителей процессом развития, показывая хотя и незначительные, но очень важные достижения ребенка;

3) раскрывали перед родителями возможность личного поиска творческих подходов в обучении.

На первом этапе самой главной задачей было *создание доверительных отношений с родителями*. Это достигалось путем трансляции родителям положительного образа ребенка. Благодаря этому с самого начала между воспитателем и родителями складываются доброжелательные отношения с установкой на будущее сотрудничество. В повседневном общении родители часто упускают из вида положительные черты личности ребенка, больше обращая внимание на их негативные проявления. Этот эффект «забвения» усиливается тревожным ожиданием замечаний в отношении поведения ребенка в детском саду — это этап «перестановки акцентов».

Обязательным на этом этапе считаем также ознакомление родителей с результатами диагностики состояния здоровья ребенка и его психомоторного развития. Посещения семей, индивидуальные беседы, наблюдения родителями организованной деятельности детей (занятий, режимных моментов и т.п.) также помогали наладить контакт и взаимопонимание между нами и родителями.

Демонстрируя матери приемы работы с ребенком, предлагали конспектировать занятия, отмечать наиболее интересные упражнения. Родителям предлагалась для изу-

чения специальная литература. Интересные или спорные моменты обсуждались в специально организованных дискуссиях.

На втором этапе мы стремились *увлечь родителей процессом развития ребенка*, показывая его самые малейшие достижения. На этом этапе старались придерживаться следующего:

- замечать и подчеркивать любые позитивные изменения в развитии ребенка, радоваться им;
- быть особо осторожными при оценке поведения, деятельности ребенка, учитывая ранимость родителей в отношении всего, что касается ребенка;
- демонстрировать свою поддержку родителям в стремлении быть хорошим воспитателем своего ребенка.

На этом этапе широко привлекали родителей к коррекционным мероприятиям с их ребенком. Просмотр открытых коррекционных занятий с детьми, участие в совместных праздниках, развлечениях, спектаклях помогло родителям глубже понять образовательную и коррекционную работу педагогов и специалистов нашего дошкольного учреждения с детьми, перенять некоторые методы и приемы этой работы, увидеть собственного ребенка в иной, чем домашняя, среде, системе взаимоотношений. Формирование у родителей воспитательной компетенции происходило через расширение круга их знаний и представлений о коррекции фи-

зического недостатка ребенка. В этом нам помогли письменные консультации на различные темы, например, «Коррекция и профилактика плоскостопия», «Движение в жизни ребенка» и т.п., которые мы помещали в папки-передвижки в уголках для родителей.

В зоне особого внимания находилось самообразование родителей. Обсуждение отдельных книг и публикаций в ходе консультаций, информация на стенде, выставки новой литературы с краткой аннотацией, обзор новинок на родительском собрании — все это помогало создать условия для активного участия семей в воспитании и обучении детей. Индивидуальные практикумы по обучению родителей совместным формам деятельности с детьми, носящие коррекционную направленность, совместное обсуждение хода и результатов работы позволили создать рекомендации по преодолению негативных тенденций в физическом развитии ребенка.

Таким образом, на первом и втором этапах взаимодействия с родителями мы в основном применяли индивидуальные формы работы.

На третьем этапе *раскрытия перед родителями возможности личного поиска творческих подходов к обучению их ребенка* мы активно использовали групповые формы работы, при этом не забывая об индивидуальном подходе к каждой семье. На этом этапе во

взаимодействие с родителями вступали не только мы — педагоги группы, но и различные специалисты: психолог, врач, медицинские сестры, педагоги дополнительного образования. Формы организации коррекционно-педагогической работы специалистов с семьями были самыми разнообразными: организация круглых столов, детских утреников и праздников; участие в консультативно-рекомендательной и лекционно-просветительской деятельности; проведение практических занятий для родителей; индивидуальных занятий с родителями и их ребенком.

На третьем этапе работы на основе взаимного доверия и взаимопомощи педагогов и родителей, укрепления авторитета педагога в семье, а родителей в детском саду проводили групповые семинары-практикумы, собрания родителей с просмотром фрагментов занятий с детьми, устные дискуссии, а также знакомили родителей с ценным опытом воспитания. Недели семьи с просмотром разнообразных занятий, закаливающих и лечебных процедур, помогли родителям увидеть достижения своих детей в сравнении с другими детьми. Такие формы работы помогли лично поучаствовать в исследовании возможностей своего ребенка. Систему работы по организации взаимодействия с родителями, имеющими детей с отклонениями в физическом развитии, представили в схеме.

Эффективность участия родителей во всех мероприятиях за период работы возросла на 47%.

Согласно диагностике Областного врачебно-физкультурного диспансера у 86% детей улучшилось состояние здоровья, у 14% детей отмечались значительные улучшения.

Таким образом, разработанная система оказания психолого-педагогической помощи родителям позволила обеспечить совместную работу с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата, и привела к положительным результатам.

## А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

### Детский спорт – хорошего понемножку

Профессиональный детский спорт добавит работы хирургам через 30 лет, считают эксперты по спортивной медицине из университета Джона Хопкинса в США. По их мнению, родители юных спортсменов должны оберегать детей не только от вывихов и переломов, но и от перетренированности. Ученые говорят, что детские спортивные травмы происходят по нескольким причинам. В этом виноваты и узкая специализация на одном виде спорта с раннего детства, и жесткая система тренировок, и несоблюдение техники безопасности при занятиях.

Исследователи подчеркивают, что рост костей делает детей очень уязвимыми к повреждениям от чрезмерных тренировок и однообразных повторяющихся движений. Юные спортсмены страдают от травм пластины роста — области, в которой кость растет в длину. Так, у танцоров и фигуристов страдают кости в области голеностопа, а у баскетболистов — плечевые и локтевые кости. Ученые из Мериленда заметили подобную уязвимость у детей с лишним весом. По их наблюдениям, ребенок, страдающим ожирением, может получить перелом даже при падении с высоты собственного роста.

Специалисты отмечают, что детям необходимо движение для поддержания здорового веса. Однако от узкой специализации в спорте следует воздержаться, пока ребенок не достигнет 14 лет. Кроме того, ученые рекомендуют не забывать о полноценной разминке и проводить тренировки не чаще пяти раз в неделю, чтобы организм малыша успевал восстановиться. «Важно помнить, что главная цель занятий спортом для детей — не превратить их в профессиональных спортсменов, а улучшить здоровье, приучить к дисциплине, ответственности и работе в команде», — говорят исследователи.

<http://www.takzdorovo.ru>

## Профилактика краснухи и эпидемического паротита

**Кудацкая М.А.**

ведущий специалист-эксперт Территориального отдела  
Управления Федеральной службы по надзору в сфере  
защиты прав потребителей и благополучия человека  
по Московской области в городах Звенигород,  
Краснознаменск, Одинцовском районе,  
г. Одинцово Московской области

ПЕДИАТРИЯ



Краснуха и эпидемический паротит относятся к группе инфекций, управляемых средствами специфической профилактики. По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, в целом в Российской Федерации за 2011 г. зарегистрировано снижение заболеваемости по этим нозологиям. Однако это не повод забывать о столь грозных инфекциях, последствия которых влияют не только на поколения нынешние, но и будущие.

*Краснуха* относится к острым инфекционным вирусным заболеваниям преимущественно с воздушно-капельным путем передачи. Заражение происходит при контакте с больным этой инфекцией. При этом инкубационный период (период от момента внедрения возбудителя и начала его жизнедеятельности в организме до появления первых симптомов) составляет в среднем 1—2 недели, а заболевший заразен за 7 дней до появления сыпи и до 7—10-го дня после высыпания. При этом катаральные явления могут отсутствовать вплоть до появления сыпи, и тогда заражение может произойти и от «здорового» на первый взгляд человека. В инкубационный период вирус прикрепляется на слизистой оболочке верхних дыхательных путей, по мере его проникновения в подлежащие ткани и распространения по лимфатической системе приближается продромальный период (от нескольких часов до 2 дней) или сразу наступает период высыпаний. При наличии продромального периода катаральные явления выражены в наименьшей степени, присутствует недомогание, температура повышается до 37,5—38 °С. Наблюдается увеличение лимфоузлов, в основном увеличиваются заднешейные и за-

тылочные лимфоузлы, консистенция их мягкая, они неспаяны с окружающими тканями и безболезненны.

Далее наступает период высыпаний, который продолжается 3—4 дня. Первоначально сыпь появляется на лице, шее и в течение ближайших часов после начала болезни распространяется по всему телу. Локализуется преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, ягодицах, спине. По характеру сыпь мелкопятнистая, ее элементами являются розовые пятнышки круглой или овальной формы, величиной от булавочной головки до чечевицы, элементы располагаются на неизменной коже и не сливаются. На 2-й день сыпь обычно несколько бледнеет, на 3-й день становится более скудной и мелкой, сохраняясь лишь в местах излюбленной локализации, и затем бесследно исчезает, но иногда на несколько дней остается незначительная пигментация. Появление сыпи объясняется распространением вируса в крови и одновременной гемагглютинацией (склеиванием эритроцитов) и дерматотропизмом (склонностью к выборочному поражению кожи), в результате чего склеенные эритроциты как бы застревают в слое дермы.

При появлении сыпи температура обычно повышается до 38—39 °С, но может быть и нормальной. Общее самочувствие нарушается мало. Типично увеличение заднешейных, затылочных и дру-

гих лимфоузлов, которые достигают размеров боба за 1—2 дня до высыпания, консистенция их плотная, возможна болезненность. Увеличение держится нередко до 10—14 дней и может определяться визуально.

Краснуха обычно проявляется между 12-м и 21-м днем после контакта с больным человеком. Сыпь при краснухе легко можно спутать с сыпью при кори, скарлатине и лекарственной, сыпью с потницей.

Несмотря на то что краснуха считается традиционно детской инфекцией, подростки и взрослые также подвержены ей. Более того в последние годы отмечается сдвиг заболеваемости на более старший возраст (20—29 лет). У подростков и взрослых краснуха протекает значительно тяжелее: более выражена лихорадка, явления интоксикации (недомогание, разбитость), нередко конъюнктивиты. Характерным для взрослых (с большей частотой у женщин) является поражение мелких (фаланговые, пястно-фаланговые) и, реже, крупных (коленные, локтевые) суставов.

И все-таки большинство больных не нуждаются в специальном лечении. Применяются средства для лечения симптомов и осложнений, облегчающие общее состояние. После перенесенного заболевания развивается пожизненный иммунитет, однако его напряженность с возрастом и под воздействием различных факторов, может падать. Таким образом,



перенесенное в детстве заболевание краснухой не может служить 100% гарантией от повторного заболевания.

Особое внимание при диагностике краснухи стоит уделять женщинам детородного возраста. Заболевание беременной женщины приводит к инфицированию плода. Врожденная краснушная инфекция (далее — ВКИ) возникает при внутриутробном инфицировании плода вирусом краснухи, которое может приводить к выкидышу, внутриутробной смерти или рождению ребенка с синдромом врожденной краснухи. В зависимости от срока беременности, на котором происходит заражение, у плода с различной вероятностью (в I триместре вероятность достигает 90%, во втором — до 75%, в третьем — 50%) формируются множественные пороки развития. Синдром врожденной краснухи (далее — СВК) является одним из возможных исходов внутриутробного заражения вирусом краснухи, особенно в первом триместре беременности. Врожденные дефекты, ассоциированные с СВК, включают заболевания сердца, поражения глаз (катаракта, снижение остроты зрения, нистагм, косоглазие, микрофтальмия или врожденная глаукома), снижение слуха, задержка умственного развития.

*Эпидемический паротит*, как и краснуха, также относится к воздушно-капельным инфекциям. Человек заразен с конца инку-

бационного периода (за 1—2 дня до клинических проявлений) и, особенно, в течение первых 3—5 дней болезни. Опасность заболевания при контакте с больным эпидемическим паротитом исчезает после 9-го дня болезни. При этом в распространении инфекции большое значение имеют больные атипичными формами.

Заболеваемость регистрируется во всех странах мира как в виде спорадических случаев, так и эпидемических вспышек (например, в детских коллективах). Вспышки характеризуются постепенным распространением в течение 2,5—3,5 мес. и волнообразным течением.

Эпидемический паротит может наблюдаться в любом возрасте. Но наиболее часто болеют дети 7—14 лет; у детей в возрасте до 1 года, особенно первых 6 мес. жизни, заболевание встречается крайне редко, а мальчики болеют несколько чаще девочек.

Заболеваемость эпидемическим паротитом регистрируется на протяжении всего года, однако в холодный период (осенне-зимний и ранней весной) число случаев возрастает. Это обусловлено активизацией капельного механизма передачи вследствие изменения образа жизни людей и формирования новых коллективов. После перенесенного заболевания формируется стойкий иммунитет, повторные заболевания отмечаются не более чем в 3% случаев.

Клинически выделяют типичные и атипичные формы болез-

ни. К типичным относятся желе-  
зистые, железисто-нервные и  
нервные формы, к атипичным —  
стертые и бессимптомные.

При железистых формах паротит протекает преимущественно в легкой, реже среднетяжелой формах. Максимальное увеличение околоушных слюнных желез развивается в течение 3—4 дней и сохраняется чаще 8—11 дней.

При изолированных формах поражения слюнных желез течение заболевания гладкое, а выздоровление, как правило, полное. С частотой от 20 до 40% на 4—6-й день болезни может развиваться острый панкреатит. Течение его чаще доброкачественное, клинические проявления исчезают через 5—10 дней. Как исход возможен переход в хроническую форму панкреатита или сахарный диабет.

В 12—66% чаще у молодых мужчин возникает орхит, чаще односторонний. В качестве отдаленных последствий может развиваться атрофия яичек и довольно часто — бесплодие.

Из нервных форм эпидемического паротита наиболее часто встречаются серозный менингит и синдром менингизма.

Как уже упоминалось выше, в распространении эпидемического паротита немаловажное значение имеют атипичные формы. При стертой форме паротита симптомы интоксикации отсутствуют или выражены слабо, припухлость слюнных желез незначительна и не беспокоит больного. Бессимп-

томные формы выявляются только в очаге инфекции при обследовании контактных лиц с использованием методов серологической диагностики. У значительной части больных (50—70%) паротит протекает в сочетании с ОРВИ, что приводит к утяжелению клинической картины основного заболевания: наблюдаются длительная и высокая лихорадка, увеличение продолжительности периода выздоровления.

И все же при любом течении этих двух заболеваний окончательный диагноз должен устанавливаться на основании клинических данных при наличии лабораторного подтверждения диагноза и/или эпидемиологической связи с другими лабораторно подтвержденными случаями заболевания.

### Мероприятия в очаге

Медицинский работник при выявлении больного краснухой или эпидемическим паротитом, лиц с подозрением на эти заболевания обязан в течение 2 ч сообщить об этом по телефону и в течение 12 ч направить экстренное извещение установленной формы (№ 058/у) в орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор на территории, где выявлен случай заболевания.

Каждый случай краснухи, эпидемического паротита должен быть зарегистрирован и учтен в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (форма № 060/у)

по месту их выявления в медицинских и иных организациях (детских, подростковых, оздоровительных и др.).

Цель проведения противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции — его локализация и ликвидация. Необходимо изолировать заболевшего/подозрительного на заболевание ребенка. Следующий шаг — определение круга лиц, бывших в контакте, выяснение их прививочного и инфекционного анамнеза в отношении краснухи или эпидемического паротита.

С момента выявления первого больного в детском учреждении до 21-го дня с момента выявления последнего заболевшего в коллектив не принимаются лица, не болевшие краснухой или эпидемическим паротитом и не привитые против этих инфекций.

Допуск переболевших краснухой и эпидемическим паротитом в организованные коллективы детей и взрослых разрешается после их клинического выздоровления.

За лицами, общавшимися с больными краснухой или эпидемическим паротитом, устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента выявления последнего случая заболевания в очаге.

В дошкольных организациях в целях активного выявления и изоляции лиц с признаками заболевания медицинскими работниками должен быть организо-

ван ежедневный осмотр контактных лиц.

В очагах эпидемического паротита определяется круг лиц, подлежащих иммунизации против этой инфекции по эпидемическим показаниям. Иммунизации против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям подлежат лица, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание), не болевшие эпидемическим паротитом ранее, не привитые или не имеющие сведений о прививках против эпидемического паротита. Иммунизация против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям проводится в течение 7 дней с момента выявления первого больного в очаге. Детям, не привитым против эпидемического паротита (не достигшим прививочного возраста или не получившим прививки в связи с медицинскими противопоказаниями или отказом от прививок) не позднее 5-го дня с момента контакта с больным вводится иммуноглобулин человека нормальный (далее — иммуноглобулин) в соответствии с инструкцией по его применению. Сведения о проведенных прививках и введении иммуноглобулина (дата, название препарата, доза, серия, контрольный номер, срок годности, предприятие-изготовитель) вносят в учетные формы в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики.

Контактные лица из очагов краснухи или эпидемического

паротита, не привитые и не болевшие указанными инфекциями ранее, не допускаются к плановой госпитализации в медицинские организации неинфекционного профиля и социальные организации в течение всего периода медицинского наблюдения. Госпитализация таких пациентов в период медицинского наблюдения в медицинские организации неинфекционного профиля осуществляется по жизненным показаниям, при этом в стационаре организуются дополнительные санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в целях предупреждения распространения инфекции.

Беременные женщины, находящиеся в очагах краснушной инфекции, подлежат медицинскому наблюдению и динамическому серологическому обследованию на наличие IgM и IgG к вирусу краснухи в целях предупреждения развития врожденных заболеваний новорожденных. Взятие проб крови у беременных проводят одновременно со взятием крови у первого больного в очаге. В случае появления у беременной клинических признаков краснухи, ее предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода. После лабораторного подтверждения диагноза решение о прерывании беременности женщина принимает самостоятельно. В случае отсутствия у беременной клинических признаков краснухи дальнейшая тактика медицинского наблюде-

ния за беременной определяется результатами серологического исследования методом ИФА, подтвержденными в вирусологической лаборатории.

### **Специфическая профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита**

Метод специфической профилактики и защиты населения от краснухи и эпидемического паротита — вакцинопрофилактика. Иммунизация населения против краснухи и эпидемического паротита проводится в рамках Национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 31. 10. 2011 № 51н «Об утверждении Национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям». Детям и взрослым, получившим прививки в рамках Национального календаря профилактических прививок, в сыворотке крови которых в стандартных серологических тестах не обнаружены антитела к соответствующему возбудителю, прививки против краснухи и/или эпидемического паротита проводят дополнительно в соответствии с инструкциями по применению иммунобиологических препаратов.

Для иммунизации применяют медицинские иммунобиологические препараты, зарегистрированные и разрешенные к применению на территории Российской Федерации в установленном законодательством порядке согласно инструкциям по их применению.

Зарегистрированы в России (по данным сайта [www.privivka.ru](http://www.privivka.ru)) следующие препараты.

1. Паротитная вакцина. Производитель: Московское предприятие по производству бактериальных препаратов, Москва.

2. Вакцина против краснухи. Производитель: Серум Инститьют оф Индия, Индия.

3. Вакцина против краснухи. Производитель: Институт иммунологии, Хорватия.

4. Корь, Паротит, Краснуха MMR-II. Производитель: Мерк Шарп Доум, США.

5. Корь, Паротит, Краснуха Приорикс. Производитель: Смит Кляйн Бичем, Бельгия.

Всемирная организация здравоохранения разработала принципы вакцинации против краснухи. Существуют три принципиальных подхода к искоренению краснухи и СВК — вакцинация детей, девушек-подростков и женщин детородного возраста, планирующих иметь детей. Первая стратегия эффективна против борьбы с самой краснухой, но полностью не решает проблемы СВК (для этого потребуется 20—30 лет), поскольку, по имеющимся данным, вакцинация защищает на

срок около 20 лет, а значит теоретически она способна сдвинуть заболеваемость краснухой на детородный возраст. Вторая стратегия: вакцинация девушек-подростков в 11—14 лет эффективна в плане искоренения СВК (правда, для достижения этой цели потребуется 10—20 лет), но не решает проблемы заболеваемости краснухой вообще (в России пик приходится на возраст 7—14 лет). Вакцинация женщин крайне эффективна в плане борьбы с СВК (хотя добиться 100% охвата взрослого населения практически не реально), но также не решает проблему самой краснухи. Ввиду этих соображений ВОЗ рекомендует сочетать по мере возможности все три стратегии. Примером такого сочетания является США, где помимо вакцинации детей, вакцинация проводится в колледжах и вооруженных силах. В России, в части регионов сочетается вакцинация детей и подростков. Интересный выход из проблемы вакцинации женщин детородного возраста нашли во Франции — отказ в регистрации брака при отсутствии отметки о прививке против краснухи, либо записи о перенесенной инфекции.

Для обеспечения популяционного иммунитета к краснухе и эпидемическому паротиту, достаточного для предупреждения распространения инфекции среди населения, охват прививками

населения на территории муниципального образования должен составлять:

- вакцинацией и ревакцинацией против эпидемического паротита детей в декретированных возрастах — не менее 95%;
- вакцинацией против краснухи женщин в возрасте 18—25 лет — не менее 90%.

Сведения о выполненных в детском учреждении профилак-

тических прививках вносятся в учетные медицинские документы, на основании которых формируются методы федерального государственного наблюдения: форма № 5 «Сведения о профилактических прививках» (месячная, годовая) и форма № 6 «Сведения о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний» (годовая).

## А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

### Учись, чтобы не впасть в маразм

Обучение новому снижает риск развития деменции, считает группа исследователей из университета Тунцзи в Шанхае, Китай. Результаты их работы показали, что обучение улучшает функции памяти, способность к рассуждению, владение речью и координацию движений даже у здоровых взрослых. Для исследования ученые пригласили здоровых добровольцев в возрасте от 65 до 75 лет. В течение трех месяцев участники эксперимента посещали часовые тренинги и выполняли домашние задания. В ходе обучения добровольцы тренировали память, мышление, способность к решению проблем, а также осваивали новые ремесла, учились читать карты и получали информацию о здоровье.

Результаты исследования показали, что разноплановое обучение положительно влияет на функции мозга. По сравнению с контрольной группой, не получившей никакой подготовки, экспериментальная группа проявила себя лучше при тестировании познавательных функций памяти. Этот эффект наблюдался даже год спустя по окончании тренингов. Предполагается, что к 2050 г. на планете будет более 1,1 млрд людей старше 65 лет. 37 млн из них — страдающих слабоумием. Ученые считают, что развитие познавательных навыков в старшем возрасте способно защитить от развития деменции. Людям пенсионного возраста исследователи рекомендуют изучать новые языки, выполнять упражнения для памяти, разгадывать головоломки и кроссворды и даже играть в стратегические компьютерные игры.

<http://www.takzdorovo.ru>

# Перевязочные средства и раневые покрытия, используемые для лечения ожоговых ран

**Парамонов Б.А.,**

*д-р мед. наук, профессор, Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, Санкт-Петербург*

Отражая вопросы местного консервативного лечения ожоговых ран, нельзя обойти стороной перевязочные материалы и средства. За последнее время появилось большое количество новых материалов и относительно сложных медицинских изделий, относящихся к этому классу.

Для производства перевязочных материалов стали использовать помимо хлопчатобумажных другие виды волокон — льняные, вискозные, полипропиленовые, целлюлозные, полиэфирные, лавсановые и др. Своеобразным видом материала считается *алигнин*, получаемый из древесины и выпускаемый в виде крепированной гигроскопичной бумаги.

Перевязочные материалы условно можно разделить на фиксирующие и лечебные. Ярким представителем фиксирующих перевязочных материалов являются так называемые контурные повязки.

К наиболее простым и широко используемым перевязочным средствам, выполняющим как лечебные, так и фиксирующие

функции, относятся *бинты и марля*. Новым видом перевязочных материалов является *полотно нетканое холстопрощивное безниточное*. Из этих материалов (а также из ваты) созданы многочисленные виды перевязочных пакетов.

Лечебные перевязочные средства в настоящее время представлены чрезвычайно широко. Значительная часть из них имеет медикаментозную пропитку. В зависимости от целевого предназначения перевязочного материала пропитка может состоять из одного или нескольких компонентов, относящихся к различным классам медикаментозных препаратов.

Лечение ран и ожогов чаще всего проводят под так называемыми повязками. Повязки могут быть одно- или многослойными. В случае многослойных они могут быть выполнены из одного материала или из разных.

В идеале *перевязочные средства должны обладать разнонаправленным действием и обеспечивать:*

- отток раневого экссудата и микроорганизмов с поверхности ран;
- подавление патогенной микрофлоры;
- противоотечное действие;
- противовоспалительный эффект;
- обезболивающее действие;
- создавать условия для оптимального протекания процессов заживления ран.

Безусловно, создать перевязочное средство, отвечающее всем этим требованиям одновременно, довольно сложно. Тем не менее, большая часть современных лечебных повязок *полифункциональная*.

В зависимости от основного целевого предназначения выделяют следующие *виды повязок*:

- антисептические («Альтекс-Ф», «Альтекс-Х», «Колетекс с хлоргексидином», «Лита-Цвет-1» и «Повязка с катамином», «Активтекс» и др.);
- противовоспалительные (содержащие антиоксиданты: токоферол, флавоноид, диэтон и др.);
- гемостатические («Колетекс-гем», «Ферробиатравм»);
- сорбирующие («АУВМ», «ПС», «Волна», средства на основе безворсового сорбента «Полифор», полотно ПНХБМ);
- предназначенные для enzymатического очищения ран (с иммобилизованными ферментами — «Феруг-2», «Коллитин», с эластомезентеразой, трипсином, коллагеназой, террилитинном и др.);

- неприлипающие (парафинизированные, металлизированные);
- ранозаживляющие («Колетекс с прополисом» и др.).

В последнее время разработано много сложных композиций, некоторые из них будут приведены далее.

Постулат о необходимости удаления раневого экссудата явился отправной точкой для создания большого количества повязок, обладающих выраженными абсорбционными свойствами. Технология изготовления такого рода повязок зачастую весьма сложная. В частности повязка «Карпема» выполнена из вискозы и углеродной ткани ТГН-2М, подвергнутой электрохимической обработке.

Нередко при создании сложных композиций используются разнообразные технические решения и материалы, что делает сложным отнести его к тому или иному классу. Такого рода повязки одновременно относятся к разным классам препаратов для местного лечения ран. Например весьма сложное строение имеет покрытие «Энзимопласт», состоящее из тканевой основы, пропитанной гелем и ферментом иммозимом. Благодаря наличию протеолитических ферментов достигается очищение ран от омертвевших тканей. Гель препятствует высыханию ран, а также обладает умеренными сорбирующими свойствами. «Феруг-2» представляет собой комбинированный перевязочный материал



с дальцекс-трипсином и угольным нетканым материалом, что обеспечивает очищение ран за счет действия энзимов и сорбции раневого отделяемого. Известны и другие сложные композиции.

Перевязочные материалы служат одним из важнейших компонентов местного лечения ран. Использование современных перевязочных материалов позволяет повысить эффективность лечения.

### **Современные раневые покрытия**

Своеобразной лекарственной формой считаются раневые покрытия. В последнее время появилось много их образцов, отличающихся по химическому составу основы, добавляемым в них лекарственным веществам. Вместе с тем до сих пор не существует универсального препарата, пригодного для использования во все фазы раневого процесса при ожогах различной глубины. Возможно выделить следующие требования к раневым покрытиям:

- создание оптимальной микро среды для заживления ран;
- высокая абсорбционная способность в отношении раневого экссудата;
- способность предотвращать проникновение микроорганизмов;
- достаточная проницаемость газов (кислорода, углекислоты) для обеспечения протекания репаративных процессов;

- проницаемость для паров воды, но исключая высыхивание дна раны;
- эластичность, возможность моделировать поверхности со сложным рельефом;
- отсутствие пиро-, антигенного и токсического действия;
- отсутствие местного раздражающего действия.

Кроме того, для искусственных раневых покрытий весьма желательны следующие *характеристики*:

- прозрачность, возможность наблюдения за раной;
- возможность быть носителем лекарственных веществ (антибактериальных, влияющих на репаративные процессы);
- устойчивость к стерилизации;
- удобство применения для медицинского персонала и больного;
- легкое удаление с поверхности кожи.

По *происхождению* препараты данного типа можно условно разделить на природные и синтетические.

### **Природные раневые покрытия**

Препараты природного происхождения — это прежде всего различные варианты консервированной кожи или дермы.

*Аллогенная кожа.* «Золотым эталоном» раневого покрытия считается кожа. Краткосрочное хранение кожных лоскутов, включающих дерму и эпидермис, осуществляют при температуре от 0 до 8 °С в водной среде (в ростовых средах),

в состав которой входят аминокислоты и глюкоза, в присутствии антиоксидантов и криопротекторов. Для более длительного хранения осуществляют их лиофильную сушку, помещают в растворы глицерина или подвергают глубокому охлаждению. Безусловно, качество кожных лоскутов во многом зависит от способа и режимов консервации.

**Препараты дермы.** Ряд отечественных и зарубежных фирм производит препараты из бесклеточной дермы, консервация которых чаще всего достигается методом лиофильной сушки. Из свиной кожи получены препараты «Свидерм» (СССР), «Alloask D» (Япония) и другие им подобные. Из донорской кожи человека выпускаются покрытия «AlloDerm», «Integra» и «Dermagraft».

**Амниотическая мембрана.** Для лечебных целей может использоваться амниотическая мембрана человека или животных. Амниотическая оболочка является «скоропортящимся» видом покрытий. На раневые поверхности следует накладывать только «свежие» оболочки с небольшими сроками хранения.

### **Синтетические раневые покрытия**

В настоящее время единой всеобъемлющей классификации синтетических раневых покрытий не существует. Представляется возможным разделить их следующим образом.

По функциональному назначению препараты делятся на защитные и лечебные.

### **Защитные покрытия**

Эти покрытия предназначены главным образом для предотвращения бактериального загрязнения ран. В качестве примера можно привести обезболивающие пленочные покрытия «первой помощи» «Полипор-А», непроницаемые для микроорганизмов (с размерами пор менее 0,2 мкм).

### **Лечебные покрытия**

В зависимости от используемых (в качестве пропитки) при их изготовлении медикаментозных препаратов (антибиотики, гормоны, обезболивающие вещества, гемостатики и др.) имеют различные свойства и показания к применению.

По физико-химическим свойствам покрытия можно разделить на биodeградирующие (рассасывающиеся) и биоинертные. Как правило, биodeградирующие покрытия изготавливают из природных полимеров (желатина, коллагена, хитозана).

По форме изготовления и способу применения возможно выделить следующие варианты покрытий:

- губки;
- гелеобразующие покрытия;
- пленочные;
- формирующиеся при распылении композиции в виде аэрозоля;
- комбинированные.

### Губки

Для губок характерно наличие развитой пористой структуры, что обеспечивает им высокую абсорбирующую способность и высокую проницаемость для газов и паров кислорода. Губки изготавливают из природных (коллагена, хитозана, альгиновых кислот, целлюлозы и др.) и синтетических полимеров (полиуретана и др.). Для придания им специфических лечебных свойств проводят их специальную обработку различными медикаментозными средствами (антибиотиками, протеолитическими ферментами, гемостатическими агентами и т.д.).

Можно выделить специализированные и полифункциональные лечебные губки.

Специализированные губки чаще всего обладают однонаправленным действием и применяются по каким-либо определенным показаниям.

С гемостатической целью (при выполнении некрэктомий) могут использоваться «Губка гемостатическая из нативной плазмы крови», «Губка коллагеновая», «Губка фибринная», «Гемостатическая губка с амбеном», «Поликапран» и др.

Губки из природных полимеров, чаще всего применяют во II фазе раневого процесса для заживления ран. К ним относятся препараты на основе коллагена: «Коласпон», «Комбутек», «Облекол» (с облепиховым маслом); из

альгиновых кислот — «Альгипор», других полисахаридов — «Аубазидан», «Аубазипор». Существуют препараты, состоящие из двух видов полимеров, в частности из коллагена и хитозана. Так, например, недавно была разработана губка «Цитотимакол», в состав которой входит дыхательный фермент Цитохром С, стимулирующий митотическую активность клеток и иммуностимулятор — тималин. К новым препаратам также относится «Гешиспон» — коллагеновая губка с антибактериальным препаратом шиконином. Также известны и полифункциональные губки (см. таблицу).

### Гелеобразующие и гидрогелевые покрытия

*Гелеобразующие* покрытия формируются при смачивании экссудатом нанесенного на раневые поверхности в виде порошка вещества. Чаще всего по своей сути эти покрытия выполняют функцию дренирующих сорбентов. Эти вещества обеспечивают отток в повязку не только раневого экссудата, но и микроорганизмов.

Покрытия данного типа получают из различных синтетических и природных полимеров (производные метилметакрилата, декстран, акриламид, агар-агар и др.).

В настоящее время наиболее известны следующие препараты в виде порошков, формирующие при смачивании жидкостью геле-

Таблица

**Полифункциональные влагопоглощающие губки**  
(для первой фазы раневого процесса)

| Название   | Состав                                                                                                                      | Действие                                                                                                                                |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Альгипор   | Губчатый полимер из смеси натриевых и кальциевых солей альгиновых кислот                                                    | Обладает осмотической активностью. Очищает раны от омертвевших тканей, снижает микробную осемененность, способствует регенерации тканей |
| Теральгим* | Террилитин, иммобилизованный на альгипоровой губке                                                                          | Обладает осмотической активностью. Очищает раны от омертвевших тканей, снижает микробную осемененность, способствует регенерации тканей |
| Альги-маф  | Комбинированный препарат, созданный на основе «Альгипора», с добавлением мафенида ацетата и антиоксиданта — фенозам-кислоты | Дегидратирующее, антибактериальное, антиоксидантное действие                                                                            |

\* Рекомендуется пропитывать растворами антисептиков перед употреблением.

образные покрытия: «Гелиперм», «Хайдрон», «Дебризан», «Дежизан», «Гелевин», «Целосорб», «Коллассорб», «Колладиосорб». Имеются и специализированные покрытия этого класса. К таким относится в частности «Желпластан», в состав которого входят желатин, камицин и плазма крови.

По своим биологическим свойствам к гелеобразующим весьма близки готовые гидрогелевые покрытия. К препаратам данного типа можно отнести «Inerpan» (получаемый полимеризацией

аминокислот лейцина и глицина), «Галактон» и «Галагран» (на основе пектина, имеющие свойства сорбента, стимулятора репарации, противобактериального препарата и анестетика), из гидроксиметилцеллюлозы и др.

### Пленочные раневые покрытия

В настоящее время применяются пленки из различных видов природных и синтетических материалов: коллагена, поливинилхлорида, полиэтилена, полипро-

пилена, полиэтилентерефталата, поли-ε-капролактона и др. Значительная часть пленок обладает достаточной прочностью и эластичностью, они удобны в употреблении. Вместе с тем по параметрам газо- и влагопроницаемости данные покрытия не в полной мере отвечают предъявляемым к ним требованиям. Лучше всего этим параметрам соответствуют пленки на основе поликапролактона, паропроницаемость которых при толщине около 0,15 мм составляет 2 г/(ч × см<sup>2</sup>). Весьма перспективными являются гидрофильные пленки из полиуретана. Наиболее известные представители этого типа пленок, появившиеся в России в последние годы, — пленки «Op-Site», «Tegaderm» и «Cutinova hydro». Эти препараты удобны в использовании, эластичны, хорошо фиксируются на раневой поверхности, прозрачны. Удобны для применения и другие препараты, в частности эластичная, высокоадгезивная, проницаемая для воды и паров пленка «Fixomull stretch», выполненная из полиэфирного материала с гипоаллергенной клеейкой массой на полиакрилатной основе. Ряд пленочных покрытий («Tegaderm», препараты семейства «Полипор») непроницаемы для бактерий, но проницаемы для воздуха и паров воды, что позволяет их использовать при лечении ожогов. Вместе с тем паропроницаемость большинства покрытий такого рода недостаточна. Препарат из эластичного гидро-

фильного полиуретана «Омидерм» обладает существенно лучшей паропроницаемостью и может использоваться в сочетании с другими лекарственными формами (прежде всего антибактериальными), что весьма важно при лечении ожогов.

Отдельное место занимают покрытия типа «Иском», «DDB» и «DDBM». Последние выполнены из полиэтиленовой пленки, на поверхность которой наносится напыление сухой смеси, состоящей на 5% из антибиотиков, взятых в равном соотношении (цефалоспирин, стрептомицин, эритромицин, тетрациклин, вибромицин, синтомицин, неомицин, канамицин, нистатин, дактарин, канестен, а также риванола) и 95% из талька. Они полностью непроницаемы для паров влаги и воздуха, под ними нередко скапливается значительное количество экссудата. Чтобы дренировать избыток влаги, в пленке DDBM, являющейся одним из вариантов этого покрытия, сделаны небольшие отверстия.

В НПО «Пластполимер» (Санкт-Петербург) ранее производили весьма удачные перфорированные пленочные покрытия семейства «Асеплен»: «Асеплен-К» — с катополом; «Асеплен-Д» — с диоксидином; «Асеплен-И» — с йодом. Недавно в России разработаны полимерные пленочные покрытия «Полипор» (ООО «Медицинские биотехнологии», Санкт-Петербург), выполненные

из гидрофобного материала с многочисленными мелкими порами, проницаемыми для газов, но непреодолимыми для микроорганизмов. Специальная технология обработки обеспечивает этим пленкам высокий электростатический потенциал поверхности, благодаря чему они приобретают высокую адгезивность к ранам. Пленки «Полипор» прозрачны и через них можно наблюдать, каким образом идет эпителизация в ранах без снятия повязок. В зависимости от пропитки (обезболивающими веществами, антибактериальными, кровоостанавливающими субстанциями) они могут использоваться по различным конкретным показаниям. Имеются варианты пленок с перфорационными отверстиями.

Некоторые пленочные покрытия («Асеплен», «Полипор», DDBM) могут использоваться в I фазу раневого процесса. Все же большая часть такого рода препаратов предназначена для применения во II и III стадиях, поскольку они защищают раны и не препятствуют регенерации тканей.

Большое распространение получили также пленки из природных полимеров: из коллагена — препарат «Биокол» и ему подобные, хитозана, бактериальной целлюлозы — «Бакцеласепт». Последний имеет пропитку полимерными антисептиками (катаполом, цигеролом), что обеспечивает ему антибактериальную эффективность.

### Раневые покрытия с низкой адгезивностью

Отдельную группу раневых покрытий, широко применяющихся в комбустиологии, составляют неприлипающие покрытия, которые подразделяются на следующие разновидности:

- металлизированные;
- сделанные из парафинизированной марли;
- выполненные из марли, пропитанной мазями или эмульсиями.

К парафинизированным покрытиям относятся повязки типа «Paranett», «Bactigras», «Tulle-gras» и «Sofra-tulle» и др., выполненные в различных вариантах без и с пропиткой антибактериальными препаратами (гентамицином, софрамицином и т.д.). Неприлипающие раневые повязки «Adaptic» («Johnson & Johnson»), «Damor» («Damor America Inc.»), «Fucidin», «Betadine» и им подобные пропитаны неразмазывающимися мазями, эмульсией или кремом.

Известны покрытия с низкой адгезивностью, которые помимо этого обладают высокой абсорбирующей активностью («Robinson»). В институте хирургии им. А.В. Вишневского разработано двухслойное раневое покрытие, в котором нижний слой, накладываемый на рану, представляет собой сеточку из полиэтилена, а верхний (сменный) — из сорбирующего материала.

Препараты этого типа показаны для лечения ран во II и III фазах раневого процесса. Весьма

положительным их свойством является то, что при снятии повязок не повреждается неокрепший эпителий.

*Аэрозольные пленкообразующие композиции* были уже рассмотрены ранее. В СССР и России ранее применялись такие препараты, как «Акриласепт», «Лифузоль», «Статизоль», «Наксол» (ВНР). «Акриласепт» не нашел широкого применения из-за относительно низкой паропроницаемости и адгезивности. За рубежом выпускаются аэрозоли «Нобекутан» и «Уайп-он».

**К более редким видам раневых покрытий** относятся: рассасывающиеся на ранах и кислородгенирующие. Эти покрытия носят экспериментальный характер.

*Рассасывающиеся* покрытия получают из различных биодеградирующих материалов (коллагена, яблочной кислоты, смесей аминокислот и т.д.).

*Кислородгенирующие* покрытия формируют из двух листов гидроколлоида (сшитого полиакриламида). Реагирующие компоненты ( $KJ$  и  $H_2O_2$ ) вводят по отдельности в каждый слой. При смачивании раневой жидкостью происходит реакция, сопровождающаяся выделением кислорода, что позволяет стимулировать процессы раневого заживления.

*Комбинированные* покрытия представляют собой большую группу препаратов, получаемых из комбинации известных химических соединений, которые под-

бираются с целью придания изделию заданных физико-химических и биологических свойств.

К таким препаратам, в частности, можно отнести «*Biobrane*» (США), в состав которого входят два полимера, один обладает высокой газопроницаемостью, а другой — механической прочностью. Получают этот препарат из эластичной силоксановой пленки, в которую путем термической обработки под давлением внедряют нейлоновую сетку. Кроме того, для обеспечения транспорта газов в покрытии делают микроотверстия. Адгезивность обеспечивается нанесением слоя гидролизованного коллагена.

Препарат «Мелонин» — двухслойный. Нижний слой, прилегающий к ране, — гидрофильный. Верхний — представляет собой перфорированную пленку из полиуретана или полиэфира и обеспечивает главным образом механические функции. Другим примером является трехслойный материал «Комупол». Первый слой, прилегающий к поверхности ран, — атравматичный, проницаемый для раневого содержимого. Второй — сорбционный, обладающий высокой гигроскопичностью и высокой специфической сорбционной способностью по отношению к микрофлоре. Третий выполнен из водоупорного, паро- и воздухопроницаемого материала.

Весьма хорошие результаты дает использование гидроколло-

идного покрытия «*Varihesive*» или «*Convatec*», содержащего гидрофильный (нижний) и гидрофобный слои. Использование данного препарата позволяет лечить за счет однократной аппликации на раны и реализует принцип «положил на рану — и забыл о перевязках». «Умное» раневое покрытие само по себе реализует разнообразные лечебные эффекты, которые последовательно включаются в различные стадии раневого процесса.

#### **«Биотехнологические» покрытия**

Данный класс раневых покрытий — самый современный и, по-видимому, самый перспективный. Исчерпывающей классификации такого рода покрытий в настоящее время не существует.

Биотехнологические раневые покрытия можно подразделить на следующие основные типы:

- бесклеточные (содержащие в своем составе только биологически-активные макромолекулы);
- имеющие в своем составе живые клетки разного типа (фибробласты, кератиноциты и др.).

По способу получения «окончательной лечебной формы» их можно разделить на «готовые к применению» и на «формирующиеся непосредственно в ране». «Готовые» биотехнологические раневые покрытия — те, которые окончательно формируются в лаборатории и далее доставляются в клинику, где их переносят на

раневые поверхности. Среди них, в свою очередь, можно выделить три группы композиций:

1) различные варианты «живого эквивалента кожи», состоящие из так называемого «дермального эквивалента» (коллагенового геля с инокулированными в его состав живыми фибробластами), на поверхности которого культивируются клетки эпидермиса;

2) культивируемые заместители кожи (*cultured skin substitutes*);

3) композиции, занимающие промежуточное положение между двумя первыми группами.

Некоторые «культивируемые заместители кожи», в которых используются аллогенные фибробласты, в настоящее время выпускаются в достаточно больших масштабах («Фибродермис», Москва; «Фибропор», Санкт-Петербург).

Возможны и другие варианты лечения ожоговых ран с использованием живых клеток. В частности на X Ожоговом Конгрессе, состоявшемся в Тель-Авиве в ноябре 1998 г., исследователи из Канады сообщили об успешном опыте распыления на раневые поверхности выращенных *in vitro* кератиноцитов с помощью устройства типа «*Spray*».

Таким образом, в настоящее время в арсенале медицинских работников имеется широкий спектр новых перевязочных материалов и средств, которые могут успешно использоваться для местного консервативного лечения ожоговых ран.



# Принципы лечения, реабилитации и диспансеризации детей, больных циститом

Ганузин В.М.,

канд. мед. наук, доцент ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия», г. Ярославль

Цистит — микробно-воспалительный процесс в слизистой и подслизистом слое мочевого пузыря, сопровождающийся нарушением его функций. В структуре инфекционных заболеваний мочевыводящих путей цистит, по данным различных авторов [9; 10], занимает от 6 до 60%. Основными возбудителями при циститах у детей являются кишечная палочка (в 80%), фекальный стрептококк, клебсиелла, сапрофитный стафилококк, протей.

*Первичный* цистит, в отличие от вторичного, возникает без предшествующих структурно-функциональных повреждений мочевого пузыря. В развитии *вторичного* цистита ведущая роль отводится неполному опорожнению мочевого пузыря в результате механической и/или функциональной обструкции, что формирует образование остаточной мочи.

По особенностям течения различают острые и хронические циститы. При *остром* — воспалительный процесс ограничивается слизистой оболочкой и под-

слизистым слоем и морфологически характеризуется катаральными и геморрагическими изменениями.

При *хроническом* цистите отмечаются более глубокие структурные изменения стенки мочевого пузыря с вовлечением мышечного слоя (гранулярный, буллезный, флегмонозный, некротический и др.). В большинстве случаев при хроническом цистите повреждаются все слои мочевого пузыря.

## Факторы риска развития цистита у детей

### *Эндогенные:*

- отягощенный акушерско-гинекологический анамнез и патологическое течение беременности (выкидыши, аборт, недоношенность в анамнезе, хронические заболевания мочевыделительной системы (МВС) у беременной, гестозы, хроническая гипоксия плода, внутриутробные инфекции и др.);
- факторы, способствующие формированию пороков раз-

- вития МВС (наличие профессиональных вредностей у родителей и экологически неблагоприятный фон места проживания, вредные привычки родителей);
- отягощенная наследственность по патологии МВС;
  - перинатальная патология ЦНС в анамнезе, приводящая в ряде случаев к формированию дискинезии мочевыводящих путей (в том числе к пузырно-мочеточниковому рефлюксу, нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, энурезу и т.д.);
  - нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (чаще по гиперрефлекторному типу);
  - врожденные пороки развития мочевой системы;
  - первичные и вторичные иммунодефицитные состояния;
  - аномалии конституции;
  - изменения рН мочи.

*Экзогенные:*

- частые ОРВИ, ОРИ, хронические инфекции ЛОР-органов;
- рецидивирующие кишечные инфекции, дисбактериоз;
- функциональные и органические нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта;
- глистные инвазии, особенно энтеробиоз;
- дефекты питания и питьевого режима;
- применение нефротоксических лекарственных препаратов;
- инвазивные методы исследования (рентгеноурологические,

уродинамические) и хирургические вмешательства;

- воздействие физических факторов (переохлаждение, травма);
- инородные тела в мочевом пузыре;
- средства, уменьшающие поверхностное натяжение воды (пены для ванн могут способствовать развитию цистита у девочек).

Исходя из перечисленных факторов риска, педиатр на этапе первичного звена здравоохранения проводит комплекс мероприятий, не позволяющий реализоваться им в болезнь.

Профилактика инфекционно-воспалительных заболеваний мочевого пузыря подразделяется на первичную и вторичную. *Первичная* включает формирование здорового образа жизни, повышение санитарной грамотности и медицинской активности всех членов семьи. К *вторичной* профилактики относятся выявление групп риска по формированию патологии мочевого пузыря и взятие их на учет, оздоровительные и противорецидивные мероприятия у детей с уже сформировавшейся патологией.

Для предотвращения развития нефропатий у детей из групп риска необходимо способствовать организации *рационального питания* (грудное — на первом году жизни) с соблюдением физиологического питьевого режима, повышение резистентности орга-

низма путем закаливания и рациональных физических нагрузок в различные возрастные периоды жизни.

Группа детей, подлежащих обязательному нефрологическому обследованию на этапе поликлиники [1]:

- со случайно выявленными и повторно определяемыми патологическими анализами мочи;
- с изолированным мочевым синдромом после перенесенного инфекционного заболевания, но не ранее чем через 2 мес. после исчезновения его признаков;
- частыми болями в низу живота, в надлобковой области и пояснице;
- различными нарушениями акта мочеиспускания;
- со стойкой артериальной гипотонией, особенно в сочетании со стигмами дизэмбриогенеза;
- с множественными стигмами дизэмбриогенеза;
- отеком синдромом или пастозностью.

**Клинические проявления цистита** зависят от формы и характера течения заболевания. *Острый цистит*, как правило, начинается с расстройств мочеиспускания. Появляются императивные позывы к мочеиспусканию каждые 10—20—30 мин. Дети старшего возраста отмечают боли в низу живота, в надлобковой области с

иррадиацией в промежность, усиливающиеся при пальпации и наполнении мочевого пузыря. В конце акта мочеиспускания может наблюдаться боль в основании мочевого пузыря, уретры или полового члена у мальчиков.

*У детей раннего возраста клиника острого цистита неспецифична.* Характерно острое начало, беспокойство, плач во время мочеиспускания, учащение последнего. В связи с ограниченными возможностями детей раннего возраста к локализации инфекционного процесса, часто наблюдается распространение микробно-воспалительного процесса в верхние мочевые пути, появляются общие симптомы в виде токсикоза, субфебрилитета.

*Клиника хронического цистита* зависит от того заболевания, на фоне которого развился цистит, а также от наличия или отсутствия осложнений. Клинические проявления характеризуются поллакиурией, недержанием мочи днем и/или ночью. Это должно настораживать врача в плане дисфункции мочевого пузыря и являться поводом для углубленного обследования. Другим кардинальным признаком хронического цистита является «неуправляемая» упорная лейкоцитурия, появляющаяся вскоре (иногда через несколько дней) после отмены уросептиков.

*Мочевой синдром при цистите* характеризуется лейкоцитурией нейтрофильного характера (от

10—12 клеток до количества, покрывающего все поля зрения), эритроцитурией разной степени выраженности (чаще терминальной, вплоть до макрогематурии), наличием переходного эпителия и бактериурии. Как правило, для больных хроническим циститом характерна высокая степень бактериурии [10].

*Лабораторные и дополнительные методы исследования при цистите* [3; 10]:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- анализ мочи по Нечипоренко (при нормальном и незначительно увеличенном количестве лейкоцитов в общем анализе мочи);
- посев мочи на флору с определением чувствительности к антибиотикам до назначения антибактериальной терапии;
- ритм мочеиспускания за 3 дня (ведение дневника);
- обязательный осмотр девочек гинекологом в первые дни заболевания.

*Инструментальные методы исследования при цистите:*

- УЗИ почек и мочевого пузыря;
- цистоскопия — в период стихания воспалительного процесса или в период ремиссии;
- урофлоуметрия.

*Реабилитация детей с циститом* зависит от формы и течения заболевания, характера изменений слизистой и наличия осложнений.

Лечение цистита должно быть направлено на устранение болевого синдрома, нормализацию расстройств мочеиспускания и ликвидацию микробно-воспалительного процесса в мочевом пузыре.

При остром цистите и обострении хронического рекомендуется *постельный режим*. Показано общее согревание больного и местное использование тепловых процедур.

*Пища* не должна быть раздражающей, целесообразно исключить все острые, пряные блюда и специи. Показаны молочно-растительные продукты, фрукты, богатые витаминами.

*Питьевой режим* определяется потребностью больного. Однако при остром цистите лучше рекомендовать обильное питье (на 50% выше от обычного объема), которое увеличивает диурез, способствует вымыванию продуктов воспаления из мочевого пузыря. Суточное количество жидкости распределяется равномерно в течение дня. Увеличение питьевого режима при остром цистите лучше рекомендовать после снятия болевого синдрома. Показаны слабощелочные минеральные воды, морсы, слабо концентрированные компоты. Эффективно применение морсов из клюквы и брусники.

Лечебные минеральные воды для приема внутрь при цистите

должны иметь минерализацию не менее 2 г/л. Вода принимается в теплом виде, без газа, назначается 3 раза в день за 1 ч до еды из расчета 3—5 мл/кг массы на прием.

*Медикаментозное лечение* острого цистита и обострения хронического включает применение спазмолитических, антибактериальных средств, уросептиков. При болевом синдроме показано применение но-шпы, белладонны, папаверина внутрь или в свечах, баралгина.

### **Антибактериальная терапия**

К препаратам выбора для эмпирической терапии острого и обострения хронического циститов у детей являются «защищенные» пенициллины (амоксиклав, аугментин) или цефалоспорины 2—3 поколения (пероральные типа цедекса, зинната или супракса). В ряде случаев возможно использование нитрофуранов (фурагин, фурамаг).

Минимальный курс лечения острого цистита и обострения хронического должен быть не менее 7—14 дней. Иногда для профилактики рецидивирования микробно-воспалительного процесса после основного 7—14-дневного курса лечения антимикробными препаратами целесообразно продолжительное назначение фурагина (фурамага) в поддерживающей дозе ( $1/2$  от возрастной суточной дозы, в течение 2—4 недель,

один раз на ночь). Поскольку для метаболизма фурагина требуется повышенное количество витаминов  $B_6$ , показано включение в терапию последнего на 2—4 недели [4; 5].

Целесообразно проводить комплексную терапию хронического цистита с использованием как системного, так и местного [8] воздействия (курс инстилляций диоксидина или хлоргексидина, в сочетании с пастой энтеросгель).

### **Иммунокорригирующая терапия**

#### *Показания к применению:*

- дети раннего возраста, имеющие возрастную дисфункцию иммунитета;
- цистит у ЧБД;
- хроническое и затяжное тяжелое течение цистита, особенно в постоперационном периоде и вызванного госпитальными полирезистентными штаммами.

#### *Препараты:*

- рекомбинантный интерферон (ВИФЕРОН): ВИФЕРОН-1 (150 тыс. МЕ) назначается детям младше 7 лет ректально по 1 свече дважды в день в течение 7—10 дней, затем прерывисто 2—3 раза в неделю в течение 4—6 недель;
- бактериальные лизаты [7]:

Солкоуровак. Вакцина, содержащая 10 штаммов различных патогенных микроорганизмов в

инактивированной форме (6 штаммов *Escherichia coli*, по штамму *Proteus mirabilis*, *Proteus morganii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus faecalis*). Препарат оказывает специфическое профилактическое действие при инфекциях мочевыводящих путей за счет стимуляции иммунитета. На фоне применения солкоуровака происходит подавление инфекции мочевыводящих путей, в особенности устойчивой к другим видам терапии. Препарат обеспечивает длительный противорецидивный эффект. Вакцинация проводится детям с 5 лет внутримышечно № 3 с интервалом в две недели, ревакцинация через год. Форма выпуска для детей: коробочка с тремя ампулами по 0,25 мл, коробочка с 1 ампулой по 0,25 (бустерная инъекция). Противопоказания: гиперчувствительность, острые инфекционные заболевания, туберкулез в активной форме, заболевания кроветворной системы (острые лейкозы), гипокоагуляция, тяжелые заболевания иммунной системы (СПИД), болезни почек и сердечно-сосудистой системы (ССС) в стадии декомпенсации, детский возраст (до 5 лет);

Уро-Ваксом, содержащий 18 инактивированных штаммов кишечной палочки, разрешается с 6 мес. внутрь по 1 капсуле утром натощак до исчезновения симптомов, но не менее 10 дней.

При комбинированном лечении и профилактике рецидивов (обострения) хронической инфекции мочевого тракта (в особенности циститов), независимо от природы микроорганизма, в сочетании с антибактериальными или антисептическими средствами — максимальный курс в течение 3 мес. Не следует принимать препарат за две недели до и в течение двух недель после применения живых вакцин. Противопоказания: гиперчувствительность, детский возраст (до 6 мес.), период лактации, беременность;

— полусинтетические: Ликопид — назначается детям, начиная с периода новорожденности, по 1 таблетке (1 мг) 1 раз в день в течение 10 дней.

### Фитотерапия

В терапии инфекционно-воспалительного процесса в сочетании с антибиотиками имеет смысл назначение современного лекарственного препарата канефрона Н (комбинированного, растительного происхождения, в состав которого входят золототысячник, любисток, розмарин), оказывающего противовоспалительное, диуретическое, спазмолитическое, антимикробное, нефропротекторное и антиоксидантное действие [2].

К другим препаратам, обладающим диуретическим, противовоспалительным и спазмолитическим действием относятся урофлукс и фитолизин.

### **Коррекция дисбиоза кишечника**

Поддержание нормального микробиоценоза кишечника, с учетом возможного лимфогенного пути распространения инфекции, служит профилактикой рецидивирования уроренальной инфекции. Коррекция дисбиоза кишечника проводится по двум направлениям: организация функционального питания (пищевые волокна, пре- и пробиотики) и медикаментозное лечение (элиминация условно-патогенной и патогенной флоры, возможно применение бактериофагов с последующим восстановлением микрофлоры кишечника с помощью пробиотиков).

### **Вакцинация**

В активную фазу болезни проведение профилактических прививок противопоказано. Вакцинация детей с циститом проводится не ранее 3 мес. после достижения клинико-лабораторной ремиссии, с обязательным контролем за анализами крови и мочи с целью уточнения активности процесса. Вакцинация проводится по индивидуальному графику. По специальным показаниям вакцинация больных циститом может проводиться в периоде стихания микробно-воспалительного процесса.

*Подготовка к вакцинации больных циститом.* Показано проведение следующих лабораторных

и инструментальных методов исследования:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи и анализ мочи по Нечипоренко;
- УЗИ органов МВС.

С первого дня *вакцинации* назначаются антигистаминные препараты (в течение 5—7 дней).

При рецидивирующем течении цистита после вакцинации на 5—7-й день назначается фурагин в возрастной дозировке, затем проводится поддерживающая терапия этим препаратом в дозе 2 мг/кг/сут. (однократно на ночь в течение 2—3 недель).

*Поствакцинальное наблюдение* проводится в течение первых 2 дней после вакцинации, затем с 6-го по 18-й день (в период возможных поствакцинальных реакций). На 2, 6 и 18-й дни поствакцинального наблюдения назначаются анализы мочи (общий или по Нечипоренко). Все дни поствакцинального периода измеряется температура.

*Диспансерное наблюдение детей, больных циститом,* проводится в зависимости от формы и течения заболевания. Помимо педиатра больные должны наблюдаться у нефролога, уролога, невропатолога (с последствиями перинатальной патологии ЦНС, неврогенной дисфункцией мочевого пузыря и др.) и гинеколога (девочки), других специалистов — по показаниям. Общий анализ мочи и анализ мочи по Нечипоренко при

неполной ремиссии проводятся 1 раз в 2—4 недели, в стадии ремиссии — 1 раз в 3 мес. Посев мочи на бактериурию при неполной ремиссии назначается 1 раз в 2—4 недели, в периоде ремиссии — 1 раз в 3—6 мес. Данные лабораторные исследования проводятся и при интеркуррентных заболеваниях. УЗИ мочевого пузыря назначается 1 раз в 6 мес., цистоскопия — по показаниям.

### Оценка эффективности реабилитационных мероприятий

В приказе Минздравсоцразвития России от 19.04.2007 № 283 «Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового» определены критерии оценки качества диспансерного наблюдения больных детей:

- полнота охвата диспансерным наблюдением должна составлять не менее 90% от числа детей, состоящих на «Д» учете;
- удельный вес детей, снятых с «Д» наблюдения по выздоровлению, должен составлять не менее 10% от общего числа, состоящих под «Д» наблюдением;
- удельный вес детей с улучшением состояния здоровья должен составлять не менее 10% от общего числа, состоящих под «Д» наблюдением [6].

### Литература

1. Ганузин В.М. Принципы этапного лечения, диспансеризации и реабилитации детей с инфекциями мочевыделительной системы. Ярославль, 2011.

2. Диагностика и лечение пиелонефрита у детей / Под ред. Н.А. Коровиной и др. М., 2007.

3. Коровина Н.А. и др. Дневник наблюдения за пациентом с инфекцией мочевой системы. М., 2004.

4. Лекции по педиатрии. Нефрология / Под ред. В.Ф. Демина и др. М., 2006.

5. Петросян Э.К., Гаврилова В.А., Резников А.Ю. Лечение и профилактика рецидивирующей инфекции мочевых путей у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2010. № 1. С. 84—88.

6. Приказ Минздравсоцразвития России от 19.04.2007 № 283 «Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового».

7. Учебно-методическое пособие по детским болезням. Болезни почек у детей / Под ред. Т.Г. Маланичевой и др. Казань, 2010.

8. Филиппов А.В. и др. Современные методы местной терапии хронического цистита у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2008. № 3. С. 77—82.

9. Шабалов Н.П. Детские болезни. СПб., 2007.

10. Циститы у детей: этиология, клиника, диагностика и лечение / Под ред. Н.А. Коровиной, И.Н. Захаровой, Э.Б. Мумладзе. М., 2007.



## Гендерное воспитание в ДОУ

**Шмакова С.В.,**  
инструктор по физкультуре;

**Жиличкина М.Ю.,**  
педагог-психолог МАДОУ д/с № 66 «Яблонька»,  
г. Щелково Московской обл.

### ПЕДАГОГИКА

Чувство тождественности со своим полом, стремление поддержать его «престиж» имеет большое значение для становления ребенка как личности. Поэтому, если мы хотим растить мужчин и женщин, а не бесполой существ, растерявших преимущества своего пола, детям необходимо гендерное воспитание.

В результате анализа психолого-педагогических исследований, проведенных в России и за рубежом, было установлено, что у всех детей любой национальной культуры принятие своей гендерной роли происходит в дошкольном возрасте:

- к 2—3 годам дети начинают понимать, что они либо девочки, либо мальчики, и обозначают себя соответствующим образом;
- к 4—7 годам формируется гендерная устойчивость: детям становится понятно, что их пол уже не изменяется от ситуации или личных желаний — мальчики становятся мужчинами, а девочки — женщинами.

Формирование гендерной устойчивости зависит в первую очередь от отношения родителей к ребенку и характера родительских установок, обусловленных принятыми социокультурными нормами. Это подтверждено частными диагностиками, проведенными в нашем саду с детьми 5—6 лет. Цели исследований — проверить устойчивость гендерной идентификации и выявить представления о мужских и женских стереотипах поведения. Анализ результатов позволил получить следующие основные *выводы*.

1. Представления детей об интересах и предпочтениях определенных видов деятельности мужчины и женщины соответствуют полу у всех детей, кроме одного мальчика, который с идентификацией своего пола, по его словам, еще не определился.



2. Девочки и мальчики переносят использование предметов мамой и папой на всех мужчин и женщин, а также на себя во взрослой жизни (двое детей, у которых папы повара, считают, что готовить должны мужчины).

3. Процент соответствия переноса использования предметов родителями на себя во взрослой жизни у мальчиков (83%) и девочек (82%) почти одинаков.

Несмотря на то что основной вклад в формирование полоролевого поведения детей вносит семья, немалую роль в этом процессе играет воспитание малышей в дошкольном образовательном учреждении. Такая работа нацелена на ознакомление детей с качествами мужественности и женственности, проявлениями и предпочтениями мужчин и женщин в разных видах деятельности, их ролями в семье, на формирование навыков и умений поведения, доброжелательных отношений между девочками и мальчиками в группе.

В нашем детском саду создаются условия для формирования и проявления у детей определенных чувств, характерных в большей степени тому или иному полу, например: гордости, смелости, отваги у мальчиков; заботы, сочувствия, ласки — у девочек. Педагоги нашего детского сада проводят различные игры для формирования правильного гендерного поведения детей. Несколько таких игр, объединенных

в интегрированный физкультурно-психологический досуг «Мальчики и девочки», предлагаем вашему вниманию.

### **Интегрированный физкультурно- психологический досуг для детей старшего дошкольного возраста «Девочки и мальчики»**

*Цель:* учить понимать различия между мальчиками и девочками.

*Задачи:*

- сохранять и укреплять физическое и нравственное здоровье;
- учить идентифицировать себя и окружающих людей по полоролевому признаку и согласовывать свои действия с действиями других детей;
- формировать представление об образах девочки и мальчика;
- понятия о положительных чертах характера мальчиков и девочек;
- развивать умение ориентироваться в пространстве и творчески подходить к выполнению двигательного задания;
- навыки общения мальчиков с девочками;
- слуховое внимание и воображение;
- связную речь, предпосылки к логическому мышлению;
- воспитывать культуру взаимоотношений между мальчиками и девочками.

\* \* \*

Дети входят в спортивный зал и строятся в шеренгу.

Инструктор по физкультуре. Здравствуйте, ребята. Инопланетянин в мощный телескоп увидел жителей планеты Земля. Он хочет посетить нас, но не знает, как ему выглядеть, чтобы не отличаться от людей. Давайте покажем ему, чем же отличаются мальчики и девочки. Но сначала мы разомнемся.

### **Динамичная разминка с пальчиковой гимнастикой**

Не жалея своих ножек,

Дети ходят.

К нам сегодня пришел ежик.

Показывают растопыренные пальцы.

Он увидел здесь ребяток,

Подносят к глазам бинокль (соединяют большие и средние пальцы).

Стал им лапками махать,

Поочередно сгибают и разгибают пальцы обеих рук.

Помогал им резать,

Руками показываю ножницы.

клеить,

Кистями рук показывают движение кисточки.

Ну а после убежал.

Бегут на месте.

Психолог. Давайте подумаем, чем отличаются мальчики и девочки.

Проводится беседа.

Инструктор по физкультуре. А теперь давайте оденем мальчика и девочку.

### **Эстафета «Оденем мальчика и девочку»**

Надо взять из корзинки на старте предмет одежды, преодолеть расстояние от старта до обручей, в одном из которых лежит мальчик, а в другом девочка, любым способом, только не бегом и не прыгая, положить одежду тому, кому она подойдет и вернуться обратно, прыгая на одной ноге.

Психолог. Давайте подумаем, чем же еще отличаются мальчики и девочки, кроме одежды. Конечно же именами — мужскими (у мальчиков) и женскими (у девочек).

### **Игра на развитие слухового внимания «Ушки на макушке»**

Психолог. Я назову вам сейчас несколько имен, вы послушайте внимательно и назовите лишнее имя.

Сережа, Миша, Лена, Данила;  
Наташа, Даша, Катя, Дима.

Инструктор по физкультуре. Давайте поиграем в игру с мячом и узнаем, какие вам имена девочек и мальчиков известны.

### **Игра «Я знаю пять имен девочек (мальчиков)»**

Дети, отбивая мяч на месте, говорят слова: «Я знаю пять имен дево-

чек (мальчиков)» и перечисляют пять имен, продолжая отбивать мяч.

**Психолог.** В какие игры любят играть девочки и мальчики, а в какие играют вместе? Могут ли они дружить?

Проводится беседа.

**Инструктор по физкультуре.** Мальчики, играя, любят воевать, сражаться, подражая защитникам нашей страны, а девочки играют в «классики». Давайте поиграем.

#### **Эстафета «Играют мальчики и девочки»**

**Цель:** закрепить умение выполнять бросок в горизонтальную цель, прыгать легко, приземляясь на носки.

Мальчики ползут на животе по скамейке, добегают до конуса, берут мешочек с песком и бросают его от конуса в корзину. Прибежав в команду, передают эстафету касанием руки следующему игроку.

Девочки по очереди играют в «классики», выложенные из обручей.

#### **Игра «Назови профессию»**

**Психолог.** Дети вырастают и становятся мужчинами и женщинами, они приобретают профессию. Назовите мужские и женские профессии.

#### **Эстафета «Профессии»**

Девочки преодолевают дистанцию, прыгая на скакалке, а мальчики

ремонтируют машину, подлезая под нее (гимнастическая палка между конусами), загружают в машину песок (кладут на голову мешочек с песком), в руки берут руль и едут на грузовике, доставляя песок на стройку. Надо проехать до конуса и обратно, положить мешочек и руль у «машины». По возвращении в команду передают атрибуты профессий следующим участникам команды.

#### **Игра-ассоциация «Кто что делает дома»**

**Психолог.** Мальчики и девочки вырастают и становятся родителями. Что делает дома мама? Что делает дома папа?

#### **Эстафета «Подарок для родителей»**

Надо взять из корзинки на старте подарок для мужчины или для женщины, пролезть через обруч, пробежать по островкам и положить его рядом с тем, для кого он предназначен (с мальчиком, если для мужчины, или с девочкой, если для женщины).

**Психолог.** А как вы думаете, какими должны быть мальчик или девочка, с которыми детям хотелось бы дружить?

#### **Игра «Волшебный цветок»**

**Психолог.** На свете есть волшебная страна, в которой все дети дружили друг с другом, но злая фея поссорила всех ребят. А чтобы их расколдовать, нужно собрать «Цветок Дружбы». Для это-

го каждый ребенок берет лепесток и называет хорошее качество девочки или мальчика.

Дети перечисляют положительные качества, а взрослый соединяет лепестки с серединкой. Когда цветок собран, дети аплодируют друг другу.

### **Психомышечная тренировка «Поднимаем сумки»**

Инструктор по физкультуре. Давайте представим, что девочки несут тяжелые сумки. Покажите, как вы их несете. От тяжести у девочек напряглись мышцы — вдох. Опустите сумки на пол — расслабьте мышцы — выдох. Мальчики помогут вам их донести. Наклонитесь, мальчики, возьмите сумки. Сожмите кулаки. Медленно поднимите руки. Они напряжены! Тяжело! Руки устали, опускаем сумки — донесли их до места. Они расслаблены, не напряжены, отдыхают. Легко дышится. Вдох — выдох!

Мы готовимся к рекорду,  
Будем заниматься спортом,

Дети наклоняются.

Сумки с пола поднимаем,

Выпрямляются, руки поднимают  
вверх.

Крепко держим... Опускаем!  
Наши мышцы не устали  
И еще послушней стали.  
Нам становится понятно:  
Расслабление приятно.

### **Игра «Лужа»**

Психолог. Я подготовила для вас игру, в которой мальчики научатся помогать девочкам, а девочки — благодарить мальчиков за помощь (мальчик перепрыгивает через лужу, а затем подает руку девочке, чтобы помочь ей).

### **Подвижная игра «Дразнилки»**

Инструктор по физкультуре. Давайте поиграем в игру, в которой мы, шутя, будем дразнить друг друга. Ведь на самом деле мы знаем, что это плохо.

Движения выполняются в соответствии с текстом музыкальной игры «Дразнилка» (С.Г. Насауленко). В конце игры дети обмениваются воздушными поцелуями и улыбками.

Игра проводится 2 раза.

Посмотрите на инопланетянина — вот так он хотел выглядеть, прилетев к нам в гости, но мы хорошо показали и рассказали инопланетянину, что мальчики и девочки разные — по-разному выглядят, одеваются, ведут себя, играют в разные игрушки, у них разные имена, но в то же время, они похожи — любят играть, получать подарки, поэтому мальчики и девочки могут и должны дружить. Инопланетянин передал вам благодарность и с космической почтой прислал вам угощение.

До свидания.

# Психолого-педагогическое сопровождение детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья

**Морозова Л.Н.,**  
заведующий;

**Мелова Л.Н.,**  
педагог-психолог;

**Жернова Н.В.,**  
учитель-логопед МБДОУ д/с комбинированного вида № 55,  
г. Новочеркасск

В концепции модернизации российского образования обозначена главная задача российской образовательной политики — обеспечение современного качества образования на основе соответствия актуальным и перспективным потребностям личности, общества и государства. На современном этапе развития системы образования на первый план выдвигаются задачи создания условий для становления личности каждого ребенка в соответствии с особенностями его психического и физического развития, возможностями и способностями.

Как известно, раннее детство — это особенный период в жизни ребенка, когда происходит его стремительное психическое и физическое развитие. Ученые утверждают, что любая задержка, любое нарушение в ходе развития ребенка отражаются на его

поведении и деятельности. Поэтому детям с отклонениями в развитии с целью предупреждения вторичных отклонений и обеспечения максимальной реализации их возрастного потенциала необходима специальная помощь. И чем раньше, тем лучше.

Анализ контингента детей, поступающих к нам в детский сад в группу раннего возраста показал, что увеличивается количество нуждающихся в ранней психолого-педагогической помощи, что отражено в таблице.

Наличие таких детей в группе раннего возраста потребовало от педагогов осуществления индивидуально-ориентированной психолого-педагогической помощи с учетом состояния здоровья, темпа и уровня развития, возраста и характерологических особенностей ребенка. Поэтому с целью предупреждения ранней социальной дезадаптации воз-

Таблица

**Результаты мониторинга здоровья детей раннего возраста, %**

| 2009/10 уч. г.                                                                                                                                                                      | 2010/11 уч. г.                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 (1 ребенок) — имеет диагноз ЗППР;<br>10 (3 ребенка) — диагноз ММД;<br>15 (3 ребенка) — проблемы в общении и нарушения поведения;<br>10 (2 ребенка) — нарушения двигательной сферы | 15 (3 ребенка) имеют диагноз ЗППР;<br>10 (2 ребенка) — диагноз ММД;<br>10 (2 ребенка) — проблемы в общении и нарушения поведения;<br>20 (4 ребенка) — нарушения двигательной сферы |

ника необходимость организации в детском саду психолого-педагогической помощи детям раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья.

Психолого-педагогическое сопровождение ребенка 2—3 лет стало возможным при создании в детском саду следующих условий:

- наличия специалистов в области коррекционной педагогики (педагог-психолог, учитель-логопед, инструктор ЛФК) и кабинетов, оборудованных дидактическими и игровыми пособиями, обеспечивающими наглядность, индивидуализацию, направленных на решение коррекционных задач, обеспечивающих социализацию ребенка в обществе;
- проведения дифференциальной диагностики, которая позволяет определить «первичный дефект» на ранней стадии развития ребенка;
- профессионального подбора методов и приемов работы с детьми раннего возраста с ограниченными возможностями

здоровья в процессе обучения и воспитания в условиях группы общеобразовательной направленности;

- взаимодействия педагогов в решении той или иной задачи коррекционно-развивающей деятельности под руководством ведущего специалиста;
- совместной оценки эффективности коррекционно-развивающей работы и определения задач на следующий период.

Другими словами, смысл психолого-педагогического сопровождения заключался в том, чтобы помочь ребенку 2—3 лет с ОВЗ, пришедшему в наш детский сад, адаптироваться к его условиям, требованиям, задачам обучения и воспитания; поддержать его на этапе вхождения в новый коллектив и оказать помощь в освоении образовательной программы.

Логическая структура психолого-педагогического сопровождения ребенка нами была выстроена и представлена следующим образом.

На *подготовительном этапе* — до поступления ребенка в детский

сад и в период адаптации — проводилась консультативная и сопровождающая работа с родителями, целью которой стало создание условий для успешной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья в группе сверстников. На данном этапе педагогами:

- проводилась работа по профилактике практического преодоления «адаптационного синдрома», возникающего у детей, впервые поступающих в ДОУ и психологически не готовых к этому;
- выстраивалась единая система взаимодействия родителей и педагогов по вопросу успешной адаптации ребенка с ОВЗ к условиям ДОУ и понимания важности этой проблемы родителями;
- объединялись усилия родителей, воспитателя, медицинского работника, педагога-психолога, всех специалистов, причастных к адаптации ребенка в детском саду.

В результате на данном этапе нами разработана план-программа «Адаптация», которая способствовала созданию психолого-педагогических условий для успешной адаптации ребенка с ОВЗ к детскому саду.

Следующий, *первый этап* психолого-педагогической диагностики, начинался после завершения адаптационного периода. Направлен он на выявление особенностей развития ребенка, его потенциальных возможностей и опре-

деления на этой основе необходимых условий обучения и воспитания. На этом этапе всеми специалистами:

- проводилась комплексная диагностика развития ребенка (педагог-психолог, учитель-логопед, музыкальный руководитель, инструктор по физической культуре);
- составлялись заключения по результатам проведенной диагностики;
- на заседании психолого-медико-педагогической комиссии определялось количество детей, нуждающихся в индивидуальном психолого-педагогическом сопровождении.

В результате первого этапа разработана и реализована система мониторинга психолого-педагогического развития детей раннего возраста.

Далее, на *втором этапе* разработки индивидуальной программы обучения и развития ребенка раннего возраста определялись педагогические условия обучения и воспитания. В результате педагогами на заседании ПМПк коллективно:

- определялся уровень психолого-педагогического сопровождения;
- разрабатывались рекомендации по индивидуальному подходу к ребенку в процессе обучения (темп, объем выполняемой работы, виды помощи, средства наглядности и др.);
- определялся ведущий специалист по реализации програм-



мы (педагог-психолог, учитель-логопед, инструктор ЛФК).

Результатом второго этапа стало составление индивидуальной программы обучения и развития ребенка раннего возраста с ОВЗ.

*Третий этап* реализации индивидуальной программы обучения и развития ребенка раннего возраста отличался активным включением родителей в процесс сопровождения через различные формы консультативной и обучающей помощи в соответствии с индивидуальными особенностями ребенка, социально-образовательным статусом семьи. Для реализации индивидуальной программы обучения и развития ребенка нами использовались различные организационные формы:

- индивидуальные коррекционные занятия специалистов (педагог-психолог, учитель-логопед, инструктор ЛФК);
- выполнение рекомендаций ведущего специалиста по организации и проведению занятий другими педагогами через использование элементов психогимнастики, песочной терапии, сказко-, стопотерапии, логоритмики, игровой технологии В.В. Воскобовича;
- совместные интегрированные занятия и игровая деятельность (педагог-психолог — воспитатель, учитель-логопед — музыкальный руководитель — воспитатель).

В результате работы на третьем этапе систематизирован программно-методический материал коррекционно-развивающей работы с детьми раннего возраста для использования в составлении конспектов занятий.

*Четвертый этап* психолого-педагогического сопровождения — мониторинг развития и усвоения индивидуальной программы обучения и развития ребенка раннего возраста — проводился с целью выявления индивидуальной результативности ребенка в ходе психолого-педагогического сопровождения и определения задач на следующий период обучения.

Необходимо сказать еще об одном условии психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья. Это создание в группе раннего возраста нашего образовательного учреждения *эффективной коррекционно-развивающей среды*. Как трудно представить эффективную работу хирурга без медицинских инструментов и соответствующей среды, эффективную работу инженера, строителя да любого специалиста без соответствующего оборудования и среды, также точно необходима специальная коррекционно-развивающая предметно-пространственная среда для обучения детей с ограниченными возможностями. Так, в первой младшей группе среда была

организована по принципу гибкого зонирования, что позволяло каждому малышу найти занятие по душе, избегая психологического перенапряжения, чрезмерных нагрузок. Широко представлены пособия для развития двигательнотактильного, зрительного анализаторов, мелкой моторики, сенсорики, дыхания, развития движения органов артикуляции, двигательной активности. В группе среда обогащена коврогафом в виде домика, настенным зеркалом в виде черепахи, уголком «Маленькие спортивные», способствующим развитию двигательной активности малышей, снятию нагрузки, повышению работоспособности. Оборудование коррекционно-развивающей среды группы:

- полифункциональное;
- интерактивное;
- безопасное;
- яркое;
- доступное.

Задачи, решаемые нами с помощью коррекционно-развивающей среды:

- дифференциация образовательного процесса в группе раннего возраста;
- индивидуализация, разноуровневость предлагаемых заданий;
- коррекционная направленность занятий;
- проведение специальных коррекционных занятий специалистов, направленных на развитие и коррекцию познавательных процессов (внимание, память,

восприятие, воображение, логические процессы); коррекцию нарушений в эмоциональной и личностной сфере ребенка, гармонизацию психоэмоционального состояния; формирование понимания обращенной речи, фонетико-фонематического слуха, звукопроизносительной стороны речи, активной речи; развитие моторики (артикуляционной, мимической, мелкой, общей); снятие психоэмоционального напряжения.

Результатами работы в нашем ДОО по данной проблеме стали:

- снижение показателей уровня дезадаптации детей раннего возраста, поступающих в группу детского сада;
- позитивная динамика достижений развития ребенка в процессе реализации индивидуальной программы;
- выстраивание системы взаимодействия педагогов и специалистов в психолого-педагогическом сопровождении ребенка раннего возраста;
- внедрение алгоритма работы с родителями детей раннего возраста в ходе психолого-педагогического сопровождения.

Таким образом, организация в нашем детском саду психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста с ОВЗ обеспечивает их оптимальное развитие на основе наиболее полной компенсации имеющихся отклонений и предупреждает возникновение социальной дезадаптации.

# Формирование элементарных математических представлений у детей старшего дошкольного возраста с помощью сказкотерапии

Кушнарева Л.Ф.,

воспитатель МАДОУ д/с «Синеглазка», г. Ноябрьск  
ЯНО

Математика обладает уникальным развивающим эффектом. Ее изучение способствует развитию памяти, речи, воображения, эмоций; формирует настойчивость, терпение, творческий потенциал личности. Математика — один из наиболее трудных учебных предметов [5]. Потенциал педагога дошкольного учреждения состоит не в передаче тех или иных математических знаний и навыков, а в приобщении детей к материалу, дающему пищу воображению, затрагивающему не только чисто интеллектуальную, но и эмоциональную сферу ребенка. Педагог дошкольного учреждения должен дать ребенку почувствовать, что он сможет понять, усвоить не только частные понятия, но и общие закономерности, а главное — познать радость при преодолении трудностей.

Следовательно, одна из наиболее важных задач педагогов ДОУ — развитие у ребенка интереса к

математике в дошкольном возрасте.

Говоря о дошкольнике, мы должны иметь в виду, что математику рекомендуется максимально связать с окружающей жизнью. А для ребенка его жизнь — это сказки. Во многих сказках математическое начало находится на самой поверхности («Два жадных медвежонка», «Волк и семеро козлят», «Цветик-семицветик» и т.д.) [6].

Ребенку на занятиях нужна активная деятельность, способствующая повышению его жизненного тонуса, удовлетворяющая его интересы, социальные потребности. Сказочный материал влияет на формирование произвольности психических процессов, развитие произвольности внимания, произвольную память. Поэтому необходимость соединения современных требований к подготовке дошкольников с возможностью максимального использования потенциала сказки дела-

ет эту проблему в настоящее время актуальной.

Для возбуждения интереса, формирования желания и наилучшего восприятия математических понятий рекомендуем использовать самый древний педагогический метод — *сказкотерапию* (истории, притчи, метафоры). Сегодня под сказкотерапией мы понимаем способы передачи знаний о духовном пути и социальной реализации человека. Именно поэтому мы называем сказкотерапию воспитательной системой, сообразной духовной природе человека.

Главными идеями сказкотерапии считаются:

- осознание своего потенциала, возможностей и ценности собственной жизни;
- понимание причинно-следственных связей событий и поступков;
- познание разных стилей мироощущения;
- осмысленное созидательное взаимоотношение с окружающим миром;
- внутреннее ощущение силы и гармонии.

Почти в каждой сказке затрагиваются определенные проблемы и приводятся варианты их решения:

- сказка дает великолепный обиходный язык для взрослого, работающего с ребенком. Обычно они разговаривают на разных языках, при этом двуязычен скорее ребенок, а проблемы с

общением есть скорее у взрослого;

- сказка более информативна, чем обычная речь;
- сказка способствует пробуждению детских и творческих сил в самом педагоге;
- сказка несет свободу.

Одна из главных задач, стоящих перед взрослыми, — познакомить ребенка с содержанием сказки, в лучшем случае побеседовать о том, что лежит на поверхности текста, обыграть, драматизировать, инсценировать. Использование сказок, историй, стихотворений, пословиц, поговорок — это своего рода интеграция художественного слова и математического содержания. В художественных произведениях в образной, яркой, эмоционально насыщенной форме представлены некоторое познавательное содержание, «интрига», новые (незнакомые) математические термины (например, тридевятое царство, косая сажень в плечах и т.п.). Данная форма представления очень созвучна возрастным возможностям дошкольников. Широко используются сказки и рассказы, в которых сюжет часто построен на основе какого-либо свойства или отношения (например, сюжет «Маша и медведи», в котором смоделированы размерные отношения — серия из трех элементов; сказки по типу «гномы и великаны», «Мальчик-с-пальчик» Ш. Перро, «Дюймовочка» Г.-Х. Андерсена; истории, моделирующие некоторые математические отношения и зависимости

(Г. Остер «Как измеряли удава», Э. Успенский «Бизнес крокодила Гены» и т.п.). Сюжет, образы персонажей, «мелодика» языка произведения (художественный аспект) и «математическая интрига» представляют собой единое целое. Это так называемое традиционное направление работы со сказкой [2].

Мы же предлагаем подойти к использованию сказочного материала нетрадиционно, взяв за основу наследие Дж. Родари и рекомендации авторов ТРИЗ (Г. Альтшуллер, М. Шустерман).

Нетрадиционно — это значит, научить детей оригинально, непривычно, по-своему не только воспринимать содержание, но и творчески преобразовывать ход повествования. Также используются необычные математические задания, требующие от ребенка смекалки, умения устанавливать взаимосвязи и взаимозависимости. Теперь конкретно о математических вопросах. Самый распространенный из них «Чем похожи, чем отличаются?». Понятно, что найти сходство и различия — это логика, но математика без логики не существует. Дошкольнику очень важно объяснить, что число, форма и величина не зависят от цвета, места расположения, материала. Именно поэтому детям будет полезно поупражняться в ответах на вопросы типа: «Чем похожи и чем отличаются простое и золотое яйцо?».

Когда ребенок 4 лет и старше познакомится с геометрическими фигурами, полезно с их помощью шифровать, моделировать знакомые сказки, т.е. прятать героев в фигурки, которые легко можно угадать по форме и величине.

Вы, к примеру, догадались, что нижеследующая модель (один большой и семь маленьких треугольников) напоминает сказку «Волк и семеро козлят», а два заштрихованных кружка — сказку «Два жадных медвежонка» [6].

Работая в этом направлении, взрослые постепенно уводят ребят от конкретики и конкретных образов к абстрагированию, т.е. готовят их к математической деятельности только со знаками и числами.

Значительное место в использовании сказок в формировании математических представлений отведено преобразовательной работе: на основе сказки придумывается задачка или считалка, или задачка с числами, или рифмованная строчка о цифре, от точки к сказочной задачке, сказочные задачки от смешного стишка, цветные сказки и т.д. (см. приложение).

В настоящее время отечественная и зарубежная педагогика все больше внимания и времени отводит формированию кинестетических способностей, заложенных внутри нас, — способностей воспринимать время, чувствовать вес,

тактильно запоминать и т.д. Поэтому барическое чувство, а также верное восприятие времени происходит в заданиях, так или иначе связанных со сказкой:

- Сколько весит булава?
- 12 суток летела булава — это сколько дней? И т.д.

### *Приложение*

## **Примеры заданий**

### **Сказочные задачки**

На занятиях дети любят решать различные задачки. Есть задачи традиционные, а есть нетрадиционные, направленные на развитие элементов логического мышления. Сам их текст вызывает интерес и желание решать. После этого педагог предлагает из такой задачки придумать сказку.

Например. Купила мама десять яиц и несла их в корзине зимой. Одно упало, сколько яиц осталось? Или: все девять яиц разбились, а одно нет. Когда мама взяла его в руки, оно почему-то задвигалось...

Дети с удовольствием решают сказочные задачки и головоломки. Они встречаются почти в каждой сказке. Как правило, это испытания, с которыми сталкиваются сказочные герои и которые они должны преодолеть. Таким образом герои приобретают новые качества, меняются, трансформируются. По сути, в сказке оказываются зашифрованные алгоритмы способов преодоления

жизненных проблем. Разрешая сказочные задачи и разбирая их с детьми, мы обучаем их различным способам, позволяющим справляться с трудностями.

Воспитание детей с самого рождения, в частности воспитание дошкольников, включает усвоение ими разного рода правил и их строгое выполнение (правила утреннего туалета, одевания и раздевания, принятия пищи, перехода улицы и др.). Режим дня дошкольника представляет собой систему предписаний о выполнении детьми и воспитателем действий в определенной последовательности. Обучая детей счету, измерению длин, сложению и вычитанию чисел, уборке комнаты, посадке растений и т.д., мы сообщаем им необходимые правила о том, что и в какой последовательности нужно делать для выполнения задания. Организовывая разнообразные дидактические и подвижные игры, мы знакомим дошкольников с их правилами. Обо всех видах деятельности, осуществляемых по определенным предписаниям, говорят, что они выполняются по определенным алгоритмам.

Каждый алгоритм может быть представлен в виде последовательности шагов.

Например. Узнайте, кто спрятался..., нарисуйте маршрут для поиска волшебного предмета (графические диктанты, соединение по точкам в последовательности порядковых чисел) [4].

Сказка М. Мэнделл «Семимильные сапоги»: великан-людоед обнаружил, что в потемках достал из своего чулана шестимильные сапоги. И с досады зашвырнул их обратно. Чтобы поскорее добраться до намеченной цели требовались только семимильные сапоги. Если в кладовке у великана стояли четыре шестимильных сапога и восемь семимильных, то сколько всего сапог ему нужно вытащить не глядя, чтобы среди них оказалась пара семимильных? (Поскольку в кладовке хранилось четыре шестимильных сапога, то великан наверняка получит хотя бы пару семимильных, если достанет шесть сапог.) [5]

В качестве сказочной задачи можно предложить детям *игру «Сборы в дорогу»*. Ведущий говорит: «Для того чтобы отправиться в дорогу по волшебному лесу, нам нужно хорошо подготовиться. Вы знаете, что в сказке случаются всякие неожиданности, поэтому нужно взять с собой много разных вещей. Но, с другой стороны, мы на себе много вещей унести не можем. Поэтому мы сейчас сядем и подумаем вместе, что нам нужно взять в дорогу. Каждый, кто предлагает взять с собой какую-то вещь, должен сказать, в каких ситуациях и для чего она нам может пригодиться. Например, нам нужна веревка, она поможет переправляться через реку, горы, на ней можно сушить белье, ею

можно связать врага и еще много чего можно сделать с ее помощью. С собой мы берем только ту вещь, которую сможем использовать в разных сказочных ситуациях. Дети, предлагая какую-либо вещь, должны называть не менее трех вариантов ее использования в сказочном путешествии. Тому, кто назвал больше всего вещей и больше всего оригинальных вариантов их использования, нужно дать маленький приз или жетон. Подобные игры развивают у ребенка способность предвидеть последствия тех или иных выборов и поступков, а также способность к обобщению, комбинированию и аргументации собственных выводов. Процесс анализа сказок увлекателен. Однако детям бывает трудно заниматься только анализом, поэтому полезно использовать и другие сказочные приемы [3].

По аналогии с готовыми сказочными задачами вы всегда сможете написать свои. Их можно выписать на отдельные карточки и сделать из них целую сказочную картотечную проблематику.

Прекрасно, если сказочная задача, предлагаемая ребенку, отвечает следующим требованиям:

- задачу задает какое-либо сказочное существо (Фея, Волшебник, Страж Сказочных Ворот, Баба Яга и пр.), в которого перевоплощается ведущий или кукла;
- сказочные задачи служат испытаниями. Например, ехал

как-то Иван Царевич по числотому полю. Вдруг видит — камень стоит, а от того камня три дороги расходятся. На камне том написано: «Направо пойдешь — коня потеряешь. Налево пойдешь — сам погибнешь. Прямо пойдешь — ничего не найдешь» (надписи на камне можно менять и усложнять задачу). Вопрос: какую же дорогу выбрал Иван Царевич и почему?» Дети оказываются в ситуации выбора, в которой важны опыт, мировосприятие, наиболее понятные и результативные способы взаимодействия с миром. Обычно дети не теряются в ситуации выбора. Чаще всего они выбирают путь «направо пойдешь — коня потеряешь», так как, потеряв коня, Иван Царевич может познакомиться с другим помощником и достичь своей первоначальной цели. Некоторые, особенно изобретательные дети говорят, что лучший путь «прямо пойдешь — ничего не найдешь». Они утверждают, что Иван Царевич ничего не ищет.

Ситуация не должна иметь «правильного» ответа, который известен только взрослому. Ситуация может содержать актуальную для ребенка проблему (зашифрованную в образном ряде сказки). Образы и герои задачи должны заинтриговать ребенка, быть ему близкими. Вопрос лучше построить и сформулировать

так, чтобы побудить ребенка самостоятельно предлагать и проследивать причинно-следственные связи [3].

#### *Примеры сюжетов:*

- в одной сказочной стране есть река, но течет в ней не вода, а огонь. Как переправиться через нее?
- под землей, в горах, живут маленькие человечки с длинными бородами. Это гномы. Они добывают золото и драгоценные камни. Как вы думаете, что потом гномы делают с сокровищами?
- на одном сказочном острове жило Чудо-Юдо. Мудрые люди говорили, что раньше Чудо-Юдо было прекрасным принцем. Как вы думаете, кто и почему заколдовал принца? Что нужно сделать, чтобы его расколдовать?

Для придумывания математических сказок и историй можно использовать игрушки-заместители (камешки, счетные палочки, фишки и т.д.). Для этого необходимо научить детей преобразовательному режиму. Дошкольник это делает не столько путем объяснения, сколько с помощью образца: сказка «Волк и семеро козлят». Задача: если бы один козленок побежал за мамой, а двое других за ним, а еще двое ушли без разрешения купаться, то сколько козлят нашел бы волк в избушке? Присутствие сказочного героя на занятии по математике или занятие-сказка при-



дает обучению яркую, эмоциональную окраску. Сказка несет в себе юмор, фантазию, творчество, а самое главное — учит логически мыслить. Задачи со сказочным сюжетом помогают увязать приобретенные знания с окружающей учащих действительностью, позволяют применять их при решении различных жизненных проблем, своим конкретным содержанием способствуют формированию более глубоких и ясных представлений о числах и смысле производимых над ними действий.

Например, Красная Шапочка принесла бабушке пирожки с мясом и грибами. С мясом было три пирожка, а с грибами — два. Сколько всего пирожков?

#### **Сказочные задачи от загадки**

Выдающиеся отечественные педагоги (К.Д. Ушинский, Е.И. Тихеева, Е.А. Флерина, А.П. Усова и др.) неоднократно подчеркивали огромные возможности разных фольклорных форм как средства воспитания и обучения детей. Загадка — одна из малых форм устного народного творчества, в которой в предельно сжатой, образной форме даются наиболее яркие, характерные признаки предметов или явлений. Разгадывание развивает способность к анализу, обобщению, формирует умение самостоятельно делать выводы, умозаключения, умение четко выделить наиболее харак-

терные, выразительные признаки предмета или явления, умение ярко и лаконично передавать образы предметов, развивает поэтический взгляд на действительность [1].

Загадка может служить, во-первых, исходным материалом для ознакомления с некоторыми математическими понятиями (числом, отношением, величиной и т.д.). Во-вторых, эта же загадка может быть использована для закрепления, конкретизации знаний дошкольников о числах, величинах, отношениях. Можно также предложить детям вспомнить загадки, в которых есть слова, связанные с данными представлениями и понятиями [4].

Вначале мы обычно работаем с загадкой: выразительно читаем, обращаем внимание на все языковые средства, в случае затруднения отгадываем вместе, а затем предлагаем так называемый мостик-перекладину от загадки к началу сказки.

Загадка: чем вата ниже, тем дождик ближе. (Тучи или облака.)

Начало: вата спускалась все ниже и ниже, а дождя все не было. И вот...

#### **Сказочные задачи от считалки**

Считалка лаконична, рифма ее легка. И главное, сюжет близок и понятен детям дошкольного возраста. Механизм перехода от считалки к сочинительству пример-

но следующий: мы разучиваем наизусть считалку, обыгрываем ее несколько раз в подвижных играх, а затем предлагаем загадочное начало, идущее от ее содержания.

Чижик в клетке сидел,  
Чижик громко песню пел,  
Гу-гу-гу, чу-чу-чу,  
Я на волю полечу.

Начало: один раз бабушка, покормив чижики, забыла закрыть клетку...

Считалки-числовки применяются для закрепления нумерации чисел, порядкового и количественного счета. Их заучивание помогает развивать память, способствует выработке умения вести пересчет предметов, применять в повседневной жизни сформированные навыки. Предлагаются считалки, например, используемые с целью закрепления умения вести счет в прямом и обратном направлении [6].

#### **Сказочные задачки от смешного стишка**

Смешные стишки, как правило, короткие, помогают детям сочинять невероятные сказки. Во-первых, они помогают развить в детях чувство юмора, а во-вторых, текст стишка служит ребенку отправной точкой для сочинительства. Мы с улыбкой читаем стишок и предлагаем завязку сказки. Некоторые стишки уже являются задачкой.

Шар воздушный, шаловливый,  
Непослушный и строптивый.

Вместе с ветром убежал.  
А куда — нам не сказал.

Начало:

Полетел наш шар спросонок,  
Где Нуф-Нуф жил, поросенок.  
Заглянул он к Колобку,  
Разрумяному бочку.  
Не забыл он побывать  
И у деда с бабой,  
Ну а там потолковать  
С Курочкою Рябой (Сколько друзей посетил шарик?)

На горе растут дубы,  
Под горой растут грибы.  
Сверху звезды блещут,  
Снизу волны хлещут.  
Еж под елкой прошуршал,  
Зайка в гору побежал.  
Ввысь летит ракета,  
Мышь скребется где-то... (Покажи стрелками, где находится каждый предмет.)

Вот уж было нам мороки:  
Поругались две сороки.  
Две примчались помогать.  
Можешь всех их посчитать? [7]

#### **Цветные сказки**

Для развития сенсорного восприятия и формирования умения классифицировать предметы по цвету рекомендуем «Сказку о волшебных красках».

Жили-были в одной сказочной стране краски. Каждая жила в своем сказочном замке. Красная краска в красном замке (рисуем на мольберте красное пятно), и в нем все было... какого цвета? Рядом стоял замок синей краски, а у нее все было... какое? Чуть

дальше — замок зеленой краски. Там все было... какое? А еще дальше стоял замок желтой краски, в нем все было желтое. Краски любили, как и все дети, ходить друг к другу в гости, и вот что у них получилось. Как-то раз пошла красная краска в гости к желтой (набираем красный цвет переносим в замок желтой краски). Что получилось? Оранжевый цвет. А синяя краска пошла в гости к красной. Что получилось? и т.д. После этого договариваемся с детьми, что сказка будет цветная, т.е. одного цвета, к примеру: «Желтая сказка», и значит, в ней должно быть очень много предметов желтого цвета: «Жило было солнышко, оно было желтое-прежелтое и любило все вокруг такого же цвета. Поэтому оно и подружилось с одуванчиком. Однажды они шагали по дорожке и встретили девочку в синем платьице. Она горько плакала оттого, что хотела иметь тоже желтое платьице. И тогда...». По аналогии вместе с детьми можно сочинять и красные и зеленые сказки. Важно только при этом договариваться и не забывать о правилах [6].

#### **От точки к сказочным задачкам**

Неслучайно французский математик Пани отмечал, что мы слишком много в дошкольном периоде работаем с конкретным материалом, считаем мячики, зайчиков, составляем рассказы по

конкретным, реалистическим картинкам. Тем самым, считает он, мы задерживаем развитие абстрактного мышления и творческого воображения. Пани настоятельно советовал работать просто с точками. В связи со сказками это может выглядеть так. Предлагаем детям множество точек, вместе соединяем их так, чтобы получились рисунки забавных животных, рассказ о которых можно соединить в одной сказке. Точка — это тоже шифр, знак. И в данном случае мы хотим оговорить составление и использование шифров как отправной момент составления сказок.

Умственное развитие детей 3—6 лет характеризуется формированием образного мышления, которое позволяет ребенку думать о предметах, сравнивать их в уме, даже когда он их не видит. Ребенок начинает создавать модели той действительности, с которой имеет дело, строить ее описание. И делает он это с помощью сказки, которая выступает в роли знаковой системы, позволяющей ребенку интерпретировать окружающую действительность [5].

Хотелось бы поделиться опытом использования метода сказкотерапии на занятиях по математике с детьми старшего дошкольного возраста.

Именно через использование сказочного сюжета и фольклора отражаются и развиваются знания и умения, полученные на

занятиях по математике, воспитывается интерес к предмету.

Таким образом, сказка, загадка, считалка приносят радость приобщения к светлым мыслям, способствуют не только ознакомлению с числами, величинами, геометрическими фигурами и телами и т.д., но и закреплению, конкретизации знаний детей, развитию мышления, речи, стимулированию познавательной активности, тренировке внимания и памяти. Оно может широко использоваться в работе с дошкольниками как прием, побуждающий к приобретению знаний — при ознакомлении с новым материалом (явлением, числом, буквой); как прием, обостряющий наблюдательность, — при закреплении определенного знания (правила); как игровой (занимательный) материал, отвечающий возрастным потребностям детей дошкольного возраста. Приведем пример занятия.

### В гости к Лесовику

#### Задачи:

- закрепить знание цифр от 1 до 9;
- упражнять в порядковом и количественном счете до 9;
- закрепить умение уравнивать множества;
- упражнять в сравнении предметов по величине и в использовании таких понятий, как самый длинный, самый короткий, длиннее, короче;
- развивать умение различать геометрические фигуры и

классифицировать их по признакам;

- развивать логическое мышление, пространственное воображение.

**Методы и приемы:** игровой, демонстрационный, наглядный, художественное слово.

**Материал:** набор геометрических фигур, материал для счета (маленькие мячики), полоски разной ширины (все по количеству детей), корзиночки, карточки с цифрами от 1 до 9, схематический рисунок плана маршрута, карточки круглой формы с загадками, маски лягушек, маски бабочек, цветок, игрушка или картинка бабочки, игрушка Лесовика, конверт с письмом.

\* \* \*

Воспитатель. Ребята, сегодня утром почтальон принес нам в детский сад письмо. Сейчас я вам его прочитаю: «Здравствуйте, ребята. Пишет вам Лесовик. Очень хочу, чтобы вы пришли ко мне в гости, а чтобы вы не заблудились в моем волшебном лесу, посылаю вам план, как дойти до моего дома».

Ну что, ребята, принимаем приглашение? Тогда нам нужно с вами перенестись в сказочную страну, а поможет нам в этом туннель колокольчиков.

Воспитатель берет хулахуп, украшенный колокольчиками, дети проходят через него и оказываются на поле.

Вот мы и на месте, давайте посмотрим на план.

Воспитатель вешает план на доску.

Сейчас мы находимся с вами вот здесь.

Показывает на обозначенное место на плане.

Куда мы сейчас пойдем? В какую сторону указывает стрелка?

Итак, идем прямо.

Задание 1. Перед нами болото, на нем кочки с цифрами, нужно перейти это болото, наступая на цифры по порядку. Скажите, кто у нас живет на болоте и отлично прыгает? Правильно. И чтобы преодолеть болото, нам с вами нужно превратиться в лягушат, а чтобы превращение произошло, вам нужно покружиться вокруг себя один раз.

Дети надевают маски лягушат.

Вот мы и перебрались через болото, пора превращаться снова в ребят. Вы на месте покружитесь и в ребят вновь превратитесь.

Дети снимают маски.

Теперь снова посмотрим на наш план, в какую сторону двигаться. Куда стрелка показывает?

Задание 2. Перед нами полянка, на ней разбросаны горошины серого и красного цвета. Они нам мешают идти дальше. Давайте расчистим себе путь. Ребята, вот следующее задание: каждый должен собрать в свою корзинку

столько серых горошин, сколько красных на полянке видит.

Играют четыре ребенка, воспитатель спрашивает каждого, сколько он собрал камешков и почему?

Очень хорошо. Опять посмотрим на наш план, куда стрелка показывает? Значит, идем прямо.

Задание 3. Мы дошли с вами до речки. Чтобы перейти на другую сторону, нам нужен мостик. Для этого необходимо подобрать дощечку нужной длины. Возьмите каждый по одной дощечке и приложите к речке, посмотрим, чья дощечка подходит. Чья дощечка подойдет, по ней и перейдем на тот берег.

Выполняют задание все: дети по очереди подходят к «речке» берут полоску и прикладывают, затем переходят по ней на другую сторону «речки».

Посмотрим опять на план. В какую сторону указывает стрелка? Перед нами еще одна чудесная полянка, встаньте вокруг нее. В середине полянки цветок. Кто на нем сидит? Сейчас мы с вами поиграем, превратимся в бабочек, расправим крылышки.

Дети надевают маски бабочек. Проводится физкультминутка.

Прилетела бабочка-краса,  
Как горошины глаза,  
Вправо, влево поглядела,  
Вверх и вниз она смотрела.  
На цветочке посидела,  
В лес волшебный улетела.

Дети выполняют движения по тексту.

Задание 4. А теперь внимательно посмотрите на полянку, она необыкновенная — волшебная. На ней вместо цветов что выросло?

Геометрические фигуры.

И чтобы мы могли пройти через полянку нужно выполнить задания. Задания будут разными:

1) собери все красные фигуры;

2) собери все четырехугольники;

3) собери две большие красные и две маленькие зеленые фигуры;

4) собери все конусообразные фигуры, похожие на треугольники;

5) собери три четырехугольные и две овальные фигуры.

Молодцы! Посмотрим на наш план, куда стрелка дальше указывает?

Задание 5. Перед нами лежат камни. Они не простые, а с загадками. Если вы отгадаете загадки, камни станут легкими и их можно будет убрать с дороги.

Загадываются загадки про цифры.

Ну вот мы и дошли до домика Лесовика. Давайте подойдем поближе.

Лесовик встречает детей, здоровается, спрашивает, трудно ли было до него добраться, какие встречались препятствия на пути. Дети рассказывают, какие они выполняли

задания. Лесовик хвалит детей, рассматривает корзинки с грибами и фигурками, благодарит детей, за то, что они выполнили такие трудные задания и навестили его. Он уже давно не встречал таких умных, находчивых, смекалистых детей.

А нам пора возвращаться в группу.

Дети проходят через туннель с колокольчиками.

Ребята, вам понравилось путешествие? Что вам запомнилось больше всего? Какое задание показалось самым сложным?

## Литература

1. Аникин В.П. К мудрости ступенька. О русских песнях, сказках, пословицах, загадках, народном языке: [для среднего и старшего возраста]. Очерки. М., 1982.

2. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Формы и методы работы со сказками. СПб., 2011.

3. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Грабенко Т.М. Практикум по креативной терапии. СПб., 2001.

4. Михайлова З.А. и др. Теории и технологии математического развития детей дошкольного возраста // СПб., 2008.

5. Практика сказкотерапии / Под ред. Н.А. Сокович. СПб., 2004.

6. Фесюкова Л.Б. Воспитание сказкой. Для работы с детьми дошкольного возраста М., 2000.

7. Хлебникова Л.И. Стихи для изучения математики. СПб., 2008.

Приказ Министерства образования и науки  
от 04.10.2010 № 986

# **«Об утверждении федеральных требований к образовательным учреждениям в части минимальной оснащенности учебного процесса и оборудования учебных помещений»**

В соответствии с пунктом 5.2.58 Положения о Министерстве образования и науки Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2010 г. № 337 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 21, ст. 2603; № 26, ст. 3350), приказываю:

Утвердить прилагаемые федеральные требования к образовательным учреждениям в части минимальной оснащенности учебного процесса и оборудования учебных помещений.

Министр  
А. Фурсенко

*Приложение*

## **Федеральные требования к образовательным учреждениям в части минимальной оснащенности учебного процесса и оборудования учебных помещений**

1. Федеральные требования к образовательным учреждениям в части минимальной оснащенности учебного процесса и оборудования учебных помещений (далее — Требования) представляют собой описание необходимых условий, обеспечивающих реализацию основных образовательных программ.

АКТУАЛЬНО



2. Требования включают вопросы по:

комплексному оснащению учебного процесса и оборудованию учебных помещений;

учебно-методическому обеспечению учебного процесса;

материально-техническому оснащению учебного процесса;

информационному обеспечению учебного процесса.

3. Требования к комплексному оснащению учебного процесса и оборудованию учебных помещений включают создание условий, обеспечивающих возможность:

выявления и развития способностей обучающихся и воспитанников в любых формах организации учебного процесса, организации общественно-полезной деятельности, в том числе учебной и производственной практики;

работы с одаренными детьми, организации интеллектуальных и творческих соревнований, научно-технического творчества и проектно-исследовательской деятельности в формах, адекватных возрасту обучающихся и воспитанников, и с учетом особенностей реализуемых в образовательном учреждении основных и дополнительных образовательных программ;

освоения обучающимися, воспитанниками с ограниченными возможностями здоровья основной образовательной программы и их интеграции в образовательном учреждении, включая оказа-

ние им индивидуально ориентированной психолого-медико-педагогической помощи, а также необходимой технической помощи с учетом особенностей их психофизического развития и индивидуальных возможностей;

участия обучающихся и воспитанников, их родителей (законных представителей), педагогических работников и общественности в проектировании и развитии образовательной среды образовательного учреждения, а также в формировании и реализации индивидуальных учебных планов и образовательных маршрутов обучающихся и воспитанников;

эффективного использования времени, отведенного на реализацию части основной образовательной программы, формируемой участниками учебного процесса, в соответствии с запросами обучающихся и воспитанников и их родителей (законных представителей), спецификой образовательного учреждения и с учетом национально-культурных, демографических, климатических условий, в которых осуществляется учебный процесс;

использования современных образовательных технологий;

активного применения образовательных информационно-коммуникационных технологий (в том числе дистанционных образовательных технологий);

эффективной самостоятельной работы обучающихся и воспитанников;



физического развития обучающихся и воспитанников;

обновления содержания основной образовательной программы, а также методик и технологий ее реализации в соответствии с динамикой развития системы образования, запросами обучающихся и воспитанников и их родителей (законных представителей), а также с учетом национально-культурных, демографических, климатических условий, в которых осуществляется учебный процесс.

4. Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса включают:

параметры комплектности оснащения учебного процесса с учетом достижения целей и планируемых результатов освоения основной образовательной программы;

параметры качества обеспечения учебного процесса с учетом достижения целей и планируемых результатов освоения основной образовательной программы;

наличие учебников и (или) учебников с электронными приложениями, являющимися их составной частью, учебно-методической литературы и материалов по всем учебным предметам основной образовательной программы на определенных учредителем образовательного учреждения языках обучения и воспитания;

безопасный доступ к печатным и электронным образовательным ресурсам, расположенным в открытом доступе и (или) в феде-

ральных и региональных центрах информационно-образовательных ресурсов. При этом должно быть обеспечено ограничение доступа к информации, несовместимой с задачами духовно-нравственного развития и воспитания обучающихся и воспитанников;

укомплектованность библиотеки печатными и электронными образовательными ресурсами по всем учебным предметам учебного плана, а также фондом дополнительной литературы (детская художественная, научно-популярная, справочно-библиографические и периодические издания, сопровождающие реализацию основной образовательной программы).

5. Требования к материально-техническому оснащению учебного процесса включают создание условий, обеспечивающих возможность:

создания и использования информации (в том числе запись и обработка изображений и звука, выступления с аудио-, видео- и графическим сопровождением, осуществление информационного взаимодействия в локальных и глобальных сетях и др.);

получения информации различными способами (поиск информации в локальных и глобальных информационно-телекоммуникационных сетях, работа в библиотеке и др.);

проведения экспериментов, в том числе с использованием учебного лабораторного оборудования, вещественных и виртуаль-

но-наглядных моделей и коллекций основных математических и естественно-научных объектов и явлений; цифрового (электронного) и традиционного измерения;

наблюдений (включая наблюдение микрообъектов), определения местонахождения, наглядного представления и анализа данных; использования цифровых планов и карт, спутниковых изображений;

создания материальных объектов, в том числе произведений искусства;

обработки материалов и информации с использованием технологических инструментов;

проектирования и конструирования, в том числе моделей с цифровым управлением и обратной связью;

исполнения, сочинения (аранжировки) музыкальных произведений с применением традиционных инструментов и цифровых технологий (для образовательных учреждений, реализующих основные общеобразовательные программы дошкольного, начального общего, основного общего и среднего (полного) общего образования; для профильных образовательных учреждений);

физического развития обучающихся и воспитанников, участия в спортивных соревнованиях и играх;

управления учебным процессом (в том числе планирование, фиксирование (документирова-

ние) его реализации в целом и (или) отдельных этапов (выступлений, дискуссий, экспериментов), осуществление мониторинга и корректировки);

размещения, систематизирования и хранения (накапливания) учебных материалов и работ обучающихся, воспитанников и педагогических работников (в том числе создание резервных копий);

проведения массовых мероприятий, собраний, представлений;

организации отдыха, досуга и питания обучающихся и воспитанников, а также работников образовательного учреждения.

6. Требования к информационному обеспечению учебного процесса включают возможность в электронной форме:

управлять учебным процессом; создавать и редактировать электронные таблицы, тексты и презентации;

формировать и отрабатывать навыки клавиатурного письма;

создавать, обрабатывать и редактировать звук;

создавать, обрабатывать и редактировать растровые, векторные и видеоизображения;

индивидуально и коллективно (многопользовательский режим) создавать и редактировать интерактивные учебные материалы, образовательные ресурсы, творческие работы со статическими и динамическими графическими и текстовыми объектами;

работать с геоинформационными системами, картографичес-

кой информацией, планами объектов и местности;

визуализировать исторические данные (создавать ленты времени и др.);

размещать, систематизировать и хранить (накапливать) материалы учебного процесса (в том числе работы обучающихся и педагогических работников, используемые участниками учебного процесса информационные ресурсы);

проводить мониторинг и фиксировать ход учебного процесса и результаты освоения основной образовательной программы общего образования;

проводить различные виды и формы контроля знаний, умений

и навыков, осуществлять адаптивную (дифференцированную) подготовку к государственной (итоговой) аттестации;

осуществлять взаимодействие между участниками учебного процесса, в том числе дистанционное (посредством локальных и глобальных сетей) использование данных, формируемых в ходе учебного процесса для решения задач управления образовательной деятельностью;

осуществлять взаимодействие образовательного учреждения с органами, осуществляющими управление в сфере образования, с другими образовательными учреждениями и организациями.

**Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 598**

## **«О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»**

В целях дальнейшего совершенствования государственной политики в сфере здравоохранения, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, увеличение продолжительности их жизни, постановляю:

1. Правительству Российской Федерации:

а) обеспечить к 2018 году:

снижение смертности от болезней системы кровообращения до 649,4 случая на 100 тыс. населения; снижение смертности от

новообразований (в том числе от злокачественных) до 192,8 случая на 100 тыс. населения; снижение смертности от туберкулеза до 11,8 случая на 100 тыс. населения; снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий до 10,6 случая на 100 тыс. населения; снижение младенческой смертности, в первую очередь за счет снижения ее в регионах с высоким уровнем данного показателя, до 7,5 на 1 тыс. родившихся живыми; доведение объема производства отечественных

лекарственных средств по номенклатуре перечня стратегически значимых лекарственных средств и перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов до 90 процентов;

б) разработать и утвердить до 1 марта 2013 г. комплекс мер, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи населению на основе государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»;

в) разработать и утвердить до 1 января 2013 г. Стратегию развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года;

г) обеспечить до 1 ноября 2012 г. разработку и внесение в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации проекта федерального закона о защите здоровья населения от последствий потребления табака.

2. Правительству Российской Федерации совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

а) обеспечить дальнейшую работу, направленную на реализацию мероприятий по формированию здорового образа жизни граждан Российской Федерации, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ, профилактику алкоголизма и наркомании, противодействие потреблению табака;

б) разработать до 1 января 2013 г. с участием общественных

организаций Стратегию лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и план ее реализации;

в) утвердить до 1 июля 2012 г. план мероприятий по реализации Основ государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года;

г) разработать до 1 мая 2013 г. комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами, предусмотрев принятие в субъектах Российской Федерации программ, направленных на повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей;

д) завершить до 1 января 2016 г. модернизацию наркологической службы Российской Федерации.

3. Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации ежегодно, в I квартале, представлять в Правительство Российской Федерации доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности за отчетный год.

4. Настоящий Указ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Президент РФ  
В. Путин

**Постановление Главного государственного  
санитарного врача РФ от 01.02.2012 № 13**

## **«Об усилении мероприятий, направленных на профилактику бешенства в Российской Федерации»**

Я, Главный государственный санитарный врач Российской Федерации Г.Г. Онищенко, проанализировав эпизоотолого-эпидемиологическую обстановку по бешенству в Российской Федерации, установил, что сохраняющийся высокий уровень заболеваемости среди животных и высокий показатель обращаемости за антирабической помощью людей, подвергшихся риску заражения гидрофобией, свидетельствуют о том, что организационные и профилактические мероприятия, направленные на борьбу с этой зоонозной инфекционной болезнью осуществляются в недостаточном объеме и не позволяют добиться снижения заболеваемости животных и людей.

В 2011 году, по предварительным данным Россельхознадзора, число заболевших бешенством животных, по сравнению с 2010 годом, снизилось на 28,1% и составило 3190 случаев. Однако, несмотря на снижение числа заболевших животных, сохраняется высокий уровень заболеваемости, а также отмечается распространение эпизоотии на территории, ранее свободные от бешенства.

Наибольшее количество выявленных эпизоотических очагов и число заболеваний бешенством животных, как и в прежние годы, регистрируется на территории субъектов Центрального, Приволжского, Уральского, Южного и Сибирского федеральных округов Российской Федерации. На субъекты Центрального, Приволжского и Уральского федеральных округов приходится 77% всех зарегистрированных заболеваний животных и 78% выявленных эпизоотических очагов.

Около половины заболеваний бешенством приходится на диких животных. Активные природные очаги приводят к вовлечению в эпизоотический процесс домашних и сельскохозяйственных животных. На протяжении последних лет, с 2008 года, в общей заболеваемости животных отмечается снижение удельного веса сельскохозяйственных животных до 12,7% в 2011 году, в то время как удельный вес заболевших бешенством собак и кошек увеличился до 33%.

Практически повсеместно на территории населенных пунктов

страны не снижается численность безнадзорных собак и кошек, беспрепятственное размножение которых приводит к распространению бешенства в их популяции.

Принятые ранее Роспотребнадзором решения и рекомендации, направленные на борьбу с бешенством, не выполняются в полном объеме.

Финансовые средства, выделяемые органами исполнительной власти и местного самоуправления на обустройство площадок для выгула домашних животных; строительство приютов для временного содержания домашних и безнадзорных животных, в том числе животных с подозрением на заболевание бешенством, не достаточны; не налажен учет всего поголовья домашних животных; не все домашние животные получают профилактические прививки против бешенства. Не эффективна работа бригад по отлову безнадзорных животных. Недостаточным остается охват вакцинацией сельскохозяйственных животных.

На этом фоне число лиц, получающих различные повреждения от животных, в последние годы составляет более 425 тысяч человек, из них более ста тысяч — это дети в возрасте до 14 лет. Показатель обращаемости за антирабической помощью в среднем по стране составляет 300,0 на 100 тысяч населения. Ежегодно более 250 тысяч человек подвергаются риску заражения вирусом бешенства и нуждаются в проведении

им специфического лечения с использованием антирабической вакцины, в то же время около 40 тысяч человек должны получать дополнительно антирабический иммуноглобулин.

Наиболее высокие показатели обращаемости за антирабической помощью отмечаются в Астраханской области, республиках Северная Осетия — Алания, Калмыкия и Хакасия и составляют от 400 до 600 на 100 тысяч населения; в Кабардино-Балкарской Республике, Республике Саха, Удмуртской Республике, Хабаровском крае, Московской, Орловской, Самарской, Смоленской, Калужской и Тверской областях — от 350 до 395.

В Российской Федерации за период с 2008 по 2011 годы зарегистрировано 57 летальных исходов заболеваний людей гидрофобией (бешенством). Более 85% всех заболеваний людей этой инфекцией приходится на субъекты Центрального, Южного, Северо-Кавказского и Приволжского федеральных округов Российской Федерации.

Заболевания людей гидрофобией регистрировались в Центральном федеральном округе Российской Федерации (Тверская, Московская, Воронежская, Белгородская, Орловская области, г. Москва), в Южном (Республика Калмыкия, Краснодарский край, Астраханская и Волгоградская области), Приволжском (республики Мордовия и Башкортостан, Нижегородская, Самарская,

Ульяновская и Оренбургская области), Северо-Кавказском (республики Дагестан, Северная Осетия — Алания и Ингушетия, Ставропольский край), Уральском (Челябинская область и Ханты-Мансийский автономный округ), Дальневосточном (Хабаровский край и Еврейская автономная область) и Сибирском федеральном округе — в Новосибирской области.

Источниками заражения людей в 30 случаях (52,6%) явились больные бешенством собаки и кошки, половину из которых составили безнадзорные животные; в 24 случаях (43,6%) — дикие животные (лисицы — 12, енотовидные собаки — 9, волки — 2 и дикий кабан — 1). У одного человека заболевание возникло в процессе ухода за бешеной коровой, а у двоих источник не был установлен.

Из числа умерших от гидрофобии в 2008—2011 годах 40 человек (70,2%) не обращались за медицинской помощью и соответственно не получили своевременное антирабическое лечение; 10 человек (17,5%), обратившись вовремя за медицинской помощью, отказались от антирабического лечения; в одном случае после укусов опасной локализации, нанесенных волком, не был назначен антирабический иммуноглобулин, что способствовало развитию заболевания; у двух человек заболевание возникло после укусов опасной локализации, нанесенных енотовидными

собаками, вследствие позднего обращения за антирабической помощью, еще в двух случаях заболевание возникло после укусов опасной локализации, нанесенных бешеными волком и лисицей, на фоне антирабического лечения.

В 2011 году в Российской Федерации зарегистрировано 14 случаев гидрофобии, в том числе в Тверской и Астраханской областях — по 3 случая; в г. Москве — 2 случая; в Республике Калмыкия, Ставропольском, Краснодарском и Хабаровском краях, Московской и Оренбургской областях — по 1 случаю.

Источниками заражения в 6 случаях явились дикие животные (лисицы и енотовидные собаки — по 2, волк и дикий кабан — по 1), в 5 случаях — безнадзорные собаки, в 2 случаях — безнадзорные кошки, в 1 случае — домашняя собака.

Крайне напряженная ситуация сложилась на территории Московской области. По данным Министерства сельского хозяйства и продовольствия Московской области, в 2011 году на территории области зарегистрировано 240 случаев бешенства животных, что в 1,5 раза больше, чем за предыдущий год (156). Эпизоотией было охвачено 36 муниципальных образований, в 2010 году — 30. Учтено 11 374 лисицы, являющиеся главными распространителями бешенства.

Среди заболевших бешенством собак и кошек доля домашних

составила 92,6% и 76,2% соответственно.

Наибольшее число заболевших бешенством домашних и безнадзорных животных зарегистрировано в Истринском (5 собак, 2 кошки), Наро-Фоминском (3 собаки, 3 кошки), Можайском (2 собаки, 1 кошка) и Ступинском (2 собаки и 1 кошка) районах Московской области.

Отмечается увеличение случаев появления бешеных лисиц на территории населенных пунктов 22 муниципальных районов Московской области.

В 2011 году в лечебно-профилактические организации (ЛПО) Московской области за антирабической помощью обратилось более 25 тысяч человек, показатель обращаемости составил 375,3 на 100 тыс. населения. Число укусов, нанесенных дикими животными, хоть и уменьшилось на 13,8% (с 600 до 517 случаев), но показатель обращаемости 7,72 на 100 тыс. населения превышает средний по Российской Федерации.

За прошедший год на территории Московской области зарегистрированы 3 чрезвычайные ситуации, связанные с укусами и ослюнениями бешеными животными, пострадало в общей сложности 50 человек: от бешеной безнадзорной кошки в деревне Коптязино Шаховского района пострадало 24 человека; от ранее не привитой заболевшей бешенством сторожевой собаки в садовом товариществе «Звездное

поле» Истринского района пострадало 19 человек; от бешеной безнадзорной кошки в Наро-Фоминском районе пострадало 7 человек.

Только за первую неделю 2012 года в Московской области уже зарегистрированы 2 такие ситуации. В одном оздоровительном учреждении, расположенном в Истринском районе области, от нападения бешеной безнадзорной собаки пострадало не менее 11 человек. От укусов безнадзорной собаки на территории другого оздоровительного учреждения в Чеховском районе пострадало 5 человек.

За период 2008—2011 годов на территории Московской области от гидрофобии погибло 4 человека, в том числе в 2008 году — 3, в 2011 году — 1. Источником заражения в двух случаях явились лисицы, а также енотовидная собака и безнадзорная кошка.

Вопросы профилактики бешенства неоднократно выносились на заседания Правительства Московской области. Вместе с тем, в области не принят закон «О мерах по защите населения Московской области от неблагоприятного воздействия безнадзорных животных», не решены вопросы поголовного учета и вакцинация домашних животных, наделения полномочиями органов местного самоуправления по установлению порядка отлова и содержания животных в специальных питомниках.



Аналогичная ситуация складывается в других субъектах Российской Федерации. Не уделяется должного внимания работе со средствами массовой информации. О низком уровне информационно-разъяснительной работы среди населения и мерах личной и общественной профилактики бешенства свидетельствует то, что более 70% заболевших и умерших от этой инфекции не обращались за медицинской помощью или обращались в поздние сроки.

Недостаточное взаимодействие управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан в вопросах оказания антирабической помощи лицам, пострадавшим от животных, привело к тому, что в 2008 году в Республиках Дагестан, Северная Осетия — Алания и Орловской области, в 2009 году — в Республике Ингушетия и Нижегородской области, в 2010 году — в Тверской области, в 2011 году — в Тверской области и Хабаровском крае имели место случаи отказа пострадавших от проведения им антирабического лечения. Это может свидетельствовать о недостаточной подготовке медицинских работников по вопросам оказания населению антирабической помощи.

В Российской Федерации на базе ФГБУ «Научный центр экспертизы средств медицинского

применения» Минздравсоцразвития России функционирует Центр по борьбе с бешенством, на который возложены функции организационно-методического и научно-практического обеспечения эпиднадзора за бешенством и координации научно-исследовательской и научно-методической деятельности по разработке и совершенствованию диагностики и профилактики бешенства, а также подготовки специалистов Роспотребнадзора и лечебно-профилактических организаций.

Деятельность Центра организована в тесном взаимодействии с «Центром специальной лабораторной диагностики и лечения особо опасных и экзотических инфекционных заболеваний» Минобороны России. Расследуется каждый случай смерти людей от гидрофобии.

Одной из проблем в профилактике бешенства является недостаточный объем производства в Российской Федерации антирабического иммуноглобулина. Ежегодная потребность в антирабическом иммуноглобулине лечебно-профилактических организаций страны составляет около 550 литров и требует увеличения объема его производства.

Антирабический гетерологичный иммуноглобулин обладает аллергенным и сенсибилизирующим действием, в связи с чем периодически регистрируются реакции на его введение. За 2011 год зарегистрировано более 20

необычных реакций на введение антирабического гетерологичного иммуноглобулина.

Разработка и производство отечественного антирабического гомологичного (из сыворотки крови человека) иммуноглобулина позволит существенно расширить его применение для детей и лиц с отягощенным иммунным статусом.

Потребность в антирабической вакцине КОКАВ удовлетворяется отечественными производителями и составляет около 1,5 миллиона доз.

В целях усиления мероприятий, направленных на профилактику бешенства в Российской Федерации, предупреждения заболеваний людей этой инфекцией, обеспечения эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации и руководствуясь Федеральным законом от 30 марта 1999 г. № 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, 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) и в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.7.2627-10 «Профилактика бешенства среди людей» (утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 06.05.2010 № 54, зарегистрированным в Минюсте России 19.07.2010, регистрационный № 17891), постановляю:

1. Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

1.1. Рассмотреть вопрос по усилению мер профилактики бешенства на заседаниях санитарно-противоэпидемических комиссий с участием представителей заинтересованных органов и организаций.

1.2. Принять нормативные правовые акты, регулирующие правила содержания домашних животных (в случае их отсутствия).

1.3. Рассмотреть вопрос о выделении необходимых финансовых средств на: реализацию принятых ранее нормативных правовых актов, регулирующих правила содержания домашних животных; строительство мест для выгула домашних животных; строительство приютов для временного содержания домашних и безнадзорных животных; строительство кремационных печей для утилизации трупов животных; проведение исследований иммунного статуса у пострадавших детей и лиц с иммунодефицитными состояниями.

1.4. Принять меры по организации учета и регистрации поголовья домашних собак и кошек, а также проведения им обязательной вакцинации против бешенства.

1.5. Принять меры по формированию групп охотников для интенсивного промысла диких плотоядных животных (лисицы, енотовидной собаки и волка), с учетом конкретной эпизоотической и эпидемиологической обстановки.

1.6. Принять меры по организации и проведению мероприятий, направленных на создание и оснащение бригад для отлова безнадзорных животных с целью недопущения свободного их пребывания на территории населенных пунктов.

2. Просить Министерство сельского хозяйства Российской Федерации рекомендовать Россельхознадзору совместно с управлениями Россельхознадзора в субъектах Российской Федерации, с учетом конкретной эпизоотической обстановки, рассмотреть вопрос о принятии дополнительных мер, направленных на увеличение охвата вакцинацией против бешенства сельскохозяйственных животных общественного и личного секторов в объемах, необходимых для обеспечения эпизоотологического благополучия.

3. Просить руководителей средств массовой информации в субъектах Российской Федерации регулярно проводить, с привлечением медицинских и ветеринарных специалистов, разъяснительную работу

среди населения о мерах личной и общественной профилактики бешенства, тяжелых последствиях в случае несвоевременного обращения за медицинской помощью при укусах животными, а также по вопросам, связанным с правилами содержания животных.

4. Рекомендовать руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан:

4.1. Проводить оказание антирабической помощи лицам, пострадавшим от укусов животными, в соответствии с действующими нормативными документами по применению иммунобиологических препаратов и схемой лечебно-профилактической иммунизации.

4.2. Организовать центры антирабической помощи (в случае их отсутствия) на базе лечебно-профилактических организаций, имеющих в своем составе травматологические пункты или отделения.

4.3. Принять меры по обеспечению лечебно-профилактических организаций, оказывающих антирабическую помощь населению, неснижаемым запасом антирабических иммунобиологических препаратов.

5. Управлениям Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан:

5.1. Провести семинары для работников лечебно-профилактических организаций по вопросам профилактики бешенства и оказания антирабической помощи.

5.2. Провести анализ потребности и обеспеченности лечебно-профилактических организаций, оказывающих антирабическую помощь населению, антирабическими препаратами.

5.3. Ежегодно проводить профилактическую иммунизацию против бешенства среди контингентов населения, профессиональная деятельность которых связана с риском заражения вирусом бешенства.

5.4. Обеспечить регулярное проведение медицинскими специалистами разъяснительной работы среди населения о мерах личной и общественной профилактики бешенства, тяжелых последствиях в случае несвоевременного обращения за медицинской помощью при укусах животными.

6. Главным государственным санитарным врачам по субъектам Российской Федерации совместно с Главными государственными ветеринарными инспекторами субъектов Российской Федерации:

6.1. Провести анализ эпизоотологической и эпидемиологической обстановки по бешенству.

6.2. Внести на рассмотрение органов исполнительной власти, в соответствии с особенностями эпизоотической и эпидемиологической обстановкой по бешен-

ству, предложения о повышении эффективности мероприятий, направленных на разработку и внедрение целевых региональных программ или отдельных межведомственных планов по профилактике бешенства.

7. Руководителям управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации:

7.1. При осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора за санитарным состоянием населенных пунктов, а также за проведением профилактических мероприятий против бешенства, использовать меры административного воздействия, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

7.2. Провести проверку деятельности центров антирабической помощи населению по вопросам практической помощи лечебно-профилактическим организациям, оказывающим медицинскую помощь лицам, подвергшимся риску заражения вирусом бешенства, и организации профилактических мероприятий, в соответствии с положением о центре.

7.3. Обеспечить информирование населения о ситуации в регионе и профилактике бешенства на официальном сайте управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации и через средства массовой информации.

8. Рекомендовать научно-исследовательским учреждениям Российской академии медицинских наук, Министерства здраво-

охранения и социального развития Российской Федерации, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека принять участие в разработке и совершенствовании препаратов для ускоренной диагностики и профилактики бешенства у людей.

9. ФКУЗ «Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб» Роспотребнадзора принять меры по совершенствованию антирабического гетерологического иммуноглобулина и увеличению объемов его выпуска.

10. Рекомендовать Центру по борьбе с бешенством, который функционирует на базе ФГБУ «Научный центр экспертизы средств медицинского применения» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

10.1. Оказывать консультативно-методическую и практическую помощь Управлениям Роспотреб-

надзора по субъектам Российской Федерации и лечебно-профилактическим организациям, оказывающим антирабическую помощь населению.

10.2. Расширить объемы исследований по определению титра вируснейтрализующих антител у лиц, пострадавших от больных бешенством животных, в первую очередь детей, а также лиц с отягощенным иммунным статусом и у которых антирабическое лечение, по объективным причинам, проводится с нарушением инструкции.

10.3. Осуществлять проведение необходимых мероприятий по расследованию и определению причинно-следственной связи случаев регистрации осложнений на введение антирабических препаратов.

11. О ходе реализации постановления доложить до 1 мая 2012 года.

12. Контроль выполнения настоящего постановления оставлять за собой.

Г.Г. Онищенко

**Приказ Роспотребнадзора от 21.05.2012 № 562**

## **«Об участии в реализации Поэтапной программы ликвидации очередности в дошкольные организации»**

В целях выполнения поручения Заместителя Председателя Правительства Российской Фе-

дерации В.Ю. Суркова от 04.05.2012 № ВС-П8-2554 и обеспечения санитарно-эпидемиоло-

гического благополучия детей в ходе реализации Поэтапной программы («дорожная карта») ликвидации очередности в дошкольные учреждения для детей от 3 до 7 лет с учетом уровня затратности мероприятий (далее — «дорожная карта») приказываю:

1. Управлению санитарного надзора (О.И. Аксенова):

1.1. Направить в срок до 25.05.2012 руководителям управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации и по железнодорожному транспорту предложения по реализации «дорожной карты».

1.2. Обеспечить оперативное рассмотрение обращений и подготовку предложений по применению нетиповых планировочных решений при проектировании новых и реконструкции старых зданий дошкольных организаций.

1.3. Подготовить и представить Руководителю Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в срок до 15.07.2012 и 25.12.2012 доклады:

- о результатах государственного санитарно-эпидемиологического надзора за дошкольными организациями;
- о ходе реализации мероприятий «дорожной карты» в Российской Федерации.

2. Руководителям Управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации и по железнодорожному транспорту:

2.1. Подготовить и направить руководителям высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации предложения в проекты региональных «дорожных карт», направленных на ликвидацию очередности в дошкольных организациях.

2.2. Принять меры по сокращению сроков рассмотрения обращений по вопросам архитектурно-планировочных решений, принимаемых в субъектах Российской Федерации при проектировании новых и реконструкции старых зданий дошкольных организаций в соответствии с гигиеническими нормативами.

2.3. Обеспечить оперативную реализацию мероприятий по выдаче санитарно-эпидемиологических заключений о соответствии зданий, сооружений, помещений, оборудования дошкольных организаций, используемых юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями для осуществления образовательной деятельности.

2.4. Представлять доклады о ходе подготовки и реализации мероприятий «дорожной карты» в субъектах Российской Федерации ежеквартально, в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

3. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Руководитель  
Г.Г. Онищенко

# Повышение доступности образования для детей с ограниченными возможностями здоровья

**Бурыгина Т.Е.,**

заведующий сектором дошкольного и специального (коррекционного) образования Департамента образования администрации города Ноябрьска, г. Ноябрьск ЯНАО

Сегодня ни у кого не вызывает сомнений значимость роли, которую играет образование в процессе социальной интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов. Основная задача этого направления сформулирована Д.А. Медведевым: «Мы просто обязаны, — подчеркнул Президент, — создать нормальную систему образования для инвалидов, чтобы дети могли обучаться среди сверстников в обычных общеобразовательных школах и с раннего возраста не чувствовали себя изолированными от общества» (заседание Совета при Президенте РФ по делам инвалидов от 07.04.2009). Очевидно, что совместные усилия всех участников образовательного процесса должны быть сосредоточены на том, чтобы в рамках модернизации российского образования в целом создать такую образовательную среду, которая обеспечивала бы доступность качественного образования для всех детей-инвалидов и детей с ограниченными

возможностями здоровья, с учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья. «Сегодня у нас появились не только соответствующие технологии, но и огромное желание решить эту задачу, обеспечив каждому ребенку доступ к образованию и общению», — подчеркнул А.А. Фурсенко на заседании Межведомственной рабочей группы по реализации приоритетного национального проекта «Образование». В рамках направления «Дистанционное образование детей-инвалидов» национального проекта «Образование» апробируется система дистанционного обучения детей-инвалидов, наряду с другими городами России и Ямало-Ненецкого автономного округа и в г. Ноябрьске.

Работа по реализации данного направления осуществляется в муниципальной общеобразовательной школе № 2, где создан *центр дистанционного образования*, оснащаются рабочие места детей-инвалидов по месту их проживания специальным ком-

пьютерным оборудованием, обеспечивается доступ в Интернет для всех участников образовательного процесса. В 2008/09 уч. г. на дистанционном обучении находилось 14 обучающихся, в 2009/10—11 уч. г. — 19, в 2011/12 уч. г. — 21 (это ученики 1—11 классов). В первый класс пришли дети, которые посещали ранее специализированный детский сад, группу «Особый ребенок». Это дети с сохранным интеллектом, но в силу заболеваний им противопоказано посещение школы. Всем детям, находящимся на дистанционном обучении, предоставлено компьютерное оборудование, с помощью которого поддерживается связь со школой. Это компьютер в полном сборе и веб-камера. Доступ к сети Интернет в школе с января по июнь 2011 г. оплачивался за счет средств окружной долгосрочной целевой программы «Развитие системы образования Ямало-Ненецкого автономного округа на 2011—2015 годы». С сентября по декабрь 2011 г. оплата услуг по доступу к сети Интернет предусмотрена за счет средств муниципальной целевой программы реализации приоритетного национального проекта «Образование на территории г. Ноябрьска на 2009—2012 годы». Возмещение расходов родителям по оплате доступа к сети Интернет для организации дистанционного образования детей с ограниченными возможностями здоровья происходит за счет средств окружной долгосрочной целевой

программы «Развитие системы образования Ямало-Ненецкого автономного округа на 2011—2015 годы».

Учебный процесс основан на *интеграции очного и дистанционного обучения*. Для каждого обучающегося разработана индивидуальная образовательная программа, где регламентировано учебным планом количество очных и дистанционных уроков. Образовательные курсы учащиеся школы дистанционного обучения осваивают при участии учителя-предметника, используя цифровые образовательные ресурсы центра образования «Технологии обучения» (<http://iclass.home-edu.ru/>). Курсы, выложенные на ресурсе, разработаны по всем предметным и межпредметным областям и устроены таким образом, что помогают ребенку не только развить свои способности, но и освоить общеобразовательную программу, а при желании и приступить к углубленному изучению предмета.

Дистанционное обучение организовано в специальной среде обучения, которая позволяет:

- создавать учебные материалы, осуществлять оперативное взаимодействие «учитель—ученик»;
- вести коллективную проектную работу;
- создавать портфолио каждого участника курса;
- осуществлять взаимодействие участников курса с использованием программы iChat;



— применять разнообразные методы обучения (проблемное изложение, эвристический, проектный).

Дистанционные уроки не прерываются, если ребенок выезжает на лечение, реабилитационные процедуры в другой город. Разрешение на проведение уроков дает лечащий врач ребенка. В течение последних двух лет дети выезжали на лечение в разные города России, на срок от 2 до 6 мес. Это большое преимущество дистанционного образования, так как далеко не во всех реабилитационных санаториях и больницах есть возможность совмещать лечение и обучение.

Дистанционное образование отличается от традиционных методов обучения прежде всего особенностями методики и технологией организации учебного процесса и образовательных отношений. В таком обучении существенно меняются функции его участников. Возрастает уровень требований к условиям обучения, методической и технологической подготовке учителей. В МОУ СОШ № 2 оборудован класс дистанционного обучения на 10 рабочих мест с базовым комплектом учителя и интерактивной доской. С учащимися работают 26 учителей-тьюторов, психолого-педагогическое сопровождение обеспечивают педагог-психолог и социальный педагог, коррекционную работу с детьми с тяжелыми речевыми патологиями осуществляет учитель-лого-

пед. Педагоги прошли обучение в ГОУ центр образования «Технологии обучения». После прохождения курсов педагогам выданы индивидуальные пароли и доступ непосредственно к базе данных по своему предмету и классам по ступеням обучения, на которые педагог заявил.

В школе последовательно выстраивается *индивидуальная образовательная траектория для каждого ребенка* с учетом интересов, склонностей, физических возможностей, состояния здоровья. Следует отметить, что не всегда содержание разработанного дистанционного курса совпадает с содержанием, отобранным педагогом в соответствии со стандартом, поэтому приходится корректировать, составлять сквозные рабочие программы по ступеням обучения, которые базируются на учебно-методическом комплексе дистанционного обучения по предмету с учетом федеральных перечней учебников. Так как те разделы программы, которые они добавляют, нельзя внести в электронную базу данных, это содержание дается детям в ходе или индивидуальных занятий на дому, или в режиме онлайн.

На базе школы организуется и *медицинское сопровождение детей*. Медицинские кабинеты школы оборудованы новой техникой, что позволяет проводить оздоровительные процедуры по плану и своевременно. Медицинскими работниками обеспечиваются физиотерапевтические про-

цедуры (электрофорез, гальванизация, ультразвук, УВЧ, дарсонвализация, магнитотерапия, ингаляции, КУФ, общее УФО, диадинамрия, массаж), водолечение (душ Шарко, Шотландский, циркулярный, восходящий, подводный душ-массаж), светолечение, ароматерапия, предоставляются оздоровительные услуги сауны, кабинетов биологической обратной связи (офтальмологический, опорно-двигательный, по коррекции психо-эмоционального состояния, логотерапевтический, кабинет БОС «Здоровье»), офтальмологические процедуры, проводятся занятия лечебной физкультурой.

79% детей, которые обучаются в Центре, — это дети с нарушением опорно-двигательного аппарата. Они занимаются без специальных вспомогательных средств, но если возникнет такая необходимость, у школы есть возможность предварительно заказать и оснастить рабочие места различными вспомогательными техническими средствами, позволяющими частично или полностью компенсировать ограничения, связанные с нарушением функций опорно-двигательного аппарата: специальные клавиатуры, альтернативные устройства ввода информации, устройства управления компьютером, мыши клавишного типа, джойстики и трекболы, головная мышь. А чтобы знать, понадобятся ли учащимся дистанционного центра в будущем учебном году вспомога-

тельные технические средства, ведется мониторинг детей, нуждающихся в особых образовательных условиях. Кроме этого, обязательно проводится работа с потенциальными учащимися центра. Например, в этом учебном году проведены встречи с родителями детей-инвалидов дошкольного возраста, практические консультации, анкетирование, ежегодно проходит традиционный День открытых дверей, где родители и дети непосредственно знакомятся с образовательными и оздоровительными услугами центра.

*Педагоги стремятся к тому, чтобы ученики участвовали в различных выставках, конкурсах и олимпиадах. Это позволяет расширить круг общения ребят, возможности применения полученных знаний на практике. Все дети, обучающиеся с использованием дистанционных технологий, являются победителями разных конкурсов, таких как «Общероссийская Интернет-викторина “Эрудит”», окружном виртуальном конкурсе компьютерных творческих работ «В краю северного сияния», активно участвовали в презентации работ для выпуска книги «Антресоль» в рамках проекта «Особые дети», городском интеллектуальном марафоне, конкурсе рисунков и плакатов «Дорога к доброму здоровью», «Будущее для всех», соревнованиях по шашкам и шахматам, дартсу, теннису и др.*

Для детей-инвалидов дистанционное обучение — это не только путь к аттестату зрелости, а затем к высшему образованию, это еще и окно в большой мир, возможность адаптироваться к его условиям, усвоить модели поведения в коллективе. Так что направление национального проекта «Образование» открывает новые перспективы перед детьми-инвалидами, нуждающимися в постижении школьных премудростей на дому.

В помощь коллегам, которые приступили или приступят к реализации дистанционного образования детей-инвалидов, мы предлагаем разработанное положение об организации образования детей с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения по состоянию здоровья, с использованием дистанционных технологий.

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**об организации образования**  
**детей с ограниченными**  
**возможностями здоровья,**  
**не посещающих**  
**образовательные**  
**учреждения по состоянию**  
**здоровья, с использованием**  
**дистанционных технологий**

**I. Общие положения**

1.1. Настоящее Положение об организации образования детей с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения по состоянию здоровья, с использованием дистанционных технологий (да-

лее — Положение) регулирует организацию образования детей с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения по состоянию здоровья, с использованием дистанционных технологий.

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с законодательством РФ, Ямало-Ненецкого автономного округа.

1.3. Целью организации образования детей с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения по состоянию здоровья, с применением дистанционных технологий, является защита их прав на получение общедоступного и бесплатного начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования по основным общеобразовательным программам с применением дистанционных образовательных технологий.

1.4. Общими задачами образования детей с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения по состоянию здоровья, с применением дистанционных технологий, являются:

- реализация основных общеобразовательных программ и дополнительных образовательных программ с применением дистанционных образовательных технологий;
- реализация общеобразовательных программ с учетом характера течения заболевания, реко-

- мендаций Филиала Федерального государственного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ямало-Ненецкому автономному округу» (далее по тексту — ФФГУ ГБМСЭ по ЯНАО), муниципальной психолого-медико-педагогической комиссии (далее по тексту — МПМПК);
- организация работы по профориентации обучающихся;
  - развитие творческой деятельности обучающихся и их социализации;
  - удовлетворение потребностей обучающихся в получении новых знаний о достижениях в соответствующих отраслях науки, техники и культуры;
  - оказание консультационной помощи родителям (законным представителям).

**II. Управление, руководство, контроль, ответственность при организации образования детей с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения по состоянию здоровья, с использованием дистанционных технологий**

2.1. Управление при организации образования детей с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения по состоянию здоровья, с использованием дистанционных технологий, осуществляется в соответствии с законодательством РФ, Ямало-Ненецкого автономного округа и настоящим Положением.

2.2. Общее руководство и контроль за организацией образования детей с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения по состоянию здоровья, с использованием дистанционных технологий, осуществляет Управление образования Администрации г. Ноябрьска.

2.3. Непосредственное руководство образованием детей с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения по состоянию здоровья, с применением дистанционных технологий, осуществляется директором муниципального общеобразовательного учреждения (далее по тексту МОУ), в котором осуществляется обучение детей с ограниченными возможностями здоровья с применением дистанционных технологий.

2.4. Создание необходимых условий для организации образования детей с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения по состоянию здоровья, с применением дистанционных технологий, обеспечивает руководитель МОУ.

2.5. Руководитель МОУ издает приказ о назначении педагогических работников для обучения детей с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения по состоянию здоровья, с применением дистанционных технологий.

- 2.6. Директор МОУ имеет право:
- представлять деятельность по образованию детей с ограниченными возможностями здоровья с использованием дистанционных технологий во внешних организациях в пределах предоставленных полномочий;
  - организовывать работу по образованию детей с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения по состоянию здоровья, с использованием дистанционных технологий;
  - получать необходимую информацию, в том числе конфиденциальную, для организации образования детей с ограниченными возможностями здоровья с использованием дистанционных технологий;
  - участвовать в установленном порядке в решении вопросов о подготовке кадров, о приеме, перемещении и увольнении работников, представлять их к поощрению и взысканию.

2.7. Контроль за своевременным проведением занятий с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья с применением дистанционных технологий, за выполнением общеобразовательных программ, качеством обучения осуществляет администрация МОУ: директор, заместители директора.

2.8. Несет в установленном законодательством РФ порядке ответственность:

- за реализацию не в полном объеме образовательных про-

- грамм в соответствии с учебным планом и графиком учебного процесса;
- за качество образования;
- за нарушение прав и свобод обучающихся и работников МОУ, осуществляющих образование детей с ограниченными возможностями здоровья с применением дистанционных технологий.

### **III. Организация образования детей с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения по состоянию здоровья, с использованием дистанционных технологий**

3.1. Образование детей с ограниченными возможностями здоровья с использованием дистанционных технологий организуется для учащихся с ограниченными возможностями здоровья с сохранным интеллектом 1—11 (12-х) классов в возрасте до 18 лет, которые по состоянию здоровья длительное время не могут посещать общеобразовательное учреждение.

3.2. Обучение детей с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения по состоянию здоровья, с использованием дистанционных технологий, организуется общеобразовательным учреждением по решению учредителя (Управление образования администрации г. Ноябрьска) на основании служебной записки руководителя МОУ, предоставляемой начальнику Управления образования в срок до 01.09. текущего года, с указанием списка обучающихся с ограниченными

ми возможностями здоровья, которым выдано направление МПМПК на индивидуальное обучение с применением дистанционных технологий.

3.3. Направление учащихся на индивидуальное обучение с применением дистанционных технологий осуществляется только с согласия родителей (законных представителей) и по заключению муниципальной психолого-медико-педагогической комиссии. Родители (законные представители) ставятся в известность о необходимости представления в МПМПК следующих документов:

- письменного заявления родителей (законных представителей);
- копии свидетельства о рождении ребенка;
- копии коллегиального заключения психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПк), копий заключений специалистов ПМПк (представляются, только если ребенок обучается и/или воспитывается в образовательном учреждении);
- копии документа, подтверждающего инвалидность ребенка;
- копии заключения врачебной комиссии по оценке состояния здоровья детей (далее по тексту ВК) муниципального учреждения «Центральная городская больница» (структурное подразделение «Детская поликлиника»).

3.4. Длительность индивидуального обучения с применением

дистанционных технологий определяется МПМПК, согласно основному диагнозу и заключению ВК.

3.5. Муниципальная психолого-медико-педагогическая комиссия выдает родителям (законным представителям) заключение МПМПК и направление на индивидуальное обучение с применением дистанционных технологий.

3.6. С целью реализации основных задач МОУ осуществляет следующие функции:

- принимает обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения, для обучения с применением дистанционных технологий образования по основным общеобразовательным программам и дополнительным образовательным программам, направляемых МПМПК;
- передает родителями (законным представителям) обучающегося по договору в безвозмездное временное пользование комплект компьютерного оборудования. Срок обучения устанавливается в договоре о передаче оборудования в безвозмездное временное пользование;
- предоставляет регламентированные договором между родителями (законными представителями) обучающегося услуги передачи данных в глобальной сети Интернет;
- в случае изменения обстоятельств, послуживших основа-

нием для предоставления оборудования, по согласованию с директором МОУ, осуществляется расторжение договора о передаче оборудования и изъятие переданного по договору оборудования.

3.7. Обучение детей с ограниченными возможностями здоровья с применением дистанционных технологий осуществляют учителя и специалисты (логопед, педагог-психолог, социальный педагог и др.), имеющие педагогическое образование и опыт работы в образовательном учреждении, назначаемые приказом руководителя МОУ.

3.8. Права, обязанности, порядок приема на работу и увольнения преподавателей и сотрудников, трудовые отношения определяются трудовым законодательством РФ.

3.9. Наряду со штатными преподавателями учебный процесс могут осуществлять ведущие ученые, специалисты и работники предприятий (объединений), организаций и учреждений, представители федеральных органов исполнительной власти на условиях штатного совместительства или почасовой оплаты труда в порядке, установленном трудовым законодательством РФ.

3.10. Квалификационные требования, права, обязанности и ответственность сотрудников определяются должностными инструкциями, разрабатываемыми образовательными учреждениями самостоятельно.

3.11. МОУ ведет работу по примерному учебному плану, утверждаемому Управлением образования администрации г. Ноябрьска и согласованному с Департаментом образования Ямало-Ненецкого автономного округа.

3.12. Учебный план разрабатывается на основе:

- федерального базисного учебного плана для общеобразовательных учреждений Российской Федерации, реализующих программы общего образования (утв. приказом Министерства образования РФ от 09.03.2004 № 1312), регионального базисного учебного плана для образовательных учреждений;
- базисного учебного плана специальных (коррекционных) образовательных учреждений для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии (утв. приказом Министерства образования РФ от 10.04.2002 № 29/2065-п).

При дефиците учебного времени приоритет отдается федеральному компоненту базисного учебного плана. Для каждого ребенка с ограниченными возможностями здоровья, обучающегося с использованием дистанционных технологий, составляется индивидуальный учебный план. Распределение часов учебного плана производится с учетом заболевания, индивидуальных особенностей, психофизических возможностей детей.

3.13. Обучение детей с ограниченными возможностями здоро-

вья с применением дистанционных технологий регламентируется приказом директора МОУ.

3.14. Расписание занятий составляется на основании индивидуальных учебных планов, утвержденных директором МОУ.

3.15. Форма проведения промежуточного контроля (по четвертям и полугодиям учебного года) детей, обучающихся с использованием дистанционных технологий, определяется общеобразовательным учреждением на основании Положения о промежуточном контроле в соответствующем общеобразовательном учреждении.

3.16. Оценка уровня знаний обучающихся проводится по результатам текущего контроля знаний и итоговой аттестации. Проведение итоговой аттестации обучающихся осуществляется специально создаваемыми комиссиями, составы которых утверждаются директором МОУ.

3.17. Государственная (итоговая) аттестация обучающихся с ограниченными возможностями здоровья с применением дистанционных технологий, проводится в соответствии с действующим законодательством РФ в области образования.

3.18. При поступлении ребенка в МОУ администрация обязана ознакомить родителей (законных представителей) с Уставом учреждения, лицензией на право ведения образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации образовательного учреждения и другими до-

кументами, регламентирующими организацию его деятельности, заключить договор между образовательным учреждением и родителями (законными представителями) ребенка.

3.19. Родители (законные представители) детей, которые по состоянию здоровья не могут посещать образовательное учреждение, ежегодно, в срок до 25 августа предстоящего учебного года, предоставляют в образовательное учреждение направление МПМПК на индивидуальное обучение с применением дистанционных технологий.

3.20. При предоставлении родителями (законными представителями) детей, которые по состоянию здоровья не могут посещать образовательные учреждения, направления МПМПК о необходимости индивидуального обучения с использованием дистанционных технологий, в иные сроки, чем установлены в п. 3.19 настоящего Положения, перевод на индивидуальное обучение с применением дистанционных технологий происходит с момента предоставления направления МПМПК.

#### **IV. Права и обязанности участников образовательного процесса**

4.1. Педагогические работники обязаны:

- выполнять государственные программы с учетом склонностей и интересов детей;
- знать специфику заболевания, особенности режима и организации дистанционных занятий;



- не допускать перегрузки, составлять рабочие программы и индивидуальные планы по своему предмету;
- поддерживать контакты с родителями (законными представителями) ребенка с целью выявления привычек и особенностей учащихся, состояния их здоровья;
- своевременно заполнять журналы учета проводимых занятий.

4.2. Педагогические работники имеют право:

- на развитие и поддержку своей профессиональной квалификации;
- защиту своей профессиональной чести и достоинства;
- свободу выбора и использования методик обучения и воспитания, учебных пособий и материалов, методов оценки знаний обучающихся, учебников, утвержденных федеральным перечнем учебников, рекомендованных (допущенных) к использованию в образовательном процессе с учетом использования дистанционных технологий;
- аттестацию в соответствии с Положением о порядке аттестации педагогических и руководящих работников государственных и муниципальных образовательных учреждений.

4.3. Педагогические работники несут ответственность:

- за качественное и своевременное выполнение всех закрепленных за ними основных функций и задач;

- систематизацию и обеспечение сохранности документального фонда;
- полноту, достоверность и своевременность предоставляемой информации;
- присвоение грифов конфиденциальности документам и информации в соответствии с установленными правилами;
- правильность разработки и осуществления мероприятий, направленных на решение конкретных вопросов деятельности;
- рациональную организацию труда, правильность применения положений, тех или иных инструктивных документов образовательного учреждения;
- соблюдение установленных правил внутреннего трудового распорядка, правил техники безопасности, трудовой дисциплины.

4.4. Учащиеся имеют право:

- на получение бесплатного общего (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего) образования в соответствии с государственными образовательными стандартами;
- обучение в соответствии с государственными образовательными стандартами по индивидуальному учебному плану;
- бесплатное пользование библиотечно-информационными ресурсами библиотеки образовательного учреждения;
- уважение человеческого достоинства, на свободу совести и информации, на свободное

- выражение собственных взглядов и убеждений;
- внесение предложений по совершенствованию образовательного процесса в администрацию образовательного учреждения;
  - моральное и материальное поощрение за успехи в учении.
- 4.5. Учащиеся обязаны:
- соблюдать Устав общеобразовательного учреждения;
  - добросовестно учиться, стремиться к сознательному и творческому освоению образовательных программ;
  - уважать честь и достоинство работников и других обучающихся общеобразовательного учреждения;
  - находиться в часы, отведенные для занятий дома.

4.6. При невыполнении требований учебного плана, а также при грубом нарушении условий договора безвозмездного пользования оборудованием, обучающийся отчисляется с выдачей соответствующей справки о пребывании на учебе.

4.61. Родители (законные представители) имеют право:

- защищать законные права и интересы детей;
- присутствовать на педагогических советах и принимать участие в обсуждении в случае, когда разбирается вопрос об успеваемости и поведении их ребенка;
- участвовать в управлении общеобразовательного учреждения в соответствии с Уставом;

- обращаться для разрешения конфликтных ситуаций в администрацию образовательного учреждения;
- вносить предложения по составлению расписаний занятий, по включению в пределах выделенных часов, предметов из учебного плана общеобразовательного учреждения.

Права родителей (законных представителей) могут закрепляться в договоре, заключенном между общеобразовательным учреждением и родителями (законными представителями).

4.62. Родители (законные представители) обязаны:

- выполнять Устав общеобразовательного учреждения в части, касающейся прав и обязанностей обучающихся;
- создавать надлежащие условия для проведения занятий с использованием дистанционных технологий;
- выполнять требования общеобразовательного учреждения;
- посещать 2 раза в месяц общеобразовательное учреждение с целью получения практических консультаций по вопросам обучения детей с использованием дистанционных технологий;
- поддерживать интересы ребенка к образованию;
- своевременно, в течение дня информировать образовательное учреждение об отмене занятий по случаю болезни ребенка и возобновлении занятий;
- контролировать выполнение домашних заданий.

Обязанности родителей (законных представителей) могут закрепляться в договоре, заключенном между общеобразовательным учреждением и родителями (законными представителями).

#### **V. Учебная, научная, научно-методическая (методическая) деятельность**

5.1. Создание и поддержка базы данных по обучающимся.

5.2. Создание и поддержка образовательного сайта, размещение на нем образовательных и информационных материалов, программ курсов, работ обучающихся и т.д.

5.3. Разработка методики обучения с применением образовательных дистанционных технологий.

5.4. Создание виртуальных клубов «по интересам».

5.5. Организация выездных мероприятий: экскурсии, конкурсы, встречи обучающихся и преподавателей.

5.6. Ведение работы по повышению квалификации педагогов, сотрудников и других работников.

5.7. Осуществление подготовки обучающихся к выпускным экзаменам.

5.8. Использование в своей работе готовых образцов учебных материалов, разработка новых учебных материалов по специализированным курсам, интегрированным проектам и предметным модулям.

5.9. Проведение занятий по базовым предметам с применением дистанционных образовательных технологий.

5.10. Проведение организационной работы с родителями (законными представителями) обучающихся.

5.11. Проведение работы по индивидуальному подбору специальных технических устройств для работы обучающегося с предоставленным оборудованием.

5.12. Проведение организационных работ и осуществление технической поддержки переданного оборудования.

5.13. Сотрудники ведут работу по созданию методических материалов и учебную работу, которая тарифицируется по часам.

#### **VI. Образовательные программы**

6.1. С целью реализации основных задач образовательное учреждение использует в своей деятельности образовательные программы, рекомендованные Министерством образования РФ, а также авторские программы, зарегистрированные в установленном порядке.

#### **VII. Документация**

7.1. Документами, регулирующими обучение детей с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения по состоянию здоровья, с использованием дистанционных технологий, являются:

- заявление родителей (законных представителей);
- копия свидетельства о рождении;
- копия документа, подтверждающего инвалидность ребенка;
- коллегиальное заключение Муниципальной ПМПК с

- указанием диагноза и образовательного маршрута;
- направление МПМПК на индивидуальное обучение с использованием дистанционных технологий;
  - приказ руководителя образовательного учреждения об организации обучения детей с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения по состоянию здоровья, с использованием дистанционных технологий;
  - индивидуальный учебный план для учащегося, находящегося на индивидуальном обучении с использованием дистанционных технологий;
  - индивидуальная программа развития учащихся;
  - журнал обучения учащихся с ограниченными возможностями здоровья использованием дистанционных технологий;
  - классный журнал (вносятся оценки по итогам промежуточной аттестации обучающегося с использованием дистанционных технологий);
  - расписание занятий для учащегося, обучающегося с использованием дистанционных технологий;
  - рабочие программы по предметам, которые преподаются с использованием дистанционных технологий;
  - календарно-тематическое планирование уроков по предметам с учащимися, обучающимися с использованием дистанционных технологий.

7.2. В классном журнале напротив фамилии ребенка, обучающегося с использованием дистанционных технологий, делается запись «Индивидуальное обучение с использованием дистанционных технологий». На страницах по физической культуре делается запись «освобожден». Данные об успеваемости, переводе из класса в класс, о результатах итоговой и промежуточной аттестации, выпуске из МОУ вносятся в классный журнал.

7.3. В МОУ ведется отдельный журнал обучения детей с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения по состоянию здоровья, с использованием дистанционных технологий, в котором учителя записывают изучаемый материал, отмечают количество проведенных часов, выставляют отметки. Записи в журнале контролируются заместителем директора не реже 1 раза в четверть.

7.4. Журналы обучения детей с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения по состоянию здоровья, с использованием дистанционных технологий, хранятся и уничтожаются вместе с классными журналами в порядке, установленном действующим законодательством.

### **VIII. Имущество**

8.1. Образовательное учреждение в своей деятельности использует имущество и оборудование, находящееся на балансе общеобразовательного учреждения.

## ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ СЕРИИ «ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ СКАЗКИ»



### ПУТЕШЕСТВИЕ В ЦИФРОГРАД Первая математическая сказка

Автор — Шорыгина Т.А.

Книга, написанная в форме сказки, предназначена для работы с детьми 4—5 лет. Увлекательные игры, приключения в городе цифр — Цифрограде познакомят детей с числами и цифрами от 1 до 5, расширят знания о временах года, частях суток. Адресована родителям в качестве познавательного досуга с детьми, может быть использована на коллективных и индивидуальных занятиях в ДОУ.



### ПУТЕШЕСТВИЕ В ЦИФРОГРАД Вторая математическая сказка

Автор — Шорыгина Т.А.

Книга, написанная в форме сказки, предназначена для работы с детьми 5—6 лет. В доступной и увлекательной форме дети знакомятся с числами и цифрами, узнают геометрические фигуры, учатся складывать и вычитать числа. Книга построена в виде сказки «Путешествие в Цифроград» и сопровождается стихами, загадками, вопросами и заданиями автора. По желанию взрослого занятие может быть разделено на несколько частей. Рекомендуются родителям в качестве познавательного досуга с детьми, а также воспитателям детских садов для использования на коллективных и индивидуальных занятиях с детьми при подготовке к школе.



### ПУТЕШЕСТВИЕ В ЦИФРОГРАД Третья математическая сказка

Автор — Шорыгина Т.А.

Книга, написанная в форме сказки «Путешествие в Цифроград», предназначена для работы с детьми 6—7 лет. В доступной и увлекательной форме дети знакомятся с числами от 11 до 20, учатся складывать и вычитать, повторяют математические знаки: «плюс», «минус», «равно», «больше» и «меньше», осваивают объемные геометрические фигуры, решают логические задачи и разгадывают математические загадки. Книга сопровождается стихами, загадками, вопросами и заданиями автора.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

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

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

или закажите в **интернет-магазине:** [www.tc-sfera.ru](http://www.tc-sfera.ru)

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

«Дошкольное воспитание», «Логопедия», «Педагогика и психология»,  
«Начальная и средняя школа», «Подписные издания».



## ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ СЕРИИ «ДЕТЯМ О САМОМ ВАЖНОМ»



### ДЕТСКИЙ САД

Автор — Шорыгина Т.А.

Внимание читателей предлагается очередная книга серии «Детям о самом важном», которая содержит сказки, рассказы, стихи, загадки, вопросы, сценарии праздников. Книга состоит из трех частей, посвященных соответственно младшим, средним и старшим дошкольникам. В ней рассказывается о поведении ребенка в коллективе, о тех играх и занятиях, которыми наполнено его пребывание в детском саду.



### НАША РОДИНА РОССИЯ

Автор — Шорыгина Т.А.

В пособии представлены беседы с детьми, посвященные нашей Родине — России. Автор раскрывает нравственное значение, историю и функции государственных символов России — гимна, флага и герба. В книге рассказано о важнейших событиях в истории Отечества, о родном языке, народных традициях, большой и малой Родине человека. О героях, полководцах и богатырях, учителях духовных, словом, о тех людях, которыми может гордиться Отчизна.



### МОЯ СЕМЬЯ

Автор — Шорыгина Т.А.

Обложка, 96 с. Формат 84х108/32

В пособии представлены рассказы, стихи, сказки, посвященные семье. Занятия построены в форме беседы взрослого с ребенком. В доступной и увлекательной форме дошкольник узнает о том, что такое семья, для чего она создается, кого называют членами семьи, познакомится с семейными традициями.



### ШКОЛА

#### Сказки для детей

Автор — Панфилова М.А.

Книга содержит 30 сказок, которые помогут подготовить дошкольника к школе и справиться с трудностями в первом классе. Сказкотерапия позволяет сформировать позитивные модели поведения, избежать негативных эмоций, снизить уровень тревожности, повысить учебную мотивацию.



Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

Пришлите заявку по адресу: 129626, Москва, а/я 40,  
по E-mail: [sfera@cnt.ru](mailto:sfera@cnt.ru), по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

или закажите в интернет-магазине: [www.tc-sfera.ru](http://www.tc-sfera.ru)

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

«Дошкольное воспитание», «Логопедия», «Педагогика и психология»,  
«Начальная и средняя школа», «Подписные издания».

### Уважаемые коллеги!

Подготовка журнала в печать — длительный процесс, требующий слаженной работы целого творческого коллектива. Чем лучше подготовлен материал, тем больше шансов, что он будет издан. У нас приняты требования к предоставляемым рукописям.

1. В начале даются: *название статьи, информация об авторах* (фамилия, имя, отчество, место работы и должность без сокращений и аббревиатур, ученая степень и ученое звание (если есть), домашний адрес (с индексом), e-mail и телефон); *список ключевых слов* (не более 5—6); *краткая аннотация статьи* (не более 3—4 предложений).

2. *Текст и таблицы* в формате Microsoft Word; шрифт Times New Roman, размер шрифта — 12; межстрочный интервал — 1,5; поля с каждой стороны — 2 см; отступы и интервалы — 0; отступ первой строки — 0,5.

3. *Графики и диаграммы* создаются средствами Microsoft Excel, *рисунки и фотографии* предоставляются отдельными файлами в формате TIF, JPEG (разрешение 300 dpi — для цветных, 600 dpi — для черно-белых).

4. Таблицы и графические объекты нумеруются, снабжаются заголовками и вставляются в текст после ссылки на них. Если необходимо, даются подписанные подписи и условные обозначения.

5. Все литературные источники и ссылки на них должны быть тщательно выверены авторами. Прямое цитирование или использование идей других авторов допускается только при точной ссылке на книгу (статью). При наличии стихотворений (прозы) других авторов обязательно ссылка на автора (ФИО).

6. Список литературы приводится в алфавитном порядке с указанием фамилии и двух инициалов автора, полного названия, места и года публикации, номера страницы. Ссылки в тексте статьи указываются в скобках: номер книги или статьи из списка и номер страницы (например: [2, с. 27]). Постраничные сноски нежелательны.

7. При ссылке на официальные нормативные документы указываются вид документа, принявший орган, дата и номер принятия, название. Допускаются ссылки только на действующие нормативные документы.

8. Объем материала — от 5 до 15 страниц. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать материал в соответствии с концепцией журнала.

9. *На последней странице статьи заполните анкету автора.*

#### **Анкета автора журнала**

Фамилия, имя, отчество (полностью); дата рождения (число, месяц, год); место работы, должность; ученая степень, ученое звание; домашний адрес (с индексом), телефон, e-mail; паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан); ИНН и номер страхового пенсионного свидетельства.

**ВАЖНО! Представление в редакцию работ, отправленных на рассмотрение или опубликованных в других изданиях, не допускается и преследуется по закону!**



Творческий Центр СФЕРА

## ПОДПИСНЫЕ ИЗДАНИЯ

*Подписаться на наши журналы можно с любого месяца*

2013

1-е полугодие

Индексы в каталогах

**Комплект:**

«Управление ДОУ» с приложением;  
«Методист ДОУ»,  
«Инструктор по физкультуре»,  
«Медработник ДОУ»;

**Рабочие журналы для:**

- воспитателя группы детей раннего возраста
- воспитателя детского сада
- заведующего детским садом
- инструктора по физической культуре
- музыкального руководителя детского сада
- педагога-психолога
- старшего воспитателя
- учителя-логопеда

Роспечать

**36804**

Подписка только в первом полугодии

Пресса России

**39757**

(без рабочих журналов)

Почта России

**10399**

(без рабочих журналов)

«Управление ДОУ» с приложением  
и один выпуск «Методист ДОУ»

**82687**

«Управление ДОУ»

**80818**

«Медработник ДОУ»

**80553**

«Инструктор по физкультуре»

**48607**

«Воспитатель ДОУ» с библиотекой

**80899**

«Воспитатель ДОУ»

**58035**

«Логопед» с библиотекой

**18036**

и учебно-игровым комплектом

**39756**

«Логопед»

**82686****10395****10396**

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»

**Если вы не успели подписаться** на наши издания, то можно заказать их по почте наложенным платежом по **адресу:** 129626, Москва, а/я 40.

**Тел.:** (495) 656-75-05, 656-72-05, (499) 181-34-52;

по **E-mail:** sfera@cnt.ru; в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru



# В следующем номере!

## У нас в гостях коллеги из Тюменского государственного университета

Грипп и острые респираторные инфекции у детей

Направления здоровьесоздающей деятельности в дошкольном учреждении

Школьная зрелость (готовность к обучению) детей 6 и 7 лет

Интеграция детей с особыми образовательными потребностями в группу детей с нормой развития

### Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера **журнала «Медработник ДОУ»**. Мы вышлем их наложенным платежом. В заявке укажите свой точный адрес, индекс, а также наименование издания и требуемое количество. Заявку отправьте по **адресу**: 129626, Москва, а/я 40, по тел.: (495) 656-75-05 или по **E-mail**: sfera@cnt.ru. Журналы предыдущих лет издания можно приобрести по 15 руб. за экземпляр в нашем Центре образовательной книги.



**МЕДРАБОТНИК ДОУ**  
2012, № 6 (34)

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

**Журнал издается с 2008 г.**

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

**Учредитель и издатель**  
Т.В. Цветкова

**Главный редактор**  
Л.В. Макарова

**Научный редактор**  
Н.Л. Ямщикова

**Литературный редактор**  
Н.А. Зайченко

**Оформление, макет**  
С.Н. Гамзиной

**Дизайнеры обложки**  
В. Чемякин, Е.В. Кустарова

**Корректоры**  
Т.Э. Балоунова, Л.Б. Успенская

**Фото на обложке**  
Е.В. Кустарова

Точка зрения редакции может не совпадать с мнениями авторов. Ответственность за достоверность публикуемых материалов несут авторы. Редакция не возвращает и не рецензирует присланные материалы.

При перепечатке материалов и использовании их в любой форме, в том числе в электронных СМИ, ссылка на журнал **«Медработник ДОУ»** обязательна.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия  
Свидетельство ПИ № ФС 77-28788  
от 13 июля 2007 г.

### Подписные индексы в каталогах:

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

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

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

### Адрес редакции:

129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18,  
корп. 3. Тел./факс: (495) 656-70-33,  
656-73-00.

### Почтовый адрес:

129626, Москва, а/я 40.

**E-mail**: 123@tc-sfera.ru; www:tc-sfera.ru

### Рекламный отдел:

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

Номер подписан в печать 18.09.12. Формат  
60×90<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Усл. печ. л. 8,0. Тираж 5000 экз.  
Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2012

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2012

© Т.В. Цветкова, 2012



4 607091 440263



0 0032