



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№5/2012



**Детское ожирение –
диагностика,
лечение
и профилактика**

**Профилактика
бешенства**

**Корь – актуальная
проблема
в наши дни**

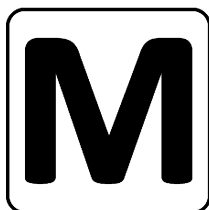
**Профилактика
нарушений
осанки**

**Доступность
образовательных
услуг детям с ОВЗ**



ГОСТЬ НОМЕРА:

**Марина
Викторовна
БАЗАРОВА**



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№ 5/2012



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>М.В. Базарова</i>	6

ГИГИЕНА

Здоровье дошкольника

Макарова А.Ю.

Физическое развитие детей, посещающих предшколы
полного дня, в динамике последующих двух лет обучения ... 12

Оздоровительная работа

Седловская И.М.

Профилактика нарушений осанки в детском саду 17

Ревичева Н.В.

Инновационные оздоровительные технологии
в развитии детей 21

Виноградова Г.Н.

Принципы и содержание оздоровительно-
профилактической работы с детьми 24

ПЕДИАТРИЯ

Неинфекционные заболевания

Шарапов А.Н.

Детское ожирение — диагностика, лечение
и профилактика 28

Инфекционные и паразитарные заболевания

Кудацкая М.А.

Промедление смерти подобно (профилактика бешенства) 41

ПЕДАГОГИКА

Развитие ребенка

Цыганкова О.В.

Вместе весело шагать (включение детей с нарушением зрения в систему дошкольных и школьных образовательных учреждений) 52

Горленко О.А.

Эффективность логоритмики в коррекционной работе с детьми 55

Никитина О.В., Чехомова Ю.В.

Модель коррекционно-образовательной среды для детей с косоглазием и амблиопией 58

Психологическая помощь

Изосимова Е.В.

Особенности формирования произвольного внимания у старших дошкольников с разными типами темперамента 64

Педагогическая копилка

Гуськова А.А.

Развитие двигательной-координационной активности у дошкольников с общим недоразвитием речи 68

Юшкова С.В., Захарова О.А., Федоркова О.А.

В нашем городе родном мы здоровье сбережем 82

АКТУАЛЬНО

Нормативные документы

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.07.2011 г. № 108 «Об утверждении СП 3.1.2952-11 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита» 86

Приказ Минобрнауки РФ от 27.10.2011 г. № 2562 «Об утверждении Типового положения о дошкольном образовательном учреждении» 103

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 20.03.2012 г. № 244н «О нормативах затрат на проведение в 2012 году диспансеризации одного ребенка» 115

Самообразование

Бурыгина Т.Е.

Доступность образовательных услуг детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях малых северных городов 116

Книжная полка 27, 124

А знаете ли вы? 16, 67

Роспотребнадзор сообщает 11

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 — 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 д/с № 1512, Москва	17	МДОУ д/с общеразвивающего вида № 133, г. Томск	21
ГКУЗ Инфекционная клиническая больница № 1 Департамента Москвы	6	НЧДОУ «Детский сад комбинированного вида УЭХК», г. Новоуральск Свердловской обл.	58
Департамент образования администрации г. Ноябрьска, г. Ноябрьск ЯНАО	116	Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва	12
МАДОУ д/с общеразвивающего вида № 56, г. Томск	55	Территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по Московской области в городах Звенигород, Краснознаменск, Одинцовском районе, г. Одинцово Московской обл.	41
МБДОУ д/с № 391 «Елочка», г. Новосибирск	52	ФГНУ «Институт возрастной физиологии» Российской академии образования, Москва	28
МДОУ д/с общеразвивающего вида № 11, г. Томск	64		
МДОУ д/с комбинированного вида № 46, го Самара	68		
МДОУ д/с общеразвивающего вида № 43, г. Томск	82		
МДОУ д/с общеразвивающего вида № 55, г. Томск	24		
Базарова Марина Викторовна	6	Макарова Анна Юрьевна	12
Бурыгина Татьяна Евгеньевна	116	Никитина Ольга Викторовна	58
Виноградова Галина Николаевна	24	Ревичева Нина Владимировна	21
Горленко Ольга Анатольевна	55	Седловская Ирина Михайловна	17
Гуськова Алевтина Александровна	68	Федоркова Ольга Анатольевна ...	82
Захарова Ольга Алексеевна	82	Цыганкова Ольга Викторовна	52
Изосимова Елена Викторовна ...	64	Чехомова Юлия Васильевна	58
Кудацкая Мария Аркадьевна	41	Шарапов Алим Насимович	28
		Юшкова Светлана Викторовна	82

Уважаемые коллеги!

В сентябре отмечается День воспитателя и всех дошкольных работников. От всего коллектива издательства «ТЦ Сфера» разрешите поздравить вас с профессиональным праздником. Без преувеличения можно сказать, что благополучное детство и дальнейшая судьба каждого ребенка во многом зависит от вашей мудрости, терпения, внимания к внутреннему миру малыша. Благодаря вашей работе дети познают секреты окружающего мира, учатся любить и беречь свою Родину. На протяжении многих лет вы дарите детям тепло своих сердец! Ваша доброта и педагогическое мастерство превращают каждый день в детском саду в день радости, счастья, новых открытий для ваших маленьких воспитанников! Пусть их успехи станут наградой за ваш нелегкий труд. Желаем здоровья, счастья, творческого вдохновения, неиссякаемой энергии и оптимизма во всех делах и начинаниях!

Сегодня мы подготовили для вас много актуальных материалов. В статье «гостя номера» Базаровой Марины Викторовны речь пойдет о кори. В последнее время ситуация с этой детской инфекцией существенно ухудшилась. В связи с ростом заболеваемости и возобновлением циркуляции эндемичных для ряда стран Европы вирусов кори, решением 60-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ срок достижения цели элиминации кори и краснухи в Европейском регионе перенесен на 2015 год. В этом номере журнала вы можете познакомиться с текстом СП 3.1.2952-11 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита».

Еще одна проблема, к которой мы хотим сегодня привлечь ваше внимание, — профилактика бешенства. 28 сентября по инициативе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) мировая общественность отмечает Всемирный день борьбы с этим заболеванием. Эта болезнь остается одним из актуальных вопросов как здравоохранения, так и ветеринарии. Его эпидемиологическая значимость определяется абсолютной летальностью, повсеместным распространением, прямой связью с заболеваниями среди животных, уровнем социально-экономического развития государства и оказания антирабической помощи населению. По данным ВОЗ, бешенство является десятой по значимости причиной смерти людей в структуре инфекционных болезней и регистрируется более чем в 150 странах. От этой болезни ежегодно в мире погибают более 55 тыс. человек и свыше 10 млн — получают специфическое антирабическое лечение. По данным Роспотребнадзора, в РФ за период с 2008 по 2011 г. зарегистрировано 57 летальных исходов заболеваний людей гидрофобией (бешенством). И в настоящее время важнейшим направлением профилактики этого заболевания остается санитарное просвещение населения. Свой посильный вклад в решение этого вопроса может и должен делать каждый из нас.

Кроме этого, продолжаем разговор о детском ожирении, оздоровительных технологиях в ДОУ, профилактике нарушений осанки, организации инклюзивного образования и многом другом.

Уважаемые читатели, ждем от вас откликов и новых материалов для публикации. Надеемся на активный диалог с вами.

Главный редактор журнала Л.В. Макарова

Гость номера

Базарова Марина Викторовна

канд. мед. наук, врач-эпидемиолог высшей квалификационной категории, заместитель главного врача
по санитарно-эпидемиологическим вопросам в ГКУЗ
Инфекционной клинической больницы № 1 Департамента Москвы

Корь – актуальная проблема заболеваемости в наши дни

Человечество встретило XXI в. на фоне дальнейшей интенсификации иммунопрофилактики. Борьба с инфекционными болезнями, включенными в Расширенную программу иммунизации Всемирной организации здравоохранения, уже привела к определенным успехам. Профилактическими прививками в настоящее время охвачено более 80% детского населения мира. Это позволяет ежегодно предотвратить более 3 млн смертей. Несмотря на это более 4 млн детей в год продолжают умирать от болезней, которые можно предотвратить, при этом около 1 млн из них умирают от кори (в основном дети раннего возраста и чаще в странах с низким уровнем экономического развития).

Массовая вакцинация детей против кори началась еще в СССР в 1967 г. после разработки собственной коревой вакцины. В результате этого заболевае-

мость резко сократилась. В настоящее время в России по сравнению с довакцинальным периодом уровень заболеваемости корью снизился в 650 раз, достигнув в 2001 г. самого низкого показателя. Благодаря вакцинопрофилактике была практически ликвидирована смертность от кори, основными причинами которой являлись различные острые осложнения в виде тяжелых бактериальных пневмоний, энцефалита, менингоэнцефалита. Научные исследования, проведенные за рубежом и в нашей стране, показывают, что коревая инфекция может быть причиной и ряда хронических поражений организма. Имеются данные о связи коревой инфекции с аутоиммунными заболеваниями: системной красной волчанкой и системной склеродермией, ревматоидным артритом и др.

Корь — острая вирусная инфекционная болезнь, передающая-

яся от человека к человеку. Возбудитель кори относится к семейству парамиксовирусов, неустойчив во внешней среде, плохо переносит высушивание, под воздействием прямых солнечных лучей света в течение 8—10 мин при температуре воздуха 37 °С сохраняется до 2 ч, при 56 °С погибает через 30 мин. Однако вирус кори хорошо переносит низкие температуры.

Источником коревой инфекции считается больной в течение первых 2 суток еще до появления характерных клинических признаков кори (в связи с этим практически невозможно заподозрить корь в так называемый катаральный период) и до конца 4 суток с момента появления сыпи. Механизм передачи инфекции только воздушно-капельный. Восприимчивость организма к вирусу кори очень высокая, контактированность у детей до одного года может составлять почти 100%.

Период инкубации, т.е. время от момента попадания вируса в организм до первых симптомов болезни составляет в среднем 9—17 дней, при введении иммуноглобулина ребенку может удлиняться до 28 дней. Начинается заболевание остро — с подъема температуры до 38—40 °С, озноба, нередко наблюдается сухой кашель, насморк, чихание, появляется осиплость голоса, возможна головная боль как проявление интоксика-

ции организма. Вот почему очень часто в первый день катаральных проявлений врачом ставится диагноз гриппа или острого респираторного заболевания. Кроме того, возможен отек век и покраснение конъюнктивы, гиперемия зева и коревая энантема — красные пятна на твердом и мягком нёбе. На 2-й день болезни на слизистой щек, чаще у коренных зубов при внимательном осмотре, появляются мелкие белесые пятнышки, окруженные узкой красной каймой, — пятна Бельского-Филатова-Коплика, которые являются характерным признаком кори.

Коревая сыпь (экзантема) появляется на 4—5-й день болезни, сначала на лице, шее, за ушами, на следующий день на туловище и на 3-й день высыпания покрывают разгибательные поверхности рук и ног, включая пальцы. Сыпь состоит из мелких папул, окруженных пятном и склонных к слиянию.

Тяжелой формой кори, как правило, болеют дети раннего возраста, страдающие от недостаточности питания, особенно те, кто недополучает витамин А, или те, иммунная система которых ослаблена ВИЧ/СПИДом или другими болезнями. Обратное развитие элементов сыпи начинается с 4-го дня высыпаний: температура нормализуется, сыпь темнеет, буреет, пигментируется, шелушится (в той же последо-

вательности, что и высыпания). Пигментация сохраняется около недели. Иммуитет после кори пожизненный.

Между тем не следует забывать, что в первые 2—3 недели после болезни здоровье ребенка полностью еще не восстанавливается. В это время он хуже сопротивляется другим болезням, легко заражается гриппом, другими острыми респираторными заболеваниями. Чем моложе дети, чем слабее они были до кори, тем длительнее держится эта неустойчивость и тем медленнее возвращается к ним здоровье.

Основное негативное влияние вируса кори заключается в подавлении деятельности иммунной системы организма, в результате чего происходит снижение иммунитета и как следствие развитие тяжелых вторичных, бактериальных осложнений с преимущественной локализацией процессов в органах дыхания: ларингит, круп (стеноз гортани), трахеобронхит, отит, первичная коревая пневмония, вторичная бактериальная пневмония. При коревой инфекции возможны тяжелые осложнения, связанные с работой ЦНС, среди них коревой энцефалит и редкое позднее осложнение — подострый склерозирующий панэнцефалит.

Препараты для специфического лечения кори не разработаны.

Симптоматическое лечение включает отхаркивающие, муколитики, противовоспалительные аэрозоли для облегчения воспалительных процессов дыхательных путей. Для уменьшения лихорадки и боли могут быть использованы ибупрофен или парацетамол в соответствующих дозировках, но не рекомендуется аспирин детям в возрасте до 16 лет. Для промывания глаз во время болезни можно использовать раствор пищевой соды или крепкий чай. При конъюнктивите рекомендуют капли с антибиотиками (левомицетин 0,25%, альбуцид 20%). Ротовую полость можно полоскать настоем ромашки. В тяжелых случаях клинического течения и при развитии пневмонии или других бактериальных осложнений показана госпитализация в инфекционный стационар.

В настоящее время при выявлении и регистрации случаев кори используются критерии ВОЗ: генерализация пятнисто-папулезной сыпи; повышение температуры до 38 °С и выше; наличие одного из следующих симптомов — кашля, обильных выделений из носа или конъюнктивит. Особенно сложен клинический диагноз при атипичной (субклинической) форме кори. В этом случае используются лабораторные методы, позволяющие быстро диагностировать корь и дифференцировать это заболевание от других сходных по клинике инфек-

ций (краснуха, грипп, парагрипп, аденовирусная, респираторно-синтициальная инфекции, скарлатина, инфекционная эритема, медикаментозные и аллергические высыпания, сывороточная болезнь, энтеровирусные инфекции).

Более трудно диагностировать корь у детей раннего возраста, а также у ранее вакцинированных людей со стертой или бессимптомной формой инфекции. В этом случае диагноз ставится с помощью эпидемиологических данных и прежде всего с учетом сведений о контакте с больными, у которых был ранее установлен диагноз кори.

В настоящее время в нашей стране, как и в большинстве стран мира, для диагностики кори в основном используют иммуноферментный анализ (ИФА), позволяющий обнаруживать в крови специфические антитела класса IgM к вирусу кори уже на 4—5-й день с момента появления сыпи.

Кормить ребенка можно привычной для него пищей (молоко, каша, кисель). В разгар болезни у него нет потребности в еде и можно ограничиться тем небольшим количеством пищи, которое он захочет съесть. Аппетит появляется позднее, когда ребенку становится лучше, и вот в это время, чтобы быстрее восстановить потерянные силы, ему показано усиленное питание.

Детям старше года следует к их обычной пище добавлять творог (одну-две столовые ложки в день), сливочное масло, одну-две ложки сметаны, кусочек отварной курицы или отварной телятины, свежее яйцо всмятку, овощные пюре, заправленные молоком и сливочным маслом, сырые овощи и фрукты (их необходимо хорошо промыть и обдать кипятком). Детям до года надо давать пищу, которую они получали до болезни, и добавлять витамины.

С целью создания активного иммунитета уже в течение 46 лет в нашей стране проводится плановая вакцинопрофилактика коревой вакциной в соответствии с календарем прививок, а также детям и взрослым при отсутствии у них противокоревых антител.

В настоящее время эпидемическая ситуация по заболеваемости корью в Москве расценивается как неблагоприятная и продолжает осложняться.

До 2011 г. в течение 5 лет заболеваемость корью в основном исчислялась единичными завозными случаями на территорию Москвы из Индии, стран Европейского региона и др. К концу 2011 г. эпидемическая ситуация ухудшилась, и за год было зарегистрировано 139 больных этой инфекцией против 16-ти случаев в предыдущем году, при этом доля местных случаев кори возросла до 65%. За истекший период 2012 г. в Москве выявлено более 300 случаев кори, 80% из

них составили дети, преимущественно до 2 лет. В настоящее время возникла угроза формирования эндемичного штамма вируса кори, циркуляция которого была прервана в городе 2007 г.

Основная причина осложнения эпидемической ситуации по кори в Москве — наличие незащищенного населения, особенно среди детей и лиц молодого возраста от 18 до 35 лет, против этой инфекции по причине отказа от профилактических прививок.

Вакцинацию против кори проводят детям и взрослым на бесплатной основе в поликлиниках по месту жительства в соответствии с Национальным календарем РФ и на основании приказа Департамента здравоохранения Москвы от 31.03.2011 № 271 «Об утверждении регионального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям». В плановом порядке осуществляется:

- вакцинация детей в возрасте 12 мес. и затем ревакцинация в возрасте 6 лет (обычно перед школой);
- иммунизация против кори детям в возрасте 15—17 лет включительно и взрослым в возрасте до 35 лет, не привитым ранее, не имеющим сведений о прививках против кори и не болевшим корью ранее, проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин двукратно с интерва-

лом не менее 3 мес. между прививками.

Лица, привитые ранее однократно, подлежат проведению однократной иммунизации с интервалом не менее 3 мес. между прививками.

По эпидемическим показаниям в очагах кори также проводится вакцинация в течение 5—7 дней всех неболевших старше 1 года, не привитых и не имеющих сведений о профилактических прививках против кори, а также *однократно привитых* без ограничения возраста. В силу очень высокой контагиозности кори (1 человек заражает 17—20) прервать цепочку передачи инфекции среди населения возможно только благодаря созданию более высокого популяционного иммунитета.

В соответствии с постановлениями Главного государственного санитарного врача РФ от 08.02.2011 № 12 «О дополнительных мероприятиях по реализации “Программы ликвидации кори на территории Российской Федерации”» и от 14.09.2011 № 120 «О дополнительных мероприятиях по ликвидации кори на территории РФ» особое внимание при организации вакцинопрофилактики в субъектах Российской Федерации уделяется иммунизации населения из групп риска (медицинских работников, педагогов, студентов, работников торговли, коммунальных служб и др.), а также кочующего населения и мигрантов.

В очагах инфекции прививкам против кори подлежат все лица, имевшие контакт с заболевшим, без ограничения возраста, не болевшие корью ранее, не привитые и привитые против кори однократно.

В заключение хочется еще раз подчеркнуть, что корь, к сожалению,

остаётся актуальной проблемой заболеваемости в наши дни, поэтому медицинские работники не должны терять бдительности в отношении этой инфекции и проводить активную работу по профилактике, раннему выявлению и лечению больных корью.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

В 2011 г. зарегистрировано 627 случаев кори в 30 субъектах Российской Федерации (в 2010 г. — 127 случаев в 11 субъектах), показатель заболеваемости составил 0,44 случая на 100 тыс. населения, что в 5 раз выше уровня заболеваемости 2010 г. (0,09 на 100 тыс. населения) и в 4,4 раза превышает критерий элиминации кори, определенный ВОЗ.

Показатель заболеваемости корью детей в возрасте до 17 лет составил 1,2 на 100 тыс. возрастной группы.

Наибольшее число случаев кори в 2011 г. выявлено в Москве (140 сл.), в Волгоградской области (97 сл.), Республике Дагестан (79 сл.), Ростовской области (56 сл.), Астраханской области (50 сл.), Ставропольском крае (42 сл.), Северной Осетии (Алании) (31 сл.) и в Чеченской Республике (26 сл.). Наиболее высокие уровни заболеваемости корью отмечались в Астраханской (4,97 на 100 тыс. населения), Волгоградской (3,74 на 100 тыс.) областях, Северной Осетии (Алании) (4,4 на 100 тыс.).

При этом в большинстве субъектов Российской Федерации случаи кори по-прежнему не регистрировались.

В отличие от предыдущих лет, в 2011 г. в возрастной структуре заболевших отмечено увеличение доли детей до 14 лет — до 48% (301 чел.) и уменьшение доли взрослых — до 50,1% (314 чел.). Доля заболевших подростков составила 1,9% (12 чел.).

Среди заболевших детей до 14 лет — 237 чел. (78,7%) не были привиты против кори и 10 чел. (3,4%) — не имели сведений о прививках. Доля детей в возрасте до 1 года, не подлежащих вакцинации по возрасту, составила 35% (84 чел.) от числа не привитых детей. Остальные заболевшие дети: от года до 4 лет (133 чел.) и от 5 до 14 лет (20 чел.) — не были привиты против кори из-за отказа родителей от прививок и медицинских противопоказаний. Инфицирование большинства детей младшего возраста произошло в медицинских стационарах.

В 2012 г. эпидемиологическая ситуация еще более осложнилась: за 4 мес. текущего года зарегистрировано 1714 случаев кори в 50 субъектах Российской Федерации. Показатель заболеваемости по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года увеличился в 22,4 раза и составил 1,2 на 100 тыс. населения. Показатель заболеваемости корью детей в возрасте до 17 лет в среднем по стране составил 3,8 на 100 тыс. возрастной группы (вырос в 61,7 раза).

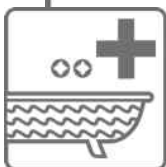
Источник: <http://rospotrebnadzor.ru>

Физическое развитие детей, посещающих предшколы полного дня, в динамике последующих двух лет обучения

Макарова А.Ю.,

канд. мед. наук, доцент кафедры гигиены детей и подростков, Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

ГИГИЕНА



Проблема преемственности между дошкольной и начальной школьной ступенями образования стала более острой, чем несколько лет назад. Это обусловлено значительной разницей в исходном уровне знаний детей на начальном этапе обучения.

В структуру общего образования введена предшкольная ступень, в рамках которой обучение осуществляется с пяти (пяти с половиной) лет. Ускоренная выработка у дошкольников «школьной готовности» отражается на их психическом и физическом здоровье и развитии, что негативно сказывается на возможности гармоничного включения в школьную жизнь. Она оборачивается школьной дезадаптацией, быстрым угасанием интереса к школьной жизни даже на первом году обучения, «молодеющими» школьными неврозами, нежеланием и неумением учиться. Перегруженность детей учебными занятиями с повышенными умственными нагрузками в сочетании с гипокинезией приводит к росту заболеваемости, особенно школьно-обусловленными болезнями, уже в дошкольном возрасте. Наибольшее число детей с отклонениями в физическом развитии, высоким уровнем тревожности, значительными степенями утомления выявляется среди первоклассников, пришедших из предшкол.

Нам было интересно изучить динамику показателей физического развития детей, посещающих предшколы полного дня в течение первых двух лет начального

обучения, а также оценить физическое развитие детей, проходящих обучение в предшколе повторно (второй учебный год), в динамике обучения к первому классу. В исследовании участвовали дети пятого, шестого, седьмого года жизни. Всего было обследовано 262 ребенка с использованием антропометрических методик: соматометрических (длина и масса тела, окружность и экскурсия грудной клетки), физиометрических (жизненная емкость легких, мышечная сила кистей рук), соматоскопических (форма грудной клетки, наличие или отсутствие искривления позвоночника, вид осанки, форма ног, наличие или отсутствие остаточных явлений рахита, толщина жировых складок на груди, животе, под лопаткой и над трехглавой мышцей плеча). Дополнительно изучался процесс вторичной дентитации (смены молочных зубов на постоянные). Оценка физического развития проводилась по комплексной методике, которая включала определение биологического уровня развития (по показателям длины тела, ее погодовой прибавки и числу постоянных зубов) и гармоничности морфофункционального состояния.

Задачи исследования:

- изучить показатели физического развития, состояния здоровья детей, посещающих предшколы с полным днем пребывания;
- проанализировать в динамике обучения к первому, второму

классу показатели их физического развития, состояния здоровья, а также оценить динамику показателей физического развития детей, посещающих дошкольную подготовку повторно.

Анализ полученных данных свидетельствует, что только около половины детей, начавших обучение в предшколе полного дня, имеют соответствующие возрасту темпы биологического созревания (40—49%) на протяжении трех лет обучения. Таких детей достоверно больше при повторном обучении в предшколе (75%), однако их число падает до тех же цифр в динамике обучения. Количество детей с ускоренным развитием колеблется от 27 до 38%. Исключение составляют дети, повторно обучающиеся в предшколе: ускоренными темпами развиваются около 8% (табл. 1).

В динамике обучения почти вдвое возрастает удельный вес детей с отставанием биологического уровня развития от календарного возраста (с 19 до 35%), причем ко второму году обучения каждый четвертый имеет замедленные темпы созревания. Обращает на себя внимание, что при повторном обучении в предшколе меньшее число детей имеет отставание в темпах биологического созревания, такая тенденция сохраняется и в последующем году обучения (17—15%). В подавляющем большинстве случаев замедленный темп биологического

Таблица 1

**Распределение детей, посещающих дошколу
(П) с полным днем пребывания, и детей, вторично
обучающихся в дошколе (П 2), в динамике начального
обучения по вариантам биологического развития, %**

Биологический возраст	Ступени обучения				
	П	1 класс	2 класс	П 2	1 класс
Соответствует календарному	49,3	40	48,6	75	46,2
Опережает календарный	31,8	25	27,1	8,4	38,4
Отстает от календарного	18,9	35	24,3	16,6	15,4

созревания обусловлен задержкой процессов вторичной дентитации — отсутствием постоянных зубов на момент обследования. Указанный признак — ведущий при определении темпов биологического созревания у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста.

У 92% детей, обучающихся вторично в дошколе, выявлено гармоничное морфофункциональное состояние, и только 8% имели дисгармоничное состояние. Среди детей, обучающихся на протяжении двух лет, таких было несколько меньше (78—69%). Также при данном варианте обучения выявлялись дети, имеющие резкую дисгармонию развития (8—12%). Обращает на себя внимание, что при любом варианте обучения к первому классу возрастает в 2 раза число детей, дисгармонично развитых. У обучавшихся в дошколе в течение первого года дисгармония развития в 80% случаев обусловлена повышенными показателями массы тела и окружности грудной клетки и увеличенными жировыми складка-

ми, в 20% — сниженными морфофункциональными показателями. У обучающихся в дошколе повторно к концу первого класса дисгармония развития у половины детей обусловлена повышенными показателями массы тела и окружности грудной клетки и увеличенными жировыми складками, у 50% — сниженными морфофункциональными показателями (табл. 2).

При осмотре детей 5—7 лет, начавших обучение со ступени дошколы полного дня, в динамике учебного года выявлено значительное число нарушений состояния позвоночника (табл. 3).

Обращает на себя внимание, что ко второму году обучения нарушения состояния позвоночника составляют 100% (преимущественно вследствие слабости мышечного корсета). При обучении в дошколе вторично у детей в 15 раз нарастают функциональные отклонения со стороны позвоночника, по-видимому, также вследствие незрелости скелетных мышц.

Таблица 2

**Распределение детей, посещающих дошколу (П)
с полным днем пребывания, и детей, вторично обучающихся
в дошколу (П 2), в динамике начального обучения
по вариантам морфофункционального состояния, %**

Морфофункциональное состояние	Ступени обучения				
	П	1 класс	2 класс	П 2	1 класс
Гармоничное	77,6	68,5	81,1	91,6	84,6
Дисгармоничное	10,1	24,0	18,9	8,4	15,4
Резко дисгармоничное	12,3	7,5	0	0	0

Таблица 3

**Состояние позвоночника у детей, посещающих дошколу (П)
с полным днем пребывания, и детей, вторично обучающихся
в дошколу (П 2), в динамике начального обучения, %**

Состояние позвоночника	Ступени обучения				
	П	1 класс	2 класс	П 2	1 класс
S1 степень	21,5	28,3	94,6	4,2	61,5
S2 степень	14,5	16,8	5,4	54,2	7,7

Таблица 4

**Распределение детей, посещающих дошколу (П)
с полным днем пребывания на протяжении трех лет начального
обучения, и детей, вторично обучающихся в дошколу (П 2),
в динамике учебного года по группам здоровья, %**

Группа здоровья	П	2 класс	П 2	1 класс
I	16,8	16,7	18,7	15,4
II	29,6	44,4	12,5	38,5
III	53,6	38,9	68,8	46,1

На основании данных медицинских профилактических осмотров и материалов по изучению физического развития детей дана комплексная оценка их состояния здоровья с распределением обследуемых по группам здоровья (табл. 4).

При обучении детей в дошкольной ступени наблюдается значительное число с отклонениями в состоянии здоровья — $\frac{2}{3}$ обследованных. В динамике учебного года у обучающихся в дошколу повторно уже к первому

классу в 3 раза нарастает число детей с отклонениями в состоянии здоровья, у перешедших к начальному обучению сразу после дошкольной ступени число функциональных отклонений нарастает ко второму классу примерно в 2 раза. Также среди дошкольников, посещавших дошкольную ступень, сохраняется большое количество детей, имеющих хронические заболевания (54—67%).

В результате выполненных исследований подтверждены научные данные об отрицательном влиянии на показатели физического развития учебной нагрузки на детей в возрасте 5—6 лет, даже после повторного обучения в системе дошкольного обучения.

Результаты изучения физического развития детей, посещавших дошкольную ступень обучения, свидетельствуют о замедлении темпов биологического созревания, нарастании дисгармонии развития в динамике обучения, функциональных отклонениях позвоночника, росте хронических заболеваний и отклонениях в состоянии здоровья. Все это диктует необходимость более осторожного подхода к началу систематического обучения в дошколах детей 5—6-летнего возраста, которое необходимо организовывать с учетом их возрастных анатомо-физиологических возможностей, так как даже повторное обучение в дошколе не способствует укреплению здоровья в дальнейшем.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Москва выбрана местом проведения в 2013 г. очередного Всемирного **Конгресса по перинатальной медицине**. Решение о месте проведения Конгресса было принято на 10-м Всемирном Конгрессе по перинатальной медицине, который проходил с 8 по 11 ноября 2011 г. в Восточной Республике Уругвай. Всемирная ассоциация перинатальной медицины включила Москву в число кандидатов на место проведения очередного Конгресса в 2013 г., что, в первую очередь, обусловлено серьезным прогрессом и значительными достижениями в области перинатальной медицины в России, и по результатам голосования местом проведения была выбрана Москва. Предполагается, что участие в Конгрессе 2013 г. примут около 3000 делегатов из разных стран мира.

Источник: www.minzdravsoc.ru

Профилактика нарушений осанки в детском саду

Седловская И. М.,

инструктор по физической культуре, ГБОУ д/с № 1512, Москва

В последние годы заметно возросло количество физически ослабленных детей. Их мышечная нагрузка уменьшается в силу объективных причин: современные родители большую часть времени уделяют интеллектуальному развитию (компьютерные игры, посещение различных интеллектуальных кружков), поэтому у детей практически не остается времени на подвижные игры во время прогулки. А ведь именно в процессе игры, взаимодействия друг с другом, дети познают окружающий мир и реализуют свои физические потребности, затрагивая все образовательные области.

Одна из важных задач физического воспитания — формирование правильной осанки: голова слегка приподнята, взгляд направлен вперед; плечи симметричны, слегка отведены назад; лопатки максимально приближены к позвоночнику и плотно прилегают к ребрам; позвоночник представляет спокойную волнообразную линию, живот подтянут, ноги прямые, своды стоп нормальные, мышцы хорошо развиты, походка красивая.

Наблюдающаяся у дошкольников неправильная осанка (наклон головы вперед, сутулость, крыловидные лопатки, сдвинутые вперед плечи, выпяченный живот) — чаще всего результат слабости мышц плечевого пояса, спины, живота. При нарушении осанки изменяется костный скелет, ухудшается деятельность органов кровообращения, дыхания, пищеварения.

К нарушению осанки приводят некоторые заболевания, например: рахит, ожирение, инфекции, плоскостопие, врожденная слабость опорно-двигательного аппарата, а также неполноценное питание, недостаточное содержание в пище белка, минеральных солей, витаминов, неравномерное распределение нагрузки (неправильно подобранная мебель, неудобная одежда, обувь, длительное катание на велосипеде, прыжки на одной ноге, неправильная поза при рисовании, конструировании, игре на музыкальных инструментах).

Нарушение осанки приводит к снижению подвижности грудной клетки и диафрагмы, изменяет рессорную функцию позвоноч-

ника, что в свою очередь отражается на дыхательной, сердечно-сосудистой и центральной нервной системах.

Во избежание нарушений осанки медработники обследуют детей. Рекомендуется проводить обследование утром или днем, так как необходимо, чтобы спина ребенка была освещена равномерно, лучше естественным светом. Поскольку в первый момент ребенок чаще всего напрягает мускулатуру спины, что может изменить представление об осанке, необходимо не сразу приступать к осмотру, а задать какие-либо вопросы.

При осмотре рекомендуется обращать внимание:

- на линию боковых контуров шеи, плеч, так как форма и уровень плеч при боковых искривлениях позвоночника несколько изменяются (опускается и несколько уплощается одно из плеч);
- высоту и равномерность стояния углов лопаток (расстояние между углами лопаток);
- линию остистых отростков позвоночника. Чтобы она была яснее выражена, ребенку предлагают нагнуть голову, проводят указательным и средним пальцами вдоль остистых отростков позвоночника, вызывая этим покраснение кожи, благодаря этому появляется линия, и если есть боковые искривления позвоночника, они четко выделяются. После ребенку предлагают встать

боком, в этом положении ясно выделяются наклон головы вперед и состояние мышц живота (он подтянут или выдается вперед).

Для контроля за осанкой применяется такой прием: ребенка ставят спиной к стене, чтобы он касался ее затылком, спиной, ягодицами и пятками. Отойдя от стены, ребенок должен сохранить эту позу.

Во время сна ребенок должен лежать, вытянувшись на спине, на животе, на боку, но не «калачиком». Постель не должна быть слишком мягкой, а подушка высокой.

Воспитатель должен не только следить за правильным положением спины дошкольников, но и научить детей постоянно контролировать осанку.

Правильная поза при посадке:

- мебель должна соответствовать росту и пропорциям тела (СанПиН 2.4.1.2660-10);
- ребенок сидит прямо, занимая стул полностью, расстояние от грудной клетки до стола — четыре пальца ладони;
- ноги стоят на полу под прямым углом;
- локти не должны находиться на вису;
- голова при рисовании слегка наклонена, расстояние от глаз до рабочей поверхности должно соответствовать расстоянию от локтя, поставленного на стол, до кончиков пальцев, касающихся виска.

Воспитателям на заметку:

- во время ходьбы дети должны не опускать голову, идти с разведенными плечами;
- для выработки ощущений правильной осанки можно положить на голову ребенку небольшую тяжесть, например, мешочек с песком (200—300 г), предварительно придав голове правильное положение. Ребенку предложить пройти с мешочком на голове определенное расстояние, не уронив, затем снять его с головы и продолжать идти так, как будто на голове мешочек;
- к обучению детей прыжкам надо подходить очень осторожно, обращая внимание не на овладение той или иной высотой или длиной, а на мягкое приземление. У взрослого человека роль амортизатора выполняют не только ноги, но и естественная «кривизна» позвоночника. У дошкольника «кривизна» выражена меньше, поэтому позвоночник менее устойчив к деформирующим воздействиям извне, вызываемым прыжками;
- при упражнениях в лазанье надо следить за тем, чтобы дети не смотрели вниз, держали туловище прямо («ближе к стенке»), кисти рук ставили не уже, чем на ширину плеч, иначе лазанье может неблагоприятно повлиять на осанку;
- упражнения в ползании, перелезании, пролезании увеличивают подвижность позвоноч-

ника и укрепляют мышцы спины. Однако нужно помнить, что после них следует предложить такие упражнения, в которых дети могут активно выпрямить позвоночник (ходьба с заданием, бег).

Воспитатель при подборе физических упражнений для формирования осанки использует индивидуальный подход к детям и рекомендации медработников.

Обезьянки – зарядка для хвоста

(утренняя гимнастика для профилактики нарушений осанки и деформации позвоночника для детей средней группы)

Цели:

- повышать интерес детей к занятиям утренней гимнастикой;
- оценить у каждого ребенка уровень физической восприимчивости тех или иных мышечных нагрузок и стимулировать двигательную активность без ущерба для здоровья.

Задачи:

- закреплять основные виды движений в быстром темпе;
- укреплять мышечный корсет;
- развивать гибкость, подвижность суставов;
- улучшать кровообращение и способствовать развитию координации и осанки.

Детки по полю шагают,
Выше ноги поднимают.

Дети ходят с высоко поднятыми коленями.

Превратились в обезьянок.
Обезьянки, обезьянки
Поползли все по полянке.

Ползают на высоких четвереньках.

Обезьянка хвост поджала
И за зайцем побежала,
Оказалась впереди.

Легко бегут на носках, со сменой
направления.

Кто не верит — догони!
Разбежались кто куда,
Не найти вас никогда.

Ходят на носках врассыпную.

Эй, скорее все сюда,
Здесь лиана не одна.

Проверка осанки у стены — прижаться затылком, лопатками, ягодицами, икрами и пятками.

Спинкой к стеночке мы встали.
Хвостик, лапки к ней прижали,
Глазки дружно все закрыли,
Помечтали и открыли.

И.п. — отойти от стены, удерживая красивую осанку. Широко открывать и закрывать глаза с интервалом 10 с. Повторить 4 раза.

Потянулись, оглянулись.

И.п. — о.с.

1—2 — соединить фаланги пальцев и постепенно поднять прямые руки над головой (окошко); 3—4 — медленно опустить руки, и.п.

Повторить 5—6 раз. Можно добавить поворот головы.

Встрепенулись.

И.п. — ноги врозь, руки вдоль туловища.

1—2 — руки к плечам, соединить лопатки; 3—4 — повороты вправо-влево; 5—6 — и.п. — отдых.

Повторить 6 раз.

На лесной полянке
Качались обезьянки,
Кто весь век качается,
Тот не огорчается
Никогда!

И.п. — лежа на спине, ноги вместе. Сгибая ноги, прижать колени к груди и обхватить их руками. Покачаться на спине вперед-назад. Когда устанут, пауза.

Повторить 4 раза.

Обезьянки мы такие...
Озорные и смешные.
В зоопарке мы живем
И всех в гости ждем.

И.п. — сидя, ноги вместе, руки на полу. Поднять ноги вверх, руки в стороны. Удерживать позу 5—10 с, а затем отдохнуть. Повторить 5—6 раз.

Приходите, малыши,
Поиграем от души.
Нам бананы приносите,
Обезьянок угостите.
Мы «спасибо» скажем вам.
Приезжайте в гости к нам!

Произвольные движения с красивой осанкой на дисках здоровья.

Восстановление дыхания: медленно опустить руки, встряхнуть кистями рук и спокойно вздохнуть.

Данный комплекс могут использовать как воспитатели, так и родители в домашних условиях.

Укрепляйте осанку детей и вы сохраните им здоровье!

Литература

Латохина Л.И. Творим здоровье души и тела. СПб., 1997.

Лебедева Л.В. Организация физкультурно-оздоровительной работы в дошкольном учреждении. М., 1994.

Лебедева Л.В., Смирнова Н.С. Основные законодательные и нормативные документы по физической культуре, регламентирующие наличие обязательной документации в детском саду. М., 2006.

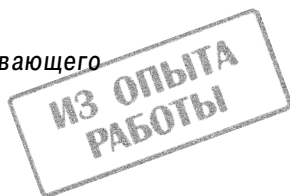
Маханева М.Д. Воспитание здорового ребенка. М., 2004.

Фомина А.И. Физкультурные занятия и спортивные игры в детском саду. М., 1984.

Инновационные оздоровительные технологии в развитии детей

Ревичева Н.В.,

старший воспитатель МДОУ д/с общеразвивающего вида № 133, г. Томск



Двигательная активность — естественная потребность ребенка, поэтому цель детского сада — удовлетворить эту потребность. Чтобы физическая культура стала оздоровительно-развивающей, мы включили здоровьесберегающие технологии в разные виды деятельности для формирования у детей конкретного отношения к своему телу, здоровью, жизни и осмысленной моторики.

С педагогами были организованы семинары, консультации, разработаны методические рекомендации, которые предлагают комплексы оздоровительно-развивающих упражнений здоровьесберегающих технологий:

- стретчинг;
- психогимнастика;

- артикуляционная и дыхательная гимнастика;
- гимнастика «Брейн Джим»;
- гимнастика для горла;
- пальчиковая гимнастика;
- закаливание;
- упражнения с элементами «самопознания»;
- логоритмика;
- мимическая гимнастика;
- релаксация.

Для этого мы сформулировали задачи для повышения уровней:

- мелкой и крупной моторики;
- двигательной памяти;
- воображения;
- телесного и психического здоровья.

Упражнения стретчинга «Стрела», «Перекаты», «Дотянись пяткой

до головы» и т.д. способствуют регуляции тонуса мышц, совершенствуют гибкость и развитие подвижности суставов, что в свою очередь улучшает телосложение, повышает объем мышечной массы, благотворно влияет на осанку и т.д.

Очень удачно в структуру утренней гимнастики и гимнастики после сна вписывается гимнастика для горла. Ее упражнения можно использовать в сочетании с упражнениями для мышц шеи, мимическими, психогимнастикой.

Эффективное средство коррекции поведения и настроения ребенка, его отношения к движениям — *логоритмическое сопровождение* физических упражнений: фольклор, любимые стихотворения, загадки, популярные песенки и т.д. «Выглянуло солнышко, светит на лугу, я на встречу солнышку по траве бегу...» — дети бегают, испытывают радость и чувство свободы, что оказывает оздоровительное действие на тело и психику ребенка. Во время выполнения упражнений с элементами логоритмики у детей развивается речь, все виды памяти, воображение, творчество.

Во время организации физкультурминуток на занятиях познавательного цикла полезными будут, помимо пальчиковой гимнастики, *упражнения «Брейн Джим»* (гимнастика для мозга). Упражнения просты, интересны для детей и полезны для психического развития.

Обязательны во время организации всех видов двигательной активности *дыхательные упражнения*. Их можно использовать в комплексе общеразвивающих упражнений или как упражнения расслабляющего, успокаивающего характера. В любом случае дыхательные упражнения оказывают оздоровительно-развивающее воздействие.

Вызывают интерес *упражнения «самопознания»* на познание своего телесного «я». Движения сопровождаются краткими, точными, понятными для детей объяснениями, направляющими мысли, внутреннее внимание на какую-либо часть тела. Это необходимо для осознанного и качественно выполнения движений.

Полезен и интересен для детей самомассаж. Его упражнения подобраны так, что даже некоторые ошибки во время их выполнения не причинят вреда ребенку («лепим большие уши, как у слона», «рисую на столе»). Их хорошо использовать во время физкультурминуток, на утренней гимнастике и физкультурных занятиях.

Подвижная игра, игра-эстафета, игра-забава занимают большое место в двигательной активности детей дошкольного возраста. Именно в игре ребенок находит способ самовыражения, самопроверки, самоусовершенствования и самореабилитации. В подвижных играх много юмора, имитационных движений, что вызывает у детей эмоциональный подъем. Использование во время орга-

низации подвижных игр технологий моделирования способствует развитию у детей логического мышления, воображения, творчества, познавательной активности и внутреннего внимания.

Все эти оздоровительно-развивающие технологии используются не только на физкультурных занятиях, в бассейне, но и на протяжении всех режимных моментов. В утренние часы проводятся *арт-куляционная гимнастика*, различные виды утренних гимнастик — сюжетные, образно-игровые, с элементами стретчинга, включая дыхательные упражнения, самомассаж, релаксацию. На занятиях мы используем элементы психогимнастики, пальчиковые игры, упражнения для глаз, элементы логоритмики. Во второй половине дня проводятся корригирующая гимнастика после сна и закаливающие процедуры: ходьба по ребристой доске, массажному коврику, камушкам; умывание водой комнатной температуры.

Подвижные игры используются на протяжении всего дня, в том числе и на прогулках.

Но даже все это не даст должного результата, если родители детей останутся в стороне.

Становление и обогащение культуры родителей может осуществляться в процессе взаимодействия семьи и детского сада с помощью следующих современных форм деятельности.

1. Индивидуальное консультирование родителей врачом и пси-

хологом, педагогами дошкольного образования.

2. Семинары-практикумы по обретению родителями профессиональных умений и навыков в русле определенных проблем здоровья детей.

3. Выпуск буклетов с текстовой информацией по актуальным вопросам оздоровления ребенка, в которых предлагаются диагностические материалы и рекомендации.

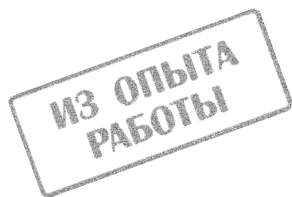
4. Семейный клуб здоровья, конкурсы и соревнования для детей и их родителей, семейные спартакиады и праздники здоровья.

Все эти мероприятия позволяют с пользой проводить свободное время, которое мать и отец посвящают ребенку, пробуждают у родителей интерес к его здоровью, служат источником радости, положительных эмоций, обогащают семейную жизнь.

В нашем детском саду ежегодно проводится «Неделя здоровья», в которую входят такие мероприятия, как спортивные праздники для детей и их родителей. Взрослые заранее готовят конкурсы, задания, дети разучивают песни, стихи о спорте и дружбе. Зрителей и болельщиков тоже приглашаем на праздник: их ждут интересные конкурсы и призы. Любой праздник — всегда радостное событие, его ждут, к нему долго готовятся, он надолго запоминается, тем более если в нем участвуют самые близкие люди — папа и мама.

Принципы и содержание оздоровительно-профилактической работы с детьми

Виноградова Г.Н.,
старший воспитатель МДОУ д/с
общеразвивающего вида № 55, г.Томск



В настоящее время намечается тенденция ухудшения показателей здоровья у детей дошкольного возраста, что диктует необходимость поиска новых здоровьесберегающих технологий, уделяющих особое внимание сохранению и укреплению психического здоровья.

Концепция содержания непрерывного образования детей дошкольного возраста 2000 г., отмечая чрезмерное увлечение педагогами обучающими программами, раскрывает интегрированный подход к формированию здоровья и физического развития через развитие эмоциональной сферы ребенка.

Учитывая, что тело человека формируется в первые семь лет, крайне важно реализовывать именно в этом возрасте потребность в движении и эмоциональном благополучии. Иначе стадии детства, а именно игры и движений, торопливо проскакивают. Днем 50% времени дошкольника должна составлять двигательная активность, в том числе 30% — специально организованные виды подвижной дея-

тельности: музыкальные и физкультурные занятия, игры, праздники, спортивные досуги и т.д.

В концепции критикуется научный подход к обучению дошкольников основным видам движений по алгоритму *показ — действие* и выдвигаются новые принципы и требования к организации двигательной активности детей в течение дня.

Во-первых, зная о том, что здоровье складывается из единства четырех составляющих: телесного, психического, эмоционального здоровья, а также социального благополучия ребенка, крайне важен **принцип интегрированного подхода** к физическому развитию, подразумевающий думать в том числе о психике и душе. Автор современной программы «Старт» В.Т. Кудрявцев рекомендует исключить все абстрактные упражнения, убрать счет и заменить их на имитационные движения, когда активно подключается воображение, т.е. работает психика. Например, в нашем дошкольном учреждении педагоги часто на утренней гимнастике, физкультурных и музыкаль-

ных занятиях используют логоритмические упражнения, где слово сочетается с движением, что помогает активно развивать темп, ритм, память. Очень эффективен для развития памяти и мышления на занятиях физкультурой или в играх метод моделирования, когда вид движения или название игры обозначаются схемами.

В подготовительной к школе группе полезно использовать такой прием, направленный на формирование внимания, как ломка логики движения, когда педагог говорит одно, а показывает другое движение, например, игра «Ухо — нос». В конце занятий с хорошей физической нагрузкой педагоги часто используют упражнения на релаксацию. Но здесь важен принцип «не навреди». Необходимо учитывать, что голос несет терапевтическое воздействие, поэтому тексты должны быть составлены специалистами и соответствовать возрасту детей. Еще одно очень важное условие — у ребенка должно быть всегда легко и комфортно на душе. Прием ввода детей в образ через чувства предполагает снятие некоторых психологических проблем. Существует несколько методов создания эмоционально-положительного состояния:

- построение детей в круг особенно хорошо с утра, так как объединяет их в один коллектив. Мотивация передать друг другу все доброе, хорошее настраивает

детей на положительные эмоции по отношению друг к другу. В этом же плане хороши и хороводные игры, а также адаптивные психогимнастические игры и упражнения («Ладушки парами», «Встреча друзей») с установкой «прожить дружно целый день и не ссориться»;

- атмосфера успеха во многом достигается поведением взрослого по отношению к ребенку, а именно: не указывать на недостатки ребенка, а предвосхищать результат; не ставить других в пример, так как это формирует у одних амбициозность, у других ущербность; проявлять оптимистическое сочувствие («делай, как умеешь; я здесь, чтобы помочь тебе»). Ребенок должен чувствовать, что ему помогут, не обидят.

Следующий принцип, который педагоги реализуют на практике — **двигательная деятельность должна быть осмысленной**. Это достигается заменой абстрактных движений на образные. На физкультурных занятиях используем упражнения с элементами самопознания:

- когда дети учатся «слышать» тело с помощью тактильных ощущений (потереть ладони — ощутить тепло, напрячь мышцу руки — ощутить напряжение мышцы на ощупь);
- когда дети учатся «слышать» свое тело с помощью внутреннего внимания (нарисовать носом цифру 1, макушкой — круг).

Принцип — **моторика должна быть оздоравливающей** — предполагает:

- использование дыхательной гимнастики, особенно после активной двигательной деятельности. Она может быть очищающая (с выбросом дыхания), развивающая мышцы носоглотки («ежик»), развивающая мышцы живота («каша кипит»);
- активное использование самомассажа, особенно на утренней гимнастике и после сна («головомойка», «отшлепать по ногам комаров», «слепить большие уши»);
- гимнастику для горла (цоканье, «облизаться, как лев», «зевота»);
- для глаз («кто справа, слева», «оса перед носом»);
- для мозга — «Брейн Джим» — особенно полезна в составе физкультминуток на занятиях познавательного цикла («кошечки из пальцев», «крыло из пальцев», «рисование восьмерки одной рукой и двумя», «последовательное отведение пальцев по одному или парами друг от друга»).

Все эти виды гимнастики проводятся ежедневно, входя как обязательные элементы гимнастики после сна, динамической паузы, физкультурного занятия и т.д.

Кроме всего сказанного, необходимо добиваться того, чтобы физкультура для детей стала желанной, для чего педагоги ста-

раются создавать на каждом занятии атмосферу успеха, когда все интересно. А интересно ребенку тогда, когда у него все получается, поэтому большое внимание уделяется индивидуальной работе, использованию большого числа игровых приемов, игровой мотивации, имитационным упражнениям.

Немаловажное значение уделяем постоянному *повышению квалификации педагогов*, которые должны владеть методиками и технологиями, знать пальчиковые игры, физкультминутки, считалки, игры, упражнения. Набор практического материала систематизируется и накапливается в картотеках. В ДОУ создана достаточная предметно-развивающая среда, стимулирующая самостоятельные занятия физической культурой, спортивными, подвижными играми. Активно используется в том числе и нестандартное оборудование, изготовленное инструктором по физкультуре и воспитателями как в спортивном зале, так и в групповых спортивных уголках.

Таким образом, задача создания и развития в ДОУ двигательнo-эмоционально-коммуникативной среды успешно решается с помощью реализации на практике здоровьесберегающих технологий и комплекса мероприятий в работе с детьми в течение дня, направленных на формирование и сохранение психического и физического здоровья детей.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги по оздоровительной работе в ДОУ



СПОРТИВНЫЕ ИГРЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Автор — Громова О.Е.

В книгу включены разнообразные игры с детьми: подвижные групповые и командные игры, соревнования-поединки, спокойные игры и игры народов нашей страны.

Разработаны методические рекомендации к проведению игр, критерии выбора и организационные требования.

БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ Методическое пособие

Автор — Шорыгина Т.А.

В пособии представлены беседы, посвященные здоровому образу жизни — утренней зарядке, закаливанию, подвижным играм на свежем воздухе в любое время года, солнечным и воздушным ваннам. Новые сказки, стихи и загадки автора делают материал пособия увлекательным и доступным для детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста. Вопросы и задания призваны активизировать память и внимание, развить логическое мышление и речь ребенка. Материалы пособия могут использоваться при коллективной и индивидуальной форме обучения. Пособие адресовано учителям, родителям, гувернерам и воспитателям.



ПРОГРАММА УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В КОРРЕКЦИОННЫХ ГРУППАХ

Авторы — Игнатова О.И. и др.

В пособии представлена программа для работы с детьми в ДОУ компенсирующего вида и коррекционных группах. Дано теоретическое обоснование, раскрыты основные разделы, пути реализации поставленных задач. Особое внимание уделяется организации режима дня, питания, прохождению адаптационного периода, содержанию и тематике «занятий здоровья». В приложение включены тематическое планирование, варианты занятий, игр, упражнений, семинаров конкретной направленности в русле программы укрепления здоровья детей с ЗПР. Адресовано воспитателям, методистам, психологам ДОУ, родителям, а также студентам педагогических вузов и колледжей.



Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

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

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

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

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

«Дошкольное воспитание», «Логопедия», «Педагогика и психология», «Начальная и средняя школа», «Подписные издания».



Детское ожирение – диагностика, лечение и профилактика

Шарапов А.Н.,

д-р мед. наук, ФГНУ «Институт возрастной
физиологии» Российской академии образования,
Москва

ПЕДИАТРИЯ



Не все дети с лишним весом страдают ожирением. Некоторые просто обладают такой структурой тела, которая чуть больше средней. И такие дети обычно набирают различное количество килограммов на определенных этапах своего развития. Следовательно, невозможно точно утверждать, просто посмотрев на ребенка, обладает ли он просто лишним весом или этот вес опасен для его здоровья. Понятно, что диагноз «ожирение» не может быть поставлен только школьным врачом на профилактическом осмотре. Педиатр, эндокринолог и невропатолог (психоневролог) — специалисты, активно участвующие в постановке данного диагноза. Каждый из них по своим профессиональным критериям оценит и сравнит множество диагностических признаков, и лишь потом прозвучит серьезный и обоснованный диагноз либо будут даны конкретные рекомендации, как его избежать.

Критерием оценки избыточной массы тела и ожирения может служить индекс массы тела (ИМТ). Делим массу тела (кг) на рост тела (м), возводим в квадрат и определяем, куда этот показатель падает на диаграмме роста ИМТ. Индекс ИМТ указывает на то, имеет ли ваш ребенок лишний вес для его возраста и роста. Для детей ИМТ в интервале от 17,5 до 22 соответствует норме, до 25 — избыточной массе тела и свыше 25 — ожирению. Кроме того, наличие избыточной массы тела и ожирения у детей оценивают по так называемым центильным (процентным) таблицам, отображающим соотношение массы тела к росту. Вычислив ИМТ ребенка, определяют, куда этот показатель падает на диаграмме роста. Пределы на этих диаграммах роста установлены центром контроля заболеваний, они могут идентифицировать полных детей: если ИМТ находится в пределах

между 85 и 95 процентилями, это означает, что ребенок находится в группе риска, если ИМТ находится за пределами 95 процентиля, это значит, что ребенок страдает от лишнего веса. Таблицы учитывают возраст и пол ребенка. Например, исходя из этих таблиц, пятилетний мальчик ростом 110 см должен весить от 17,5 кг до 21,4 кг, а девочка этого же возраста и роста — от 17,0 кг до 20,7 кг. Эти таблицы в основном используются во врачебной практике. Поскольку ИМТ не принимает во внимание такой показатель, как мышечная масса или большая костная структура и что рост детей быстро меняется, следует также учитывать и эти факторы. В дополнение к индексу ИМТ и положению на диаграммах роста необходимо оценить: историю ожирения семьи и проблемы, связанные со здоровьем, например, наличие больных диабетом; пищевые предпочтения ребенка и примерное количество потребляемых им калорий; уровень активной деятельности ребенка и другие условия и обстоятельства, способные влиять на его здоровье.

Для более точного определения степени ожирения необходимо также учитывать следующие показатели физического развития ребенка и его антропометрические данные:

- рост;
- окружность грудной клетки;
- бедер;
- талии;

— размер слоя подкожно-жировой клетчатки.

Для определения слоя подкожно-жировой клетчатки применяют специальный прибор — калипер, которым измеряют толщину кожной складки в области трицепса и в подключичной области ребенка. Используют также различные формулы, основанные на принципе взаимоотношения роста и массы — формулы Брока, Брейтмана. Кроме того, ребенку, страдающему ожирением, необходим активный режим движения — ходьба, прогулки, утренняя зарядка, домашний физический труд.

Не стоит уделять много внимания украшению блюд, чтобы не вызвать у ребенка повышенного аппетита. Также ребенка нужно учить есть медленно, небольшими порциями, мелкими кусочками, тщательно пережевывая пищу. Желательно, чтобы ребенок находился под диспансерным наблюдением педиатра и диетолога, а дети, страдающие вторичной формой ожирения, — под наблюдением врачей-эндокринологов.

Ожирение, как и другие хронические заболевания, относится к таким патологическим состояниям, предупредить развитие которых значительно легче, чем вылечить. Лечение должно быть комплексным.

Показания для снижения веса могут быть эстетическими и медицинскими. Последние определяются только врачом. Если проблема только эстетическая,

нужно помнить о том, что нет идеальных людей и не существует «идеальной массы тела». Нет смысла стремиться к комплекции, навязываемой рекламой, порой это плохо отражается на состоянии здоровья и психики. Если избавление от лишнего веса необходимо, ребенок и его родители должны быть готовы к изменению образа жизни. Когда ребенок еще мал, достаточно взаимопонимания и сотрудничества с родителями. Нередко для достижения успеха родителям нужно самим изменить образ жизни и пищевое поведение. Принцип «делай, как я говорю, а не так, как я делаю» не работает. Одна из лучших стратегий справиться с лишним весом — диета и рациональное питание, а также упражнения для всей семьи. Это поможет защитить здоровье ваших детей в настоящее время и в будущем.

Изменения обстановки в семье и укладе жизни должны исключить пищевые соблазны, возможность потреблять лишние калории и вести малоподвижный образ жизни. Для этого следует удалить из дома нежелательную, излишне калорийную пищу. Необходимо стимулировать физическую активность. Следует ограничить посещение кафе, ресторанов и заведений быстрого питания. Необходимо пресекать любой «саботаж» со стороны любящих бабушек, которым, как правило, кажется, что малыш недоедает. Если в гости к ребенку

пришли со сладостями, можно разрешить съесть, например, одну конфету, остальными поделиться с родителями, друзьями и т.д.

Детей надо поощрять таким образом, чтобы они не смущались своего желания уменьшить избыточную массу тела. Их надо хвалить за ответственный подход, за то, что они желают сделать что-то положительное для себя и своего здоровья. Вместе с ребенком стоит придумать творческий подход к решению проблемы сладких праздников, дней рождений. Например, можно угостить детей фруктами, ягодным или фруктовым желе, тогда мучных высококалорийных сладостей ребенок съест меньше. Если ребенок не слишком мал, он может попросить своих друзей помочь ему в снижении веса (есть меньше сладостей и т.д.). Возможно, кто-то из его друзей тоже решит последовать его примеру. Родители должны быть последовательны и упорны. Им придется научиться устанавливать ограничения и говорить «нет». Взрослые должны постоянно тем или иным способом напоминать ребенку о желаемом поведении (например, купить шведскую стенку или начать вместе с ребенком бегать, плавать в бассейне, отказаться вместе с ним от сладостей).

Медицинские показания для лечения ожирения предусматривают:

- диетическую коррекцию;
- контроль за двигательным режимом ребенка;

— медикаментозную терапию (по показаниям).

Диетотерапия остается одной из важнейших составляющих в комплексном лечении ожирения у детей. Она должна проводиться только под наблюдением педиатра или диетолога. Для снижения веса с 3—4 лет возможно применение лечебной, низкокалорийной диеты. До 3 лет делать этого не стоит, так как низкокалорийная диета подразумевает снижение энергетической ценности пищи. Калорийность рациона снижают за счет углеводов и животных жиров. Количество белка в диете соответствует физиологической норме. Источниками белка служат нежирные сорта мяса, рыба, яйца, молоко и молочные продукты сниженной жирности. Резко ограничиваются или полностью исключаются сливки, сметана, жирный творог, сырковая масса, жирные сорта сыра, сливочное масло. Общее количество углеводов в суточном рационе ребенка снижается пропорционально степени избыточной массы. Для этого исключаются легкоусваиваемые углеводы (сахар, варенье, кондитерские изделия и т.д.), а также макаронные изделия, манная крупа, пшеничный хлеб, картофель. Заменяют их на несладкие фрукты и овощи. Из напитков исключаются подслащенные газированные. Однако напитки со сниженной калорийностью содержат синтетические подсластители и тоже не рекомендуются детям до 7 лет. Не

следует использовать кисели, консервированные компоты, фруктовые пюре и соки промышленного и домашнего приготовления — они отличаются большим содержанием сахара. Предпочтение отдают натуральным свежесжатым кисло-сладким сокам или сокам промышленного производства без добавления сахара (яблочный, сливовый, вишневый и др.). Можно использовать отвары, компоты из свежих или сухих фруктов без сахара, а также негазированные минеральные воды со слабой степенью минерализации. Уменьшается количество соли. Из диеты исключаются острые, соленые и кислые блюда, крепкие мясные бульоны (они усиливают выработку пищеварительных соков и повышают аппетит) и жареные блюда, так как они калорийнее тушеных или отварных. Пища готовится на пару, тушится или отваривается.

Физическая активность полных детей всегда ниже, чем детей с нормальным весом. Если ожирение уже сформировалось и ребенок приспособился к сниженной физической активности, гиподинамия может содействовать сохранению и увеличению степени ожирения. Поэтому важный компонент терапии — организация рационального двигательного режима тучного ребенка. Мышечные тренировки уменьшают атрофию мышц, способствуют избирательному рассасыванию жира в жировых депо и сниже-

нию массы тела. Занятия физическими упражнениями особенно полезны детям, у родителей которых причиной развития ожирения была гипокинезия (вынужденное уменьшение объема произвольных движений вследствие характера трудовой деятельности, невысокой или недостаточной двигательной активности).

Для детей младшего возраста достаточно пеших прогулок и подвижных игр. Детям постарше (с 4—5 лет) рекомендуются различные виды спорта, соответствующие их возможностям. Подбор физической нагрузки родители должны выбрать вместе с ребенком, учитывая его желания. Конечно, выбор спортивных секций дело хлопотное. Самое простое — это плавание в бассейне, а летом — катание на велосипеде. Вопрос об участии детей, имеющих избыточную массу тела, в спортивных соревнованиях решается врачами-педиатрами и специалистами узкого профиля строго индивидуально.

При тяжелых формах ожирения лечение следует проводить поэтапно. Сначала назначают диету и только после стабилизации и снижения массы тела следует переходить к режиму физических упражнений, увеличивая объем физических нагрузок постепенно. Планомерному снижению веса в начале лечения способствуют продолжительные пешие прогулки. Затем их целесообразно дополнить заняти-

ями на беговой дорожке, велотренажере, плаванием. После значительного снижения веса можно вводить комплексные упражнения.

Чрезмерно тучным детям противопоказано участие в спортивных соревнованиях. При назначении физических упражнений детям, страдающим ожирением, необходимо учитывать их сниженную работоспособность, ограниченные возможности сердечно-сосудистой и дыхательной систем. В связи с этим тучные дети в дошкольном учреждении должны заниматься физкультурой не по общей, а по специальной программе, предусматривающей меньшую нагрузку, адекватную их возможностям.

Основной принцип терапии при выраженных формах ожирения — снижение суточной энергетической ценности пищевого рациона. Перевод на лечебные диеты осуществляют постепенно. В начале лечения назначают физиологическую диету на 8—10 дней, сбалансированную по содержанию основных пищевых компонентов соответственно возрасту ребенка. Соотношение белков, жиров и углеводов должно быть 1:1:4. Такой рацион для детей с ожирением считается разгрузочным. Лечебное голодание, так же как и быстрые темпы снижения веса, в данной ситуации не применяются: слишком большая психологическая травма для малышей и необоснованный риск причинить вред их здоровью.

Специфичность методики лечения ожирения в раннем детском возрасте состоит в использовании:

- лечебной физкультуры (гимнастические программы с соблюдением индивидуального подхода);
- коррекции питания в зависимости от степени ожирения (с обязательным поддержанием количества белка, необходимого для роста и развития ребенка);
- элементов физиотерапии (водные процедуры, закаливание).

Методы лечения ожирения, разрабатываемые иммунологами, диетологами и иными специалистами, по возможности учитывают все факторы возникновения и течения данной болезни. Ткани, печень и скелетная мускулатура плохо усваивают глюкозу, которая накапливается в крови, и в большом количестве синтезируют из нее сначала жирные кислоты, а впоследствии жиры. Этот факт очень осложняет лечение ожирения, особенно у детей, инициируя чрезмерную секрецию инсулина с одновременным ростом в крови глюкозы и жиров, которые начинают интенсивно откладываться преимущественно в области груди и живота, формируя абдоминальный тип ожирения — наиболее опасный в смысле метаболических последствий.

При составлении лечебной диеты для тучных детей необходимо учитывать их потребность в основных пищевых веществах,

которая зависит от возраста и степени ожирения. Дети в отличие от взрослых нуждаются в дополнительных питательных веществах и калориях, чтобы расти и развиваться. Но даже при этом вес — это баланс между потребленными и сожженными калориями.

Для детей в возрасте до 7 лет, у которых нет никаких других проблем со здоровьем, целью лечения должно стать поддержание веса, а не его потеря. Эта стратегия позволяет ребенку добавлять сантиметры, а не килограммы, заставляя ИМТ снижаться в течение долгого времени в более здоровый диапазон. Однако для полного ребенка поддерживать тот же самый вес, чтобы расти и не поправляться, может быть не менее трудным, как похудение в пожилом возрасте. Потеря веса обычно рекомендуется для детей старше 7 лет или более младшим детям, но только в том случае, если у них есть проблемы со здоровьем. Потеря веса должна быть медленной и устойчивой — от 400 г в неделю до 500 г в месяц, в зависимости от конкретной ситуации.

Лечение редуцированной диеты у тучных детей необходимо начинать постепенно. Для детей с высокой степенью ожирения (III—IV) или при быстром прогрессировании заболевания следующим этапом диетического лечения может быть гипо- или малокалорийная диета (1200—1400 ккал за сутки), т.е. калорий-

ность уменьшена на 20—30% в сравнении с возрастной физиологической нормой за счет значительного ограничения поступления легкоусваиваемых углеводов. При этом необходимо увеличить поступление белков. Белковые продукты (животные белки), длительно задерживаясь в желудке, создают ощущение сытости и позволяют больному легко переносить ограничения, при этом дети нормально развиваются и не подвержены дистрофическим расстройствам.

Хороший эффект в достижении снижения массы тела оказывают «разгрузочные» дни в питании тучного ребенка, которые могут иметь характер мясо-молочно-творожных или молочно-творожно-яблочных диет с низкой калорийностью — до 1000 ккал в сутки. Более значительное уменьшение калорийности и тем более «голодные» дни не рекомендуются при лечении детей, так как подобная тактика нефизиологична, способствует перевозбуждению центра аппетита, активность которого повышена при ожирении. Потребление жира детьми с избыточной массой должно быть уменьшено. Однако учитывая ограничение поступления жира и возможность развития в связи с этим гиповитаминоза А, детям с ожирением, находящимся на гипокалорийной диете, необходимо дополнительное его количество. Объем жидкости и соли не должен превышать нормы в суточном рацио-

не. Установлено, что ограничение жидкости для больного ребенка необязательно и даже имеет отрицательное влияние, так как при ожирении у детей обнаружена относительная клеточная дегидратация.

Физиологическое распределение калорийности пищи в течение дня должно быть малыми порциями в более частых приемах пищи (5—6 раз), а прекращается питание за 3 часа до сна.

Критериями адекватности назначенной гипокалорийной диеты должны служить:

- равномерное, не очень быстрое снижение массы тела при сохраняющихся ростовых прибавках и правильном развитии ребенка;
- хорошее самочувствие и трудоспособность;
- отсутствие кетоза.

Лечение диетой необходимо сочетать с дозированной физической нагрузкой, массажем и использованием водных процедур, контролируя состояние сердечно-сосудистой системы и обменных процессов. Применение лечебной физкультуры и приемов массажа необходимы при лечении заболевания, так как в основе лежат тонкие изменения окислительно-восстановительных процессов тканей под влиянием мышечной работы. Направленное изменение обмена веществ происходит в тканях и органах, регулярно связанных с соответствующими группами мышц. Нагрузка в виде дозированных упражнений обес-

печивает совершенствование нейроэндокринной регуляции, функциональную интеграцию желез внутренней секреции, обеспечивающую установление саморегуляции и более высокий уровень приспособления организма ребенка к меняющимся условиям окружающей и внутренней среды. Кроме того, вспомните, что два часа на свежем воздухе каждый день — первый и чуть ли не самый простой шаг в борьбе с избыточным весом!

Физические нагрузки играют решающую роль в лечении ожирения, поскольку эффективно увеличивают энергозатраты и активизируют обмен веществ. Индивидуальный, расширенный комплекс упражнений составляет обычно инструктор ЛФК по рекомендациям врача (кинезотерапевта), а ежедневный контроль осуществляют родители.

На наш взгляд, весьма эффективно использование специального комплекса упражнений, который следует освоить и затем регулярно выполнять каждому малышу, имеющему склонность запасать лишние килограммы впрок. Исходные положения — лежа или сидя на полу. Чередуются между собой упражнения типа «потягивания» с упражнениями для мышц рук, плечевого пояса, ног, пресса. Затем добавляются более сложные задания — на включение в работу многих мышечных групп. Все упражнения должны выполняться в среднем темпе, повторяться не более

6—8 раз. Особое внимание уделяется выдоху: делаем его в момент максимального напряжения.

Упражнения

1. И.п.: сидя на полу, ноги вытянуты вперед, руки перед собой в «замке». Шагаем в положении сидя, т.е. на попе, вперед-назад и вправо-влево, на 4 счета в каждом направлении.

2. И.п.: сидя на полу, ноги вытянуты вперед, руки с опорой на пол сзади. Опираемся на руки и на выдохе прогибаемся вверх, отрывая бедра от пола. Вдох при возврате в и.п.

3. И.п.: лежа на спине, руки вдоль туловища. Традиционный и всем знакомый «велосипед»: совершаем движения ногами, имитируя езду на велосипеде. Дыхание произвольное.

4. И.п.: сидя на полу. Руками касаемся пальчиков ног, затем ложимся на спину, руки за головой. На выдохе возвращаемся в и.п.

5. И.п.: лежа на спине, руки вдоль туловища. Поднимаем и опускаем прямые ноги. После 3—4 повторений усложняем: опускаем ноги медленнее, сопровождая движение выдохом. И чем ближе к полу ноги, тем дольше стараемся удержать их на весу.

6. И.п.: стоя на коленях, руками упираемся в пол. Переносим вес тела на руки и на выдохе выпрямляем ноги, стараясь посмотреть на свои колени. Затем возвращаемся в и.п.

7. И.п.: стоя на четвереньках, животом вверх. Медленно шага-

ем в таком положении вперед-назад.

8. И.п.: лежа на животе, руки вытянуты вперед. Одновременно поднимаем выпрямленные руки и ноги вверх, на выдохе. Старемся чуть-чуть задержаться в этом положении (1—2 с). Усложненный вариант («лодочка»): немного покачаться на животе вперед-назад. Вернуться в и.п.

9. И.п.: стоя на четвереньках, животом вниз. Поднимаем на выдохе правую ногу и левую руку параллельно полу. Возвращаемся в и.п. Затем наоборот. (Детям с несовершенной координацией потребуются больше времени на освоение этого движения.)

10. И.п.: стоя на коленях, выпрямленные руки перед собой в «замке». Садимся на пол поочередно вправо-влево, без помощи рук.

11. И.п.: лежа на спине, руки вдоль туловища. На выдохе поднимаем выпрямленные ноги, заводим их за голову, стараясь коснуться пола пальчиками. Медленно возвращаемся в и.п. (Внимание: данное упражнение нельзя выполнять в самом начале комплекса, так как требуется предварительный «разогрев» мышц.)

12. И.п. лежа на спине. На живот кладем легкий предмет (например любимого плюшевого мишку). На вдохе выпячиваем живот, поднимая предмет, а на выдохе втягиваем живот, одновременно опуская предмет.

Не стоит бояться переутомления или перегрузки при выполнении данного комплекса — ваш малыш должен успешно справляться с периодическими, разумными физическими нагрузками. А если ребенок все-таки объективно устает, вначале увеличьте интервалы между упражнениями.

Расширить данный комплекс с учетом индивидуальных особенностей ребенка, усложнить его при динамичном наблюдении за достигнутыми результатами — это уже задачи врача и инструктора, выполнимые лишь после осмотра. Кстати, любая из обожаемых детьми «дворовых» игр («салки», «вышибалы», «классики», «прыгалки») способствует успешному «сжиганию жиров». Игры также помогут вашему малышу развить координацию, ловкость и психологически расслабиться.

В тех случаях, когда немедикаментозная терапия в течение 12 недель не приводит к снижению массы тела на 5—10% от исходной или не достигается потеря массы тела по крайней мере на 0,5 кг в неделю на протяжении 6 мес., назначается *медикаментозная терапия*. При эффективном похудении или удержании достигнутой массы тела терапия лекарственными препаратами продолжается до тех пор, пока она эффективна, хорошо переносится и безопасна.

Несмотря на то что медикаментозная терапия при ожирении у детей показана только при тяже-

лых формах, присоединении сопутствующей патологии и осложнениях, по данным экспертов, не более чем 4—5% детей могут достичь существенного снижения массы тела без фармакологической поддержки. Поэтому в последние годы были проведены и продолжают проводиться исследования эффективности и безопасности применения фармакопрепаратов в этой возрастной группе.

По механизму действия препараты для лечения ожирения можно разделить на три группы:

- 1) снижающие потребление пищи (аноректики);
- 2) увеличивающие расход энергии (термогенные симпатомиметики);
- 3) уменьшающие всасывание питательных веществ.

Существует два препарата, доступных для подростков: сибутрамин (*Meridia*) и орлистат (*Xenical*). Сибутрамин — селективный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина в синапсах ЦНС, усиливающий и пролонгирующий чувство насыщения, одобрен врачами для применения подростками старше 16 лет, он ускоряет чувство насыщения от приема пищи с помощью воздействия на ответственные за этот процесс структуры головного мозга. Препарат существенно помогает подросткам формировать здоровый стереотип пищевого поведения и способен сохранять его длительное время. Орлистат (Орсотен, Ксеникал) — ингибитор панкре-

реатической и кишечной липазы, стабилизирующий массу тела, улучшающий показатели липидного и углеводного обмена, тоже одобрен для подростков старше 12 лет. Он предотвращает поглощение жира в кишечнике. При диагностированной гипергликемии на фоне инсулинорезистентности и ожирении лучший препарат — метформин (Сиофор/Глюкофаж) — бигуанид, повышающий чувствительность тканей к инсулину, способствующий стабилизации и снижению массы тела и оказывающий гипотензивный эффект. Он разрешен для лечения детей с 12 лет.

В настоящее время имеется значительный перечень препаратов для лечения ожирения. Однако **в детской практике не приветствуется использование большинства из них, включая биологически активные добавки (БАДы)**, весьма широко используемые в лечении взрослых, так как риски, связанные с длительным их применением, все еще неизвестны, а их эффект на потерю веса и поддержание его у подростков сомнителен. Поэтому медикаментозная терапия у детей и подростков с ожирением должна применяться очень осторожно, строго по показаниям, быть призвана облегчать существующие проблемы при условии соблюдения рекомендаций по правильному питанию, а также способствовать более интенсивному и быстрому снижению массы тела. Использование медикаментозных средств

может помочь (без каких-либо гарантий) удержать без изменений достигнутую массу тела и одновременно предотвратить повторный набор веса.

Вторичное ожирение лечится на фоне лечения основного заболевания врачами-эндокринологами, психоневрологами, специалистами в других отраслях медицины при участии диетологов. Но ваша поддержка и внимание, выражение любви к ребенку с ожирением не менее значимы и в этом случае. При этом диетотерапия и физические нагрузки сохраняют свое значение. Диетическое лечение такое же, как и при первичном ожирении. Анорексигенные средства применяют с осторожностью в тех же дозах, что и при первичном ожирении (избыточный вес). К оперативному лечению вторичных форм ожирения прибегают редко. Как правило, лучевое или оперативное лечение болезни Иценко—Кушинга, удаление опухоли коры надпочечника оказывают положительное действие и на уменьшение степени ожирения. Заместительная терапия гипотиреоза препаратами тиреоидных гормонов эффективна и в плане лечения ожирения. Значительно сложнее добиться успеха в лечении церебрального ожирения. Обычно удаление опухоли мозга, лучевая и противовоспалительная терапия наряду с комплексом лечебных мероприятий, применяемых при первичном

ожирении, приводят к снижению массы тела и ее стабилизации.

Одно из важнейших условий эффективности лечения любой формы ожирения — *психотерапия*. В начале лечения подробно беседуют с больным о необходимости строгого соблюдения всех назначений врача, выясняют характер питания больного, пищевые привычки. Необходимо вселить в больного веру в эффективность терапии, убедить его в необходимости постоянного лечения. Мягкие увещания, настойчивые поиски погрешностей в диете, выдача отпечатанных схем диеты имеют малый успех и, как правило, в таких случаях эффективность лечения бывает невысокой. Тактика врача должна быть гибкой, оптимистической и в то же время наступательной.

Профилактику ожирения у детей нужно начинать уже в период внутриутробного развития ребенка, всегда помня о том, что развитию ожирения у детей способствует избыточное питание матери во время беременности. Особенно тщательно нужно контролировать массу тела у детей, находящихся на искусственном вскармливании, так как часто у родителей возникает соблазн увеличить долю сухого вещества при приготовлении смеси для ребенка и сделать ее «гуще и сытнее».

Режим питания должен быть 5-разовым, а тучным детям рекомендуется более дробный прием пищи — до 6—7 раз в сутки.

Осуществлять профилактические мероприятия нужно как в дошкольном учреждении, так и в домашних условиях, следуя советам врачей и сестринского персонала. Необходимо проводить среди родителей санитарно-просветительскую работу по пропаганде рационального питания и правильного физического воспитания. Строгое соблюдение режима — основное требование рационального питания детей дошкольного возраста. При этом в организме ребенка формируются определенные биоритмы процессов пищеварения, улучшается выработка пищеварительных соков, пища переваривается и усваивается легче. Отступать от постоянного времени приема пищи рекомендуется не более чем на 15—20 мин. Распределение продуктов в течение суток также очень важно для правильного питания. Продукты калорийные, богатые животными жирами и белками (мясо, рыба, яйца), следует включать в рацион в первую половину дня. На ужин рекомендуются продукты, кото-

рые легко усваиваются, — молочно-растительные. Завтрак обязательно должен присутствовать в питании малышей: он заряжает энергией на день, и хорошо позавтракавший малыш менее склонен к перееданию за обедом и ужином.

В детский рацион должны входить все группы продуктов, особенно необходимы фрукты и овощи как свежие, так и в отварном виде. Они — источники пищевых волокон. Нужно избегать перегрузки рациона углеводами и жирами. Мы уже говорили, что легкоусваиваемые углеводы и животные жиры исключаются из лечебной диеты. Но ради профилактики отказываться от них полностью не следует. Физиологические нормы их потребления приведены ниже.

Детям со склонностью к ожирению не рекомендуются манная крупа, макаронные изделия, белый хлеб. При своей высокой калорийности эти продукты имеют низкую пищевую ценность. Любимые детьми глазированные сырки также весьма калорийны, и их

Нормы жиров и углеводов в суточном рационе ребенка

Возраст, лет	Продукт, г				
	Сливочное масло	Сыр	Растительное масло	Сахар	Сладости
1—3	12—17	3 г (с возраста 1,5 лет)	4—6	30—40	5—7
3—6	25	8—12	10	40—50	10—15

количество в сутки не должно выходить за рамки разумного: 1—2 шт. в день для детей после 3 лет. Сыр, который появляется в рационе малыша с 1,5 лет, также богат жирами, и его количество должно быть ограничено. Особенно богаты жирами плавленые и мягкие сыры, их вообще не рекомендуется включать в рацион детей, склонных к ожирению. Малышам до 3 лет и тучным детям старшего возраста не рекомендуется употреблять жирные сорта мяса, а мясо утки, гуся, любые сосиски, колбасы полностью исключаются. Также следует ограничить потребление инжира, фиников, изюма, винограда (сока), орехов, хурмы и бананов. В развитии ожирения большая роль принадлежит все более приобретающему популярность питанию в предприятиях быстрого питания — оно не соответствует детской физиологии и до 5—6 лет недопустимо.

Продукты для малышей нужно отваривать, запекать и тушить; жарить — не ранее 3 лет. Нужно всегда руководствоваться аппетитом ребенка и не заставлять его есть через силу. Повторимся, никогда не используйте еду в качестве поощрения или наказания, скорее нужно стимулировать не его аппетит, а физическую активность ребенка. Следите за динамикой веса ребенка в критические периоды накопления жировой ткани и обязательно позаботьтесь о его

диспансерном наблюдении, если он относится к группе риска.

Учитывая, что подавляющее большинство детей и подростков имеют экзогенно-конституциональную форму ожирения, думается, что к его раннему выявлению, профилактике и лечению необходимо привлекать не только медиков — эндокринологов, педиатров, психоневрологов, психотерапевтов, врачей-диетологов, но и родителей, генетиков, психологов, а также педагогов и физиологов, специализирующихся в областях физической культуры и спорта. Вместе с тем именно представители здравоохранения несут особую ответственность за поддержку кампаний, направленных на принятие решений, поддерживающих выбор здорового питания. Несмотря на разработку новых и совершенствование существующих методов борьбы с «эпидемией» детского ожирения, пока их явно недостаточно. Если мы хотим повлиять на борьбу за устранение этой серьезной общественной проблемы, мы обязаны исправлять провоцирующую ожирение среду с помощью широкомасштабных общественных инициатив, а также серьезного и всеобъемлющего политического вмешательства на государственном уровне. Мы солидарны с теми, кто считает, что общество должно нести ответственность за здоровье детей, и все заинтересованные стороны должны вносить свой вклад в создание максимально безопасной окружающей среды для них.

Промедление смерти подобно Профилактика бешенства

Кудацкая М.А.,

ведущий специалист-эксперт, Территориальный отдел Управления
Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав
потребителей и благополучия человека по Московской обл.
в гг. Звенигород, Краснознаменск, Одинцовском р-не

В календаре ВОЗ 28 сентября провозглашено Всемирным днем борьбы против бешенства (*World Rabies Day*). Основная и наиболее важная задача этой даты — привлечь внимание к последствиям этой болезни у людей и животных и к тому, как предотвратить и остановить бешенство.

Среди инфекционных болезней бешенство (другое название гидрофобия, водобоязнь) по сей день занимает особое место и остается серьезной проблемой в связи с абсолютной летальностью и необходимостью проведения курса лечебно-профилактических прививок по жизненным показаниям.

В настоящее время в Российской Федерации складывается неблагоприятная ситуация по бешенству среди животных, отмечается тенденция к росту количества неблагоприятных по бешенству населенных пунктов.

Литература всегда представляла нам древнегреческих богов всемогущими: Арес мог наслать войну, Афродита наделяла красотой, по воле Приапа земля приносила неслыханные урожаи. А сын Аполлона, Аристакс, «заведовал» толь-

ко одной болезнью — бешенством. Отсюда следует вполне логичное заключение — эта болезнь всегда выделялась среди других.

В некоторых древних текстах, сохранившихся до наших дней, под одним и тем же названием может скрываться несколько современных заболеваний, порой не имеющих между собой практически ничего общего, в других, наоборот: то, что наши предки считали разными болезнями, в настоящее время принято понимать различными формами одной и той же. Но бешенство в этом смысле — исключение. Оно известно в истории большинства древних народов, и у каждого из народов существовало отдельное слово для названия этой болезни. В медицине XXI в. под «бешенством» (*rabies*) понимают абсолютно то же состояние, которое было описано почти 2 тыс. лет назад древнегреческим врачом Цельсом.

История бешенства неразрывно связана с собаками или обитателями леса. Скрытый период заболевания у собак обычно равен 3—6 неделям, но может быть и

более длительным, достигая у отдельных взрослых особей года. Проявляться оно может в различных формах.

Буйная форма. Животное становится вялым, сторонится людей, неохотно выполняет команды, плохо ест. Иногда заболевшая собака, наоборот, становится навязчивой, излишне ласковой, постоянно трется головой о хозяина. Затем появляются повышенная реактивность на любой незначительный раздражитель, зрачки значительно расширены, животное смотрит в одну точку. Собака отказывается от привычного корма и начинает употреблять несъедобные предметы. Затем появляется один из важнейших признаков болезни — собака не может проглотить воду из-за спазмов глоточной мускулатуры, обильно выделяется пенная или густая слюна. Лай становится хриплым, тихим и отрывистым. Такое состояние длится от 2 до 5 дней. Возбуждение сопровождается агрессивностью и даже яростью — собака бросается на людей и животных. Малейшее внешнее раздражение (шум, яркий свет, окрик) вызывает новый приступ буйства и агрессии. Нижняя челюсть отвисает, так как развивается паралич мышц. Язык вываливается, обильно течет слюна. Наблюдается косоглазие и помутнение роговицы. Заканчивается болезнь параличом и гибелью.

Паралитическая или легкая форма длится от 2 до 4 дней. Больная собака может быть очень ласковой, она обычно не отходит от хозяина, однако в слюне уже содержится вирус бешенства, что создает угрозу для жизни человека. В начале заболевания не исключаются укусы. Собака постепенно становится беспокойной, затем нарастает угнетенное состояние, постепенно развивается паралич и отвисание нижней челюсти, появляются обильное слюнотечение и затрудненное глотание. Может создаться впечатление, что собака подавилась костью. Попытка избавить животное от этих мучений может закончиться плачевно.

Атипичная форма бешенства протекает с характерными признаками гастрита и энтерита (рвота, кровавый понос, истощение). При развитии этой формы заболевания вовремя распознать стадию возбуждения практически не представляется возможным.

С покусанным человеком довольно долго может ничего незаметного и не происходить. Раны от укусов постепенно затягиваются, исчезают боли. Но в какой-то момент (обычно через месяц-полтора, а иногда и через три после нападения) он начинает чувствовать легкое недомогание: небольшое повышение температуры, умеренные боли в голове и мышцах, сухость во рту.

В местах укусов появляются зуд, жжение, покраснение, усиливается чувствительность. Человек выглядит подавленным, становится замкнутым, теряет аппетит, мучается от ночных кошмаров или теряет сон.

В таком состоянии человек пребывает от 1 до 3 дней, затем на смену подавленности приходит болезненное возбуждение, сопровождающееся водобоязнью. Этим симптомом, как самым типичным, одно время даже называли всю болезнь. Попытка попить (а на более поздней стадии один вид и звук воды) сопровождается приступами ужаса и сильнейшим спазмом глотки и гортани. Больной не в состоянии проглотить собственную слюну, постоянно сплевывает или просто роняет ее. Все это сопровождается приступами неукротимой ярости. Человек, которому трудно сделать вдох, проявляет необычайную силу: ломает все, что попадает под руки, бешено кричит, бросается на окружающих.

Через 2—3 дня наступает мнимое улучшение: исчезает страх, прекращаются приступы агрессии, возвращается способность пить. Но затем неожиданно температура повышается до отметки в 40—42 °С, больной теряет сознание, в разных частях тела развиваются судороги, постепенно переходящие в паралич. Когда он охватывает дыхательные мышцы, больной умирает.

Укус даже заведомо бешеного животного — не 100%-ный прогноз развития болезни. Однако с момента появления первых симптомов больной обречен и спасти его невозможно. Это было аксиомой во времена Цельса, ровным счетом ничего не изменилось и сейчас, по прошествии двух веков. Документарно во всей истории медицины известно только три случая излечения от уже начавшейся болезни, которые были подтверждены лабораторными исследованиями.

Пострадавшие от укусов животных люди должны знать, что возбудитель бешенства может находиться в слюне больного животного за 10 дней до появления первых признаков заболевания. Важно и то, что источником заражения, кроме собак, достоверно могут служить кошки, барсуки, куницы, летучие мыши, кролики, различные виды грызунов, а также копытные (лошади, свиньи, овцы, козы, крупный рогатый скот). Имеются предположения, что в той или иной степени к бешенству чувствительны все млекопитающие и, возможно, птицы.

Передача возбудителя бешенства непосредственно от человека к человеку встречается крайне редко, но возможна. Известно всего несколько таких случаев, причем механизмом передачи были не укусы. Чаще всего инфекция передавалась при непо-

средственным контакте слизистых (поцелуе). Описаны случаи трансплацентарной передачи — заражения плода больной матерью. Имеют место и случаи заражения бешенством через донорские органы. Так, в 2005 г. в Германии от бешенства скончались сразу три человека в разных городах. Расследование показало, что всем пострадавшим были пересажены органы от донора, инфицированного бешенством. При изъятии органы прошли стандартную проверку на ряд опасных вирусов (ВИЧ, вирус гепатита и т.д.), но, к сожалению, проверки их на вирус бешенства сделано не было. Аналогичный случай заражения через донорские органы был зафиксирован в 2004 г. в США.

Вирус бешенства, по сути, не отличается от других, не имеет никаких особенных признаков, наделяющих его качествами неуязвимости или смертоносности. Для уничтожения вирусных частиц не требуется даже выработки специфических антител, с этим справляются системы врожденного иммунитета. Коварство заключается в том, что часть вирусов успевает проникнуть в нервные окончания, которые пронизывают практически все ткани человеческого тела.

Организм любого человека постоянно сталкивается с вирусами, пытающимися проникнуть внутрь клеток. Наш иммунитет на этот случай имеет четкий по-

рядок действий: «специальная» разновидность иммунных клеток — Т-лимфоциты — заставляют зараженную клетку вывести наружу вирусные антигены и, убедившись в своих подозрениях, уничтожают ее вместе с «оккупантами». Такая тактика защиты применяется в любой клетке любой ткани, кроме нервной. Она обладает абсолютной неприкосновенностью: иммунные клетки не имеют полномочий «приказывать» нейронам, и даже доступ внутрь нервной ткани им запрещен. Эволюция привела к тому, что вирусы бешенства «научились» умело этим пользоваться: они не выходят в кровь, а остаются внутри периферических нервов и медленно распространяются по их стволам. Это объясняет необычайно долгий латентный период болезни: ведь внутри нервов нет направленного течения жидкости, и вирусные частицы движутся только силами диффузии. Промежуток времени между заражением и первыми симптомами болезни определяется рядом причин, но самое главное — расстоянием между местом укуса и головным мозгом. В связи с этим самыми опасными считаются укусы в лицо и шею — в этом случае время миграции вируса оказывается минимальным.

Прогрессирование болезни начинается, когда вирус достигает стволовых отделов головного

мозга. Начинается его бурное размножение внутри нейронов. Что именно происходит при этом с самими нейронами, до сих пор точно неизвестно, но поражение нейронов головного мозга вызывает все характерные для бешенства симптомы: от боязни яркого света и резких звуков в начале болезни до смертельного паралича в конце. Вирус размножается и в клетках слюнных желез. Именно присутствие вируса в слюне обеспечивает его передачу другому животному.

Говоря о вирусе бешенства, нельзя не упомянуть об одном величайшем открытии. В 1880-е гг. Луи Пастер, в ту пору уже очень известный ученый, вплотную занялся проблемой бешенства. Выделить возбудителя он не смог, но после ряда манипуляций ему все же удалось создать из мозга больных кроликов серию препаратов, последовательное введение которых собакам делало их невосприимчивыми к бешенству. В этих опытах Пастер использовал различные формы контроля, в частности некоторым подопытным псам вакцина вводилась после укуса. К удивлению ученого, у большинства таких собак бешенство не развивалось. Он попробовал заразить своих подопытных другими способами и убедился в эффективности вакцины: она защищала от бешенства, даже когда возбудитель

уже находился в организме. Правда, чем больше времени проходило между укусом и прививкой, тем меньше были шансы на успех.

С точки зрения классических представлений об иммунитете это выглядит чуть ли не нарушением принципа причинности. Но в ту пору о клеточных и молекулярных механизмах иммунитета еще не было известно практически ничего, да и Пастер был прежде всего практик. К середине 1885 г. он считал, что данные, полученные в опытах на собаках, позволяют перейти к испытаниям вакцины на людях. В качестве первого подопытного Пастер решил использовать себя, намеренно заразившись бешенством. Но судьба распорядилась иначе: утром 6 июля в его лаборатории появилась женщина с девятилетним мальчиком, руки которого были покрыты страшными ранами: следами укусов, нанесенных маленькому Йозефу (Жозефу) Майстеру два дня назад внезапно остервеневшей соседской собакой.

В тот же день сотрудники Пастера сделали Жозефу первую инъекцию вакцины. Всего за 10 дней мальчик получил 12 уколов. Через три с лишним месяца он покинул лабораторию Пастера без каких-либо признаков болезни. Еще одним пациентом ученого был 14-летний пастушок Жан Батист Жюпиль, на которого тоже

напала бешеная собака. Подросток был жестоко покусан, но в конце концов ухитрился замотать пасть собаки кнутом, а затем убил бестию деревянным башмаком. Хотя с момента нападения прошло уже шесть дней, Пастер вновь применил свою вакцину, и второй его пациент тоже избежал смерти.

С точки зрения современных медицинских стандартов два случая еще ничего не значили: ведь и раньше было известно, что укусы бешеных животных могут и не приводить к заражению, так что первым пациентам Пастера могло просто повезти. Тем не менее ученый решился обнародовать результаты своих работ. После чего производство и применение вакцины от бешенства пришлось поставить на поток: в парижскую лабораторию начали стекаться жертвы укусов бешеных животных со всей Франции, а затем и из других стран. В начале 1886 г. Пастер сделал доклад: из 350 человек, прошедших вакцинацию, умер только один (маленькая Луиза Пеллетье, которую доставили в лабораторию лишь на 37-й день после заражения — слишком поздно, особенно если учесть, что она была укушена в голову). Объяснить эту статистику можно было только одним: вакцина Пастера действительно предотвращает развитие бешенства даже после инфицирования.

В 1886 г. 1 марта Пастер получил телеграмму из г. Белого Смоленской губернии: «Двадцать человек укушены бешеным волком. Можно ли их прислать к Вам?» Трагедия маленького уездного городка не была исключением для России, где эта болезнь ежегодно уносила сотни жизней. В старинных лечебниках находим разные методы борьбы с этим недугом — от заговоров до выжигания ран каленым железом. По этой проблеме есть работа выдающегося русского медика XVIII в. Д. Самойловича «Нынешний способ лечения с наставлением, как можно простому народу лечиться от угрызания бешеной собаки и от уязвления змеи» (1780). В XIX в. в газетах и медицинских журналах появляются совершенно фантастические рекомендации. Так, в «Правительственном вестнике» публиковалась статья «О лечении водобоязни русской баней». Но эффективного средства против бешенства в России, как и в других странах, еще не было.

Трагедия 20 смолян в общем потоке смертей скорее всего прошла бы незамеченной, не будь этой телеграммы. Л. Пастер ответил незамедлительно: «Присылайте укушенных немедленно в Париж». Только на третий день после несчастья в г. Белом состоялось заседание городской думы, выделившей 16 тыс. руб., осталь-

ные 300 руб. собрали по подписке. И еще двое суток пострадавшие ждали, когда их отправят в Париж в сопровождении врача...

С нетерпением Л. Пастер ждал прибытия смолян. Истекал контрольный срок для введения вакцины. К тому же люди искусаны бешеным волком, а не собакой. Подействует ли вакцина? Семнадцать человек остались в живых. Но смерть троих, ставшая результатом столбнячка с их отправкой, вызвала поток нападок на ученого. Началась клеветническая кампания. Ученый продолжал отстаивать свой метод. Из России прибыла еще одна группа из семи человек, укушенных бешеным волком, на этот раз из Орловской губернии. Пастер уже знал, что схема прививок таким больным должна быть иной. Ни один из прибывших орловцев не умер.

В своем сообщении в Парижской академии наук Л. Пастер подвел блестящий итог за 1886 г.: более 2500 чел. избежали смерти от бешенства благодаря антирабическим прививкам. Пастеровские прививки были признаны во всем мире. Франция чествовала своего великого ученого. В 1888 г. на средства, собранные по подписке, открывается Институт Пастера (ставший спустя десятилетия Международным центром микробиологических исследований). Люди многих стран собрали 2,5 млн франков, выразив тем самым

чувство глубокого уважения к ученому. Французские газеты отмечали: «Русское правительство пожертвовало на Институт Пастера 100 000 франков, т.е. по курсу 40 000 золотых рублей». Сообщалось также о награждении Пастера орденом Анны I степени с бриллиантами.

С историей Института Пастера неразрывно связана и судьба великого русского ученого И. Мечникова. Он занял место директора этого института после смерти Пастера.

Но вернемся в 1888 г. Зная, что его метод должен стать достоянием медиков всего мира, Пастер согласился на создание пастеровских станций в других странах, и прежде всего в России — в знак благодарности за доверие, оказанное ему во времена гонений и клеветы. Вторая причина — здесь жили многие его единомышленники и достойные преемники.

Самая первая за пределами Парижа станция прививок против бешенства была создана в Одессе. И. Мечников, уже тогда ученый с мировым именем, организовал ее и работал, отказавшись от жалованья. 11 июня 1886 г. врачи одесской станции начали делать прививки. На первую добровольно согласился 28-летний заместитель директора станции Я. Бардах.

Но для России одной станции явно не хватало. И уже через

месяц в Москве открылась вторая. В ее организации и работе участвовали видные российские ученые — А. Гвоздев, С. Пучков, Н. Унковский и др. Велика заслуга в создании этой станции и председателя Московского хирургического общества профессора Н. Склифосовского. Вскоре такие станции появились в Петербурге, Смоленске, Самаре, Иркутске.

Французская медицинская академия сообщала в 1887 г., что из 18 пастеровских станций, организованных в разных странах Европы и Америки, 6 — российские.

Как это может быть? Почему иммунитет, формируемый вакциной, не создается самим вирусом? Вспомним, что вирус бешенства остается в крови после укуса очень недолго — считанные часы или даже всего несколько десятков минут. Этого слишком мало, чтобы запустить реакцию формирования специфического иммунного ответа. В дальнейшем же вирус оказывается защищен от контакта с иммунной системой неприкосновенностью нервной ткани. Но если в это время в кровь регулярно вводится вакцина (инактивированный вирус), иммунная реакция запускается: «эксперты» из числа Т-лимфоцитов определяют вирусные антигены и отдают соответствующие распоряжения В-лимфоцитам. Те начинают массовую выработку

специфических антител к вирусу, непрерывно подхлестываемую новыми дозами вакцины. В отличие от клеток антитела (свободно плавающие белковые молекулы) не связаны запретом на вход в нервную ткань. Если их концентрация в крови достаточно высока, они просачиваются в спинномозговую жидкость. И когда вирус, завершая свое неспешное путешествие по нервным стволам, прибывает в мозг, его там уже встречают готовые к бою антитела. Правда, с вирусом внутри клетки они сделать ничего не могут, но обезвреживают любую вирусную частицу, вышедшую в межклеточное пространство. Это исключает заражение новых нейронов и развитие заболевания. Через некоторое время немногочисленные зараженные клетки гибнут, а вместе с ними разрушаются и погубившие их вирусы.

Действия при укусе. После нападения собаки, кошки или дикого животного следует прежде всего промыть раны мыльной водой (лучше использовать для этого не туалетное, а хозяйственное мыло) и обработать спиртом (водкой) или раствором йода. Глубокие раны лучше промывать струей воды из резиновой груши или шприца без иголки. После этого необходимо как можно скорее обратиться в травматологический пункт для получения антирабической помощи. В соответствии с требованиями сани-

тарно-эпидемиологических правил СП 3.1.7.2627-10 «Профилактика бешенства среди людей» (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 6 мая 2010 г. № 54) при обращении человека за медицинской помощью по поводу нападения и укуса животного или ослонения поврежденных кожных покровов или наружных слизистых оболочек медицинские работники обязаны определить объем и оказать медицинскую помощь, назначить и начать курс лечебно-профилактических прививок, проинформировать пострадавшего о необходимости прохождения профилактических прививок и возможных последствиях при нарушении курса прививок.

Современная схема вакцинации от бешенства представляет собой курс из 5—6 внутримышечных инъекций. Первая делается в день обращения, который в идеале должен совпадать с днем укуса, последующие — на 3-й, 7-й, 14-й, 28-й и 90-й дни. Вакцинация проводится амбулаторно и не требует пребывания в стационаре.

Важно! Специфическое антирабическое лечение людей, пострадавших от укусов подозрительных на бешенство животных, начинают до получения результатов лабораторных исследований животных.

В России существует два вида антирабических (против бешен-

ства) вакцин: КАВ и КоКАВ. КАВ — это культуральная антирабическая вакцина, также называется Рабивак. КоКАВ — концентрированная культуральная антирабическая вакцина. КоКАВ соответственно меньше по объему, требует меньшего числа доз и обладает большей эффективностью.

Побочные эффекты при применении данных вакцин:

- аллергические реакции (встречаются довольно редко);
- общие реакции (головная боль, повышение температуры, тошнота — наблюдаются в 1—4% случаев);
- местные реакции (отек, покраснение, уплотнение в месте инъекции — встречаются у 15—20% вакцинированных).

Вакцина абсолютно безопасна для беременных женщин и плода. Любые побочные реакции не считаются противопоказанием для последующего вакцинирования. Опасность заболевания перевешивает все недомогания, наблюдаемые после введения вакцины.

Во время вакцинации необходимо соблюдать некоторые ограничения: исключить посещение бассейнов, тренажерных залов, сауны, прием алкоголя. Это связано с тем, что чрезмерные физические нагрузки, переохлаждение, перегревание может снизить выработку иммунитета в ответ на вакцину. Алкоголь нельзя прини-

мать в течение всего курса и 6 мес. после его окончания. Обращение за прививкой абсолютно необходимо в том случае, если укусы были нанесены животным с нетипичным или изменившимся поведением (собака, ранее не проявлявшая агрессивности, вдруг стала бросаться на людей; лиса забежала в населенный пункт и напала на человека и т.п.). Однако и тому, кого укусила просто незнакомая или даже хорошо знакомая собака, лучше не рисковать. Как ни мала вероятность заражения, если выяснится, что оно все-таки произошло, сделать что-либо будет уже невозможно. Впрочем, если укусившее животное находится под наблюдением и в течение 10 дней после укуса не проявило признаков заболевания, от дальнейших инъекций можно отказаться.

Медицинские работники, выявившие лиц, подозрительных на инфицирование вирусом бешенства, обязаны собрать эпидемиологический анамнез и незамедлительно сообщить о них в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический и ветеринарный надзор. Полноту, достоверность и своевременность учета лиц, подвергшихся риску инфицирования, а также информирование органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, обеспечивают

руководители лечебно-профилактических организаций. При сборе эпидемиологического анамнеза медицинские работники устанавливают также (с указанием места и времени) все сведения о животном, напавшем на человека.

Несмотря на огромный прорыв, которым явилась вакцина против бешенства, и сегодня, спустя век с четвертью после триумфа Л. Пастера, люди продолжают умирать от бешенства, хотя и значительно в меньшем количестве. Все летальные случаи — результат собственной беспечности или фатальной ошибки: не обращения или слишком позднего обращения за медицинской помощью, неназначения лечения, нарушений методики инъекций, самовольного прерывания лечения и т.д. В связи с этим санитарно-просветительной работе среди различных групп населения отводится главнейшая роль в профилактике этого грозного заболевания. Важный аспект в действующем законодательстве — профилактическая иммунизация против бешенства населения из групп риска.

Профилактические прививки против бешенства включены в Национальный календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития России от 31 января 2011 г. № 51н.

В соответствии с Национальным календарем профилактической вакцинации против бешенства подлежат:

- работники служб, проводящих отлов животных (ловцы, водители, охотники, лесники и др.);
- ветеринарных станций по борьбе с болезнями животных, имеющие контакт с животными (ветеринарные врачи, фельдшера, лаборанты, младший персонал);
- научно-исследовательских институтов и диагностических лабораторий, проводящих исследования на бешенство;
- работники вивариев и других учреждений, работающих с животными.

В лечебно-профилактических учреждениях профилактической вакцинации против бешенства из числа обслуживающего персонала подлежат только лица с высоким риском заражения (патологоанатомы, специалисты, участвующие в проведении парентеральных вмешательств больным бешенством).

Вакцинация проводится по схеме 0—7—30 дней. Первая ревакцинация проводится через год, далее — каждые 5 лет. Профилактические прививки против бешенства, а также случаи необычных реакций и осложнений после них подлежат обязательной регистрации и учету по месту их проведения. В лечебно-профилактических организациях (ЛПО),

где осуществляются профилактические прививки, должен быть налажен учет населения, подлежащего профилактическим прививкам. Факт проведения профилактической прививки фиксируется в соответствующем журнале. В случае отказа от проведения профилактических прививок факт отказа в обязательном порядке фиксируется в присутствии свидетелей и подтверждается подписью руководителя ЛПО.

Расчет потребности антирабических препаратов (вакцин, иммуноглобулинов) ежегодно проводят органы управления здравоохранением субъектов РФ, они же принимают меры по обеспечению препаратами в необходимом количестве антирабических центров (кабинетов) и травматологических пунктов.

Литература

Горелова Л.Е. Из истории борьбы с бешенством // РМЖ. 2002. № 20.

Жуков Б.Б. Проклятие Аристарха // Вокруг света. 2009. № 9.

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.7.2627-10 «Профилактика бешенства среди людей» (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 06.05.2010 № 54).

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31.01.2011 № 51н «Об утверждении Национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

Вместе весело шагать (включение детей с нарушением зрения в систему дошкольных и школьных образовательных учреждений)

Цыганкова О.В.,

учитель-дефектолог, МБДОУ д/с № 391 «Елочка»,
г. Новосибирск

ПЕДАГОГИКА

В последние годы процент детей с патологией зрения различного вида и степени тяжести, а также инвалидов по зрению увеличился. У таких детей вследствие особенностей зрительного дефекта и вторичных отклонений нередко возникают сложности в познании окружающего мира, коммуникациях с другими людьми, что затрудняет их дальнейшую адаптацию в социуме и обучение в общеобразовательной школе.

Трудности социальной адаптации слабовидящих детей усугубляются профессиональной некомпетентностью многих педагогов образовательных учреждений, недостаточным пониманием в обществе особых потребностей и возможностей развития этой категории детей.

Однако следует отметить и позитивный момент: в последнее время в дошкольном образовании все явственнее проявляется *гуманный подход к ребенку с ограниченными возможностями здоровья*, выражающийся в уважении его личности, способностей, а также социальных прав и интересов. Сегодня уже можно уверенно говорить о том, что социально-педагогическая работа со слабовидящими детьми в современном ДОУ нацелена на обеспечение условий, открывающих дошкольнику возможности освоения окружающего мира, полноценного общения со сверстниками и взрослыми, развития его творческих ресурсов.

Наше дошкольное учреждение, реализуя идеи гуманной педагогики, стремится создать максимально благоприятные условия для социальной адаптации дошкольников с нарушениями зрения в социуме.

Мы разработали систему, направленную на качественное усвоение ребенком общественных отношений, ценностей и норм в собственной активности в условиях инклюзивного («включенного») образования.



В нашем дошкольном учреждении комбинированного вида дошкольники с нарушениями зрения посещают инклюзивные группы, т.е. обучаются, воспитываются вместе со здоровыми детьми. Наш опыт показывает, что это оптимальный вариант. Дети с нарушениями зрения в полном объеме получают всестороннюю квалифицированную медико-психологическую, социально-педагогическую и специальную коррекционную поддержку.

В процессе адаптации в социокультурном пространстве ребенка с нарушением зрения усваивает нравственно-этические, эстетические ценности, приобретает необходимые социальные навыки, приобщается к традициям общества. С детьми и их родителями работают в тесном взаимодействии врач-офтальмолог, медсестра-ортоптистка, учитель-дефектолог, учитель-логопед, психолог, старший воспитатель, музыкальный руководитель, воспитатели, учителя начальных классов, коррекционные педагоги Новосибирского государственного педагогического университета.

Реализация идеи социальной адаптации и социализации детей с нарушениями зрения в условиях инклюзивного образования осуществлялась в три этапа.

На подготовительном этапе специалисты и педагоги ДОУ:

- изучили программно-методические материалы и нормативные документы, а также индивидуальные карты развития

ребенка, познакомились с данными офтальмологического и логопедического обследования детей;

- создали в ДОУ три инклюзивные группы: младшую, среднюю и старше-подготовительную;
- создали коррекционно-развивающую среду в группах и других помещениях ДОУ;
- провели углубленную диагностику детей с нарушением зрения;
- на основе результатов диагностического обследования разработали комплекс мероприятий.

На основном этапе были проведены:

- консультации для специалистов, воспитателей инклюзивных групп и учителей начальных классов по актуальным вопросам совместного обучения, воспитания и развития детей с нормой развития и нарушением зрения;
- общие для детей с нормой развития и детей с нарушением зрения тематические праздники: «Ходит осень по дорожкам», «Здравствуй, елка!», «Колыбельки», «День защитника Отечества», «Мама — солнышко мое» и т.д.

Также были разработаны и изданы методические рекомендации для специалистов, учителей, воспитателей и родителей по наиболее актуальным вопросам коррекционно-развивающей работы с детьми с нарушениями зрения в условиях инклюзивного образования, организованы совместные экскурсии в библиоте-

ку, школу, музей истории и развития Октябрьского района г. Новосибирска, к памятнику поэта-фронтовика Б. Богаткова.

Дети с нарушением зрения были подготовлены к участию в различных районных и городских конкурсах (городские конкурсы поделок из природных материалов «Осень в ладошках», новогодней игрушки, районный конкурс интеллектуальных игр «Мир, в котором мы живем», районный спортивный праздник по легкой атлетике и т.д.).

Для успешной социализации и адаптации важно создать такие условия, когда не только ребенок считает себя членом группы, но и группа положительно относится к нему. Наш опыт позволяет утверждать, что статус ребенка с нарушением зрения в инклюзивной группе во многом зависит от его успешности в тех видах деятельности, которые значимы и привлекательны для группы. Следовательно, задача педагогов заключается в том, чтобы создавать ситуации успеха для ребенка с нарушением зрения в таких видах деятельности, где он может проявить свои способности.

Детям с нарушением зрения важно, чтобы их понимали и принимали как равных. Для создания положительного эмоционального фона в группе и укрепления эмоциональных контактов между детьми педагоги проводили беседы, читали книги Н. Орловой «Про глаза от А до Я», «Про глаза и про зрачки и про всякие очки».

Особенно хочется отметить, что для формирования у детей с нарушением зрения способности преодолеть социально-психологические ограничения, а также для развития коммуникативных навыков, доверия и взаимопонимания необходимо проведение специальных игр. Мы использовали психокоррекционные групповые игры: «Давайте познакомимся!», «Путаница», «Ладонь в ладонь», «Рыбалка», «Найди меня», «Клубочек» и т.д.

Педагогам удалось вовлечь в коррекционно-развивающую работу родителей. Вместе с детьми они разработали проект «Береги свои глаза».

На *заключительном этапе* были подведены некоторые итоги.

В процессе диагностики были получены следующие *результаты*:

- у детей с нарушением зрения отмечается положительная динамика в развитии познавательной активности;
- наблюдается положительная динамика в личностном развитии (у 73% детей с нарушением зрения повысилась самооценка);
- сформировано эмоционально положительное отношение и доверие к окружающему миру, а также дружеские отношения между сверстниками;
- у детей с нарушениями зрения появилась уверенность в себе и своих возможностях;
- дети с нарушением зрения приобрели социальный опыт и овладели теми же нормами поведения, что и дети с нормой развития;

- дети с нормальным зрением приобрели опыт сотрудничества и умение воспринимать детей с нарушением зрения как полноценных и равных членов группы;
- через систему обмена опыта и специальное обучение повы-

силась квалификация педагогов ДОУ и школы.

В заключение отметим, что наша работа способствовала преодолению стереотипов восприятия детей с ограниченными возможностями как неполноценных, обреченных на жалкое существование.

Эффективность логоритмики в коррекционной работе с детьми

Горленко О.А.,

заведующий МАДОУ д/с общеразвивающего вида № 56, г. Томск

На современном этапе развития логопедии используется комплексная коррекционная работа по преодолению нарушений речи. Она предполагает организацию системно-целостного подхода к решению основных задач коррекции речевого развития, одно из важных звеньев которого — логопедическая ритмика. Важнейшей задачей, определяющей особую значимость последней, считается формирование и развитие у детей с речевой патологией двигательных способностей: тонких дифференцированных движений, координации движений, тонких тактильных ощущений как основы воспитания речи и устранения речевых нарушений. Ученые доказали влияние манипуляций рук на функции высшей нервной деятельности и развитие речи.

«Наши рецепторы (тонкие окончания чувствующих нервов,

расположенные в мышцах) — это своего рода маленькие, чуткие исследователи, особые воспринимающие устройства, с помощью которых мы ощущаем все в себе и вокруг себя. Каждая былинка в нашем теле имеет своего полноценного представителя в мозге, который получает от нее сведения-сигналы, передаваемые рецептором по “телеграфу” — через систему нервных связей» [1].

Значительную часть коры головного мозга занимает предстательство наших рук. Это естественно — ведь сведения о мире мы получаем именно через руки, через наш рабочий орган, с помощью которого мы играем, исследуем, творим. У М. Горького есть интересное высказывание: «процесс социально-культурного роста людей развивается нормально только тогда, когда руки учат голову. Затем поумневшая

голова учит руки, а умные руки снова и уже сильнее способствуют развитию мозга. Руки — голова — снова руки...». Развивающая работа должна быть направлена от движения к мышлению [2]. Таким образом, логопедическая ритмика, познавая закономерности развития и нарушения двигательных систем человека, их связей с развитием и нарушениями речеслуховой и речедвигательной систем, содействует совершенствованию коррекционно-восстановительной работы с детьми, страдающими расстройствами речи.

Дети, поступающие в логопедические пункты с тяжелым нарушением речи, часто имеют не только нарушенное речевое (алалия, дизартрия, дислалия), но и нарушенное психомоторное развитие. У них отмечаются неустойчивое внимание, незначительный объем памяти, повышенная возбудимость, расторможенность, неустойчивость эмоционального фона, быстрая утомляемость, неспособность долго сосредотачиваться на одном задании и, как следствие, потеря интереса к выполняемому заданию. Присутствует и неврологическая симптоматика, усугубляющая общую картину психоречевого развития.

Комплекс логоритмических занятий представляет собой целостный воспитательно-коррекционный процесс, основанный на понимании особенностей развития детей, уважении к развивающейся личности, вере в воз-

можности психофизического развития каждого воспитанника, педагогическом оптимизме, доброжелательном и ярко положительном эмоциональном отношении к каждому ребенку.

Обобщая имеющийся и опираясь на собственный опыт как исследовательской, так и практической работы по логоритмике, мы выделяем следующие *коррекционные задачи*:

- развитие артикуляционных навыков;
- фонематического восприятия;
- мелодико-интонационных компонентов и просодической речи;
- эмпатии, творческой фантазии;
- общей двигательной сферы, мелкой моторики;
- координации и ритмизации движений;
- пространственного восприятия;
- формирование речевого дыхания;
- слухового внимания и зрительной памяти;
- расширение лексического запаса;
- преодоление логофобии, неуверенности, достижение эмоциональной устойчивости и саморегуляции.

Занятия по логоритмике проводятся регулярно, на протяжении всего года, 2 раза в неделю, в утренние часы. В планировании логоритмических занятий мы используем принцип лексикотематической направленности, основанной на ознакомлении с окружающим миром. На занятиях

используется наглядный дидактический материал по разным лексическим темам, что способствует накоплению словарного запаса, формированию лексико-грамматических категорий.

Новая тема прорабатывается на протяжении двух занятий с постепенной подачей изучаемого материала. На первом занятии дети знакомятся с сюжетом новой игры, новыми движениями по подражанию взрослому, вслушиваются в текст песни или стихотворения. На втором внимание детей привлекается к качеству выполнения основных движений, дети самостоятельно учатся воспроизводить движения, руководствуясь только речевой инструкцией. Речевой материал предварительно не выучивается. Во время занятия желательно, чтобы дети стояли вместе с педагогом в кругу или сидели полукругом. Такое расположение позволяет им хорошо видеть взрослого, двигаться и проговаривать речевой материал синхронно с ним. Важное условие успешности усвоения материала на занятии — создание для детей психологического комфорта и эмоционального подъема.

Продолжительность занятия — 20—30 мин. Занятие состоит из трех частей: подготовительной, основной, заключительной.

В содержание логоритмических занятий включены следующие *виды деятельности*:

— движение под музыку (ходь-

- ба, маршировка, бег в различных направлениях);
- упражнения на развитие дыхания (по методикам М. Лазарева, А. Стрельниковой, Б. Толкачева);
- фоноритмика (по методике Т. Мухиной);
- артикуляционная гимнастика с использованием большой дидактической куклы;
- мимические упражнения;
- разучивание стихов, песен, сопровождаемых движениями;
- пальчиковые упражнения;
- массаж пальцев (в восточной медицине существует убеждение, что массаж большого пальца повышает функциональную активность головного мозга, указательного — положительно воздействует на состояние желудка, среднего — на кишечник, безымянного — на печень и почки, мизинца — на сердце);
- гимнастика для глаз с использованием офтальмологического плаката Базарного;
- упражнения, игры на выражение основных эмоций;
- кинезиологические игры и упражнения, направленные на активизацию межполушарного взаимодействия;
- упражнения, развивающие слуховое и речеслуховое восприятие;
- игра на музыкальных инструментах;
- имитация движений с проговариванием, пантомима;
- упражнения на концентрацию и релаксацию.

Выводы

1. Под влиянием регулярных логопедических занятий у детей улучшается деятельность сердечно-сосудистой, дыхательной, сенсорной, речедвигательной систем, воспитываются взаимопомощь, требовательность к выполнению заданий, самостоятельность.

2. Работа в группе положительно влияет на личность ребенка с речевым нарушением, косвенно помогает ему нормализовать поведение, правильно строить взаимоотношения с окружающими.

3. Практика доказала, что благодаря логоритмическим занятиям дети легче преодолевают речевые затруднения, раскрывают свои способности и развивают их.

Литература

1. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка (Роль двигательного анализатора в формировании высшей нервной деятельности ребенка.) М., 1965.

2. Кудрявцева В.Т., Егоров Б.Б. Развивающая педагогика оздоровления. М., 2000.

Модель коррекционно-образовательной среды для детей с косоглазием и амблиопией

Никитина О.В.,
учитель-логопед;

Чехомова Ю.В.,
учитель-логопед НЧДОУ «Детский сад комбинированного вида УЭХК», г. Новоуральск Свердловской обл.

Миссия групп компенсирующей направленности для детей с нарушениями зрения — обеспечить максимально возможное, всестороннее и гармоничное развитие, физическое, социальное и психологическое благополучие каждого ребенка с учетом его личностных особенностей и ре-

зервных возможностей при коррекционно-развивающей работе.

Данные группы посещают дети с сенсорными (зрительными) и речевыми нарушениями. Обычно нарушения зрения сопровождаются вторичными отклонениями, природа которых разнообразна. Глубокое нарушение зрения

отрицательно сказывается на нервно-психическом статусе детей, значительно снижает их двигательную активность и ориентирование в пространстве, влияет на развитие познавательной деятельности и формирование общего речевого статуса. Речевые нарушения у детей с амблиопией и косоглазием встречаются гораздо чаще, чем у их нормально развивающихся сверстников. Современные исследователи выделяют особенности *речевого развития у детей с нарушениями зрения*:

- отклонения в сроках становления речи и своеобразие этого процесса;
- нарушение словесного опосредования;
- стойкие нарушения звукопроизношения;
- трудности установления предметной соотнесенности слова и образа;
- обедненность предметных представлений и недостаточное понимание семантической основы слова;
- трудности в усвоении лексико-грамматических категорий и развитии связной речи.

Приоритетами деятельности групп считаются:

- физическое и психическое развитие;
- квалифицированное лечение детей с глазной патологией;
- коррекция речевого недоразвития;
- развитие зрительного восприятия.

В наших группах сложилась комплексная система коррекционной работы, в основу которой положены *принципы*:

- природосообразности и комплексности;
- целостности и динамичности;
- гуманистического и развивающегося характера педагогического процесса.

Эта система построена с учетом:

- зрительных возможностей;
- речевых нарушений;
- неврологического статуса;
- уровня развития психических процессов.

Система коррекционной работы складывается из психолого-педагогического и медико-социального сопровождения воспитанников, исходя из реальных возможностей детского сада и в соответствии с образовательными потребностями, возрастными и индивидуальными особенностями, состоянием соматического и нервно-психического здоровья каждого ребенка. Оздоровительная коррекция предусматривает осмотр ребенка узкими специалистами с целью определения его соматического и неврологического статуса и назначения физиотерапевтического и медикаментозного лечения.

Эффективность работы групп компенсирующей направленности основывается на интегрированной деятельности всех специалистов ДОУ, владеющих *методами*:

- диагностики;
- консультирования;
- коррекции.

Также специалисты должны обладать способностью к системному анализу проблемных ситуаций, программированию и планированию деятельности.

Одна из форм взаимодействия специалистов — психолого-медико-педагогический консилиум, проводимый по результатам первичной, промежуточной и итоговой диагностики с приглашением всех специалистов ДОУ.

В результате такого взаимодействия организуется индивидуально-дифференцированный подход к детям, который обеспечивает индивидуальное сопровождение ребенка каждым специалистом ДОУ и гарантирует помощь всем воспитанникам; создаются индивидуальные коррекционно-развивающие программы для каждого ребенка на основе принципов системности, непрерывности и мультидисциплинарности сопровождения, что позволяет обеспечить комплексный подход в работе по коррекции речи, зрения и психических процессов детей.

Лечение детей с косоглазием и амблиопией осуществляется в плеопто-ортоптическом кабинете медсестрой-ортоптисткой по назначению и под регулярным контролем врача-офтальмолога и включает:

- аппаратное лечение;
- медикаментозное и физиотерапевтическое;

- использование оптических средств коррекции зрения: очки, окклюдеры, лупы;
- выполнение плеопто-ортопτικο-стереоптических упражнений;
- соблюдение зрительно-охранного режима;
- выполнение специальных лечебных упражнений с использованием компьютерных программ. Компьютерные программы применяются для лечения косоглазия и амблиопии, выработки и закрепления бинокулярного зрения.

В группах компенсирующей направленности для детей с амблиопией и косоглазием работают квалифицированные педагоги, которые имеют высокий уровень профессиональной компетенции и владеют:

- современными методиками и технологиями коррекционной работы с дошкольниками;
- диагностиками и тестовыми методиками определения уровня речевого развития детей;
- индивидуально-дифференцированным подходом в процессе организованных и совместных форм деятельности с учетом уровня развития психических процессов, речевого развития, зрительных возможностей.

Для реализации коррекционных программ в наших группах создана предметно-пространственная среда, обеспечивающая оптимальные условия для разви-

тия детей дошкольного возраста с ОВЗ.

С целью решения коррекционных задач в группах оформлены:

- центры речевого развития;
- развития зрительно-моторной координации;
- экспериментальной деятельности.

Эти центры организованы таким образом, что предоставляют возможность не только для проведения речевой коррекции, развития зрительного восприятия, логики, мышления, памяти и других психических процессов, но и для двигательной активности. В центрах созданы условия как для самостоятельной активности детей, так и для организованной деятельности вместе с педагогом. Находящиеся в центрах развития дидактические пособия и иллюстративный материал, оформленные с учетом специальных требований к наглядности, поддерживают интерес ребенка к данным видам деятельности, побуждают к выполнению заданий, стимулируют детей к творческому самовыражению.

Отличительные особенности работы воспитателя специальной группы — обеспечение индивидуально-дифференцированного подхода к детям и решение образовательных, воспитательных, коррекционных задач.

Коррекционные задачи воспитателя специальной группы включают:

- свободное речевое общение, закрепление речевых навыков детей на занятиях и в совместной деятельности педагогов и детей;
- преодоление отставания и приобретение навыков и умений по основным разделам программ;
- совершенствование общей, тонкой, артикуляционной моторики;
- закрепление фонетического, лексико-грамматического материала, изучаемого под руководством учителя-логопеда;
- развитие коммуникативных функций;
- совершенствование психических процессов памяти, внимания, мышления, восприятия, воображения;
- зрительного восприятия;
- выполнение назначений сестры-ортоптистки (глазные гимнастики, уход за очками, контроль за зрительным режимом).

Коррекционная работа, проводимая в специальных группах, осуществляется в тесном взаимодействии с семьей. Эффективная работа по коррекции нарушений зрения и речи возможна только при включении родителей в совместную деятельность.

Такие формы работы с семьей, как групповые собрания, подгрупповые семинары-практикумы, индивидуальные консультации, открытые занятия, беседы, анкетирование, круглые столы,

«родительская копилка», наглядно-печатная информация, парная гимнастика, выставки, детские праздники, деловые игры, педагогические советы, клуб «выходного дня», позволяют родителям стать субъектами и полноправными участниками педагогического процесса, благодаря чему и достигаются положительные результаты в коррекции нарушений у детей.

Коррекционно-логопедическая работа осуществляется на индивидуальных, подгрупповых и фронтальных занятиях, в совместной деятельности. Данная работа включает использование полимодальной сенсорики и направлена на развитие всех компонентов речи и неречевой сферы.

К *неречевой коррекции* мы относим:

- развитие мелкой моторики;
- межполушарного взаимодействия на основе кинезиологических упражнений и упражнений в дорсальной системе координат;
- формирование психологической базы речи;
- коррекцию социально-эмоциональной сферы.

Речевая коррекция — непосредственная работа логопеда, которая включает:

- коррекцию фонетической стороны речи;
- звукопроизношения;
- формирование общих речевых навыков.

В работе логопеда используются разнообразные нестандартные пособия. Например, тренажер-«лягушонок» для формирования правильных артикуляционных укладов и вызывания у детей положительного эмоционального отклика.

Также к речевой коррекции относятся развитие лексической стороны речи и формирование грамматического строя речи.

В работе логопеда используются авторские пособия и средства графического моделирования (схемы синквейна) для формирования лексико-грамматических категорий и совершенствования связного высказывания.

В нашей работе средства графического моделирования (схемы синквейна) используются для активизации речи дошкольников с амблиопией и косоглазием, служат вспомогательным фактором для развития остроты зрительного восприятия и цветоразличения. В работе по формированию связной речи используется полный комплект дидактических пособий и иллюстрированного материала, разработанного Н.В. Нищевой.

Коррекционная работа по развитию зрительного восприятия включает игры и упражнения:

- проведение глазных гимнастик и пальчиковых игр;
- нанизывание бусин;
- сортировка пуговиц, семян (по цвету и размеру);
- завязывание бантиков, шнуровки;

- лепка;
- рисование, раскрашивание, обводка трафаретов, штриховка;
- оригами, работа с ножницами, аппликация;
- составление кубиков, пазлов, мозаики;
- дидактические игры;
- рассматривание картин через кальку и цветные фильтры;
- рассматривание контурных, зашумленных, недорисованных предметов;
- рассматривание предметов через лупу, бинокль.

Коррекционную направленность работы определяют:

- использование специальной наглядности (крупной фронтальной и дифференцированной индивидуальной);
- фонов, улучшающих зрительное восприятие (преобладание фонов красного, желтого, оранжевого цвета, которые активизируют работу глаз и повышают остроту зрения; зеленого и голубого цвета — расслабляющих, снимающих зрительное напряжение);
- подставок, позволяющих рассматривать объект в вертикальном положении;
- соблюдение правил демонстрации предъявляемого материала: ребенку с окклюзией объект предъявляется со стороны открытого глаза;
- соблюдение зрительных нагрузок, рекомендованных врачом-офтальмологом.

Проводимая в наших группах коррекционно-развивающая работа эффективна, что подтверждается данными тестовой методики «Диагностика устной речи» Т.А. Фотековой.

В среднем в школу выпускаются с чистой речью 96% детей, с улучшенной речью — 4%.

По данным врача-офтальмолога, все дети уходят в школу с повышением остроты зрения при амблиопии и улучшением функций глаза при диагнозе косоглазие.

Созданные в ДОУ условия для коррекционного обучения позволяют получать высокие результаты. Общий уровень усвоения программы — 100%, качественный уровень усвоения программы — 90%.

Успешному решению коррекционных задач способствует взаимодействие с социально-педагогическими и медицинскими учреждениями города.

Наши выпускники продолжают свое обучение в общеобразовательных школах города, а также в специализированных классах для детей с амблиопией и косоглазием по направлению врача-офтальмолога и по желанию родителей. Тем самым обеспечивается преемственность между школами города и детским садом.

Педагоги школы отмечают, что наши дети коммуникативны, готовы к восприятию нового материала, смотивированы к обучению в школе, успешны на уроках.

Особенности формирования произвольного внимания у старших дошкольников с разными типами темперамента

Изосимова Е.В.,

педагог-психолог, МДОУ д/с общеразвивающего вида № 11,
г. Томск

Дошкольное учреждение призвано создавать условия для интеллектуально-творческого, эмоционального, физического развития ребенка и подготовить его к школе. Одно из неперемennых условий успешного обучения — развитие произвольного, преднамеренного внимания.

В дошкольном возрасте дети впервые начинают овладевать своим вниманием, сознательно направлять его на определенные предметы, явления, удерживать на них. Истоки развития внимания лежат вне личности ребенка. Это означает, что само по себе развитие непроизвольного внимания не приводит к возникновению произвольного, волевого. Последнее формируется благодаря тому, что взрослые включают ребенка в новые виды деятельности и при помощи определенных средств направляют и организуют его внимание. Руководя вниманием ребенка, взрослые дают ему те же средства, с помощью которых он впоследствии начинает управлять им сам.

При наличии произвольного внимания все мыслительные

процессы протекают успешнее, движения выполняются более аккуратно и четко. Именно поэтому его развитие в дошкольном возрасте просто необходимо.

В последнее время часто говорится о личностно-ориентированном подходе к детям, которое предполагает понимание, и принятие ребенка таким, какой он есть: в совокупности его темперамента, характера и личностных особенностей. Поэтому, развивая и воспитывая ребенка, необходимо учитывать его перцептивные качества и особенности внимания.

Внимание характеризуется различными признаками и свойствами. Оно обладает сложной функциональной структурой, образованной взаимосвязями основных черт: переключение, распределение, объем, продуктивность и устойчивость.

При формировании произвольного внимания в дошкольном возрасте необходимо учитывать следующие психофизиологические особенности детей.

1. Активность — о ней судят по тому, с какой степенью напора

(энергичности) ребенок тянется к новому, стремится воздействовать на окружающее и изменять его, преодолевать препятствия.

2. Эмоциональность — о ней судят по чуткости к эмоциогенным воздействиям, по расположенности находить поводы для эмоциональной реакции.

3. Моторная сфера — частое выражение общей активности:

- эргичность;
- вариативность;
- скорость.

Развитие произвольного внимания у дошкольников имеет свои особенности. Дети с преобладанием холерического и сангвинического типов темперамента имеют хороший уровень развития переключения и распределения внимания и низкий уровень его устойчивости и концентрации, а дети с преобладанием меланхолического и флегматического типов темперамента, наоборот, высокий уровень концентрации и устойчивости внимания и низкий уровень переключения и распределения. Поэтому в процессе коррекционно-развивающей работы по развитию произвольного внимания необходимо учитывать особенности темперамента.

В работе с детьми-холериками с помощью тренировок нужно стремиться формировать поведение, компенсирующее недостаточность тормозного процесса. От них следует мягко, но настойчиво требовать спокойных, обдуманных ответов, сдержанности в поведении и отношениях с други-

ми детьми, аккуратности и порядка. При этом нужно учитывать, что холерик не любит однообразной, кропотливой работы и его страстность, разумную инициативность следует поощрять. С ним не следует говорить на повышенных тонах, поскольку такие дети подвержены состоянию аффекта, если теряется контроль за поведением, что усиливает возбуждение.

Энергию холерика следует направлять «в нужное русло»: ставить перед ним сложные задания, помогать осмыслить материал. Важно исключить перевозбуждение путем требования от него сдержанного поведения, давая ему возможность реализовать потребность в двигательной нагрузке. В воспитании холерика особенно необходим систематический контроль за деятельностью, соблюдением правил, качеством и полнотой выполнения заданий и требований взрослого. Надо учить ребенка считаться с другими, не задевать их самолюбия.

У сангвиников нужно воспитывать настойчивость, целеустремленность, усидчивость. Перед таким ребенком следует непрерывно ставить новые, по возможности, интересные задачи, которые требовали бы от него сосредоточенности и напряжения; необходимо постоянно включать его в активную деятельность и систематически поощрять его усилия.

Сангвиники в эмоциональном отношении менее уязвимы, чем

меланхолики. Выражение «с него как с гуся вода» более всего применимо к ним. Строгое замечание, повышенный тон педагога часто оказывают на таких детей дисциплинирующее влияние. Строгость, требовательность и постоянный контроль за выполнением заданий и поведением сангвиников дают нужный эффект в их воспитании.

Меланхолики впечатлительны и легко ранимы, застенчивы, склонны к замкнутости, неуверенности и страху. Резкий тон воспитателя травмирует ребенка, усиливает процесс торможения, который и без того преобладает у меланхолика. В ответ на повышенный тон в обращении с ним ребенок умолкает, теряется, иногда плачет. Надо помочь таким детям преодолевать робость, неуверенность и другие астенические чувства и эмоции; чаще ободрять, поддерживать их авторитет в коллективе и вместе с тем приучать к работе. При доброжелательном отношении педагога, под влиянием систематической тренировки в преодолении недостатков темперамента дети-меланхолики приобретают жизненно ценные нравственные и волевые черты характера.

В отношении меланхолика недопустимы не только резкость, грубость, но и просто повышенный тон, ирония. О совершенном проступке лучше поговорить с ним наедине. К нему нужно проявлять особое внимание, вовремя похвалить за проявленные успехи, решительность и волю. Отрицательную оценку следует использовать

как можно осторожнее, всячески смягчая ее негативное действие. Меланхолик — самый чувствительный и ранимый тип. С ним надо быть предельно мягким и доброжелательным.

На детей меланхолического типа темперамента надо воздействовать мягкостью, тактичностью, чуткостью, поскольку чрезмерная строгость и резкое повышение требований к этим воспитанникам еще больше затормаживает их, снижает работоспособность. Очень важно помочь им войти в коллектив, включиться в его общественную работу, почувствовать себя защищенным в коллективе. На занятиях этих детей надо чаще спрашивать, создавая во время их ответа спокойную обстановку; большую роль при этом играют одобрение, похвала и подбадривание.

Внимание педагога должны привлекать дети-*флегматики*, которым, к сожалению, обычно не уделяется достаточного внимания — они спокойны, никому не мешают. У них следует развивать недостающие качества — большую подвижность, активность, важно не допускать потери интереса к деятельности, поскольку это порождает безразличие и вялость.

Флегматика нужно вовлечь в активную деятельность и заинтересовать. Он требует к себе систематического внимания. Его нельзя переключать быстро с одной задачи на другую. Такие дети обладают пониженной эмоциональной возбуди-

мостью, медлительностью, на занятиях спокойны, дисциплину нарушают редко.

Важность учета в воспитании и развитии индивидуально-типологических особенностей ребенка очевидна. Игнорирование свойств темперамента приводит к развитию отрицательных черт у дошкольников, например у сангвиника — распыленности, разбросанности интересов; у холерика — несдержанности, резкости, неуживчивости, легкомыслия; у флегматика — безынициативности, безучастности, лени, вялости, апатии; у меланхолика — застенчивости, замкнутости, неуверенности, обидчивости.

Педагог должен направлять деятельность детей, чтобы способство-

вать формированию положительных и избегать появления отрицательных черт у дошкольников.

Литература

Афонькина Ю.А., Урунтаева Г.А. Практикум по детской психологии. М., 1995.

Волков Б.С., Волкова Н.В. Детская психология в вопросах и ответах. М., 2002.

Кречмер Э. Теория темпераментов // Психология индивидуальных различий. М., 2000.

Немов Р.С. Психология. М., 1995.

Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб., 2001.

Русалов В.М. О природе темперамента и его места в структуре индивидуальных свойств человека // Вопросы психологии. № 1. С. 19—32.

Стреляу Я. Роль темперамента в психическом развитии. М., 1982.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Джинсы — верный признак депрессии

Джинсы в качестве основного элемента повседневной одежды — верный признак депрессии у женщин, считают ученые из Университета Хартфордшира в Великобритании. По их мнению, одежда, которую выбирает женщина, в значительной степени зависит от ее эмоционального состояния. Результаты опроса показали, что более половины женщин, страдающих от депрессии, регулярно носили джинсы, и только треть опрошенных заявили, что носят джинсы, когда чувствуют себя счастливыми. Кроме того, почти 60% женщин носят мешковатую одежду при плохом настроении, и лишь 2% отдают ей предпочтение при хорошем. Еще исследователи подсчитали, что 62% представительниц слабого пола надевают любимое платье, когда счастливы, и только 6% — при депрессии. Психологи уверены, что тесная связь между настроением человека и одеждой, которую он выбирает, существует: причем как прямая, так и обратная. Именно поэтому ученые рекомендуют выбирать одежду, связанную с радостными переживаниями, даже в подавленном настроении — это поможет взбодриться.

<http://www.takzdorovo.ru>

Развитие двигательнo-координационной активности у дошкольников с общим недоразвитием речи

Гуськова А.А.,

учитель-логопед МДОУ д/с комбинированного вида № 46,
г. Самара

Проблема здоровьесбережения актуальна в условиях ДОУ для детей с особыми нуждами в развитии. Под общим недоразвитием речи (ОНР) у детей с нормальным слухом и первично сохраненным интеллектом следует понимать такую форму речевой аномалии, при которой нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся как к звуковой, так и смысловой сторонам речи.

Дети с речевой патологией, особенно имеющей органическую природу, как правило, отличаются от своих сверстников по показателям физического и нервно-психического развития. У них отмечаются существенные отклонения в развитии моторной, двигательнo-координационной и эмоционально-волевой сфер: общая моторная неловкость, недостаточная статическая и динамическая координация движений, слабый мышечный тонус, истощаемость движений, недостаточная двигательная память и снижение

произвольного внимания при выполнении серии двигательных заданий.

Наибольшие трудности выявляются при выполнении движений по словесной инструкции. Это объясняется нарушением взаимодействия центральных и периферических звеньев моторики на основе обратной афферентации — передачи импульсов от рабочих центров к нервным окончаниям. Следует отметить и когнитивные нарушения у таких детей: отсутствие навыков поведения в коллективе, затруднение усвоения учебного материала, двигательная расторможенность и нарушение внимания, понимания и запоминания. Помимо отставаний в моторной, эмоционально-волевой сферах у таких детей присутствуют хронические заболевания нервной, дыхательной, вегетососудистой, костно-мышечной систем организма.

Коррекционная работа должна строиться с учетом ведущих линий речевого развития (лекси-

ки, фонетики, грамматического строя и связной речи) и обеспечивать интеграцию речевого, физического и соматического развития. В преодолении данной проблемы возможны сочетания как общепринятых, традиционных методов, так и нетрадиционных. Использование последних улучшает у ребенка память и внимание, повышает работоспособность, нормализует состояние нервной системы, устраняет стрессы, снижает уровень утомляемости, улучшает коммуникативную функцию, а в условиях работы целого организма — соматическое состояние.

Содержание коррекционно-логопедической работы по преодолению двигательных трудностей основывается на закономерностях формирования движений в онтогенезе. Двигательная сфера формируется в направлениях:

- от общей моторики к мелкой, позже к артикуляционной;
- от общих движений тела через движения мышц лица, далее к артикуляционным движениям;
- от диффузных движений к дифференцированным (изолированным, чистым, тонким целенаправленным движениям);
- от элементарной дифференциации движений к постепенно усложняющейся их дифференциации [3].

Следует выделить *коррекционные задачи* по развитию двига-

тельно-координационных способностей у детей с ОНР:

- учить соизмерять и регулировать пространственные, временные и динамические параметры движений;
- поддерживать статическое и динамическое равновесие;
- выполнять двигательные действия без излишней мышечной напряженности.

Проявление *координационных способностей* зависит от таких факторов, как:

- способность к точному анализу движений;
- деятельность анализаторов;
- сложность двигательного анализатора;
- уровень развития гибкости, динамической силы, смелости и решительности;
- возраст;
- общий уровень подготовленности ребенка.

В коррекционно-логопедической работе следует опираться на *методические приемы, повышающие проявление двигательной активности* артикуляционных органов мелкой и общей моторики:

- применение и быстрая смена различных исходных положений;
- изменение скорости или темпа движений, введение различных ритмических сочетаний, последовательности элементов;
- смена способов выполнения упражнений;

- использование в упражнениях предметов различной фактуры, массы, объема;
- выполнение согласованных действий несколькими участниками;
- использование более сложных сочетаний основных движений (ходьба, бег, прыжки);
- усложнение или упрощение правил в подвижных играх [7].

Виды работ по развитию двигательного-координационной активности детей, используемые на логопедических занятиях:

- упражнения на снятие мышечного тонуса воротниковой зоны;
- самомассаж лица, шеи, ладоней, подушечек и фаланг пальцев;
- самомассаж кистей рук;
- кинезиологические упражнения;
- массаж профессора Ауглина;
- упражнения для развития мимико-артикуляторных мышц;
- артикуляционная гимнастика;
- дыхательная гимнастика;
- пальчиковая гимнастика;
- упражнения на развитие речи, общей моторики, ритма и темпа движений;
- малоподвижные и подвижные игры.

Далее приведем практический материал по развитию двигательного-координационной активности, используемый на фронтальных, подгрупповых и индивидуальных логопедических занятиях для детей с ОНР, а также планирование данной работы (таблица).

Упражнение для снятия напряжения воротниковой зоны «Вверх-вниз»

Вверх-вниз, вверх-вниз
Это, мама, не каприз!

Дети двигают головой вверх-вниз.

Вправо-влево, вправо-влево —
Посмотри, как королева.

Поворачивают голову направо и налево.

Покивать по сторонам
Нужно нам, нужно нам.

Наклоняют голову к плечам.

Головою покрутить
Не забыть, не забыть.

Вращают головой.

И Незнайками побыть,
Плечи вверх и опустить.

Пожимают плечами.

И плечами поворачивать,
Нужно плечики размять.

Вращают плечами вперед и назад.

Вперед-назад, вперед-назад
И дела пойдут на лад.

Двигают плечами вперед и назад.

Самомассаж лица и шеи

Перед началом самомассажа дети должны помыть руки.

Ручки растираем и разогреваем

Дети потирают ладони, хлопают.

И лицо теплом своим мы
умываем.

Разогретыми ладонями проводят по лицу сверху вниз.

Грабельки сгребают
Все плохие мысли.

Делают граблеобразные движения пальцами от середины лба к вискам.

Ушки растираем
Вверх и вниз мы быстро,

Растирают ушные раковины по краю снизу вверх и сверху вниз.

Их вперед сгребает,
Тянем их за мочки,

Нагибают ушные раковины вперед и потягивают вниз за мочки.

А потом уходим пальцами за щежки.

Пальцы перебегают за щеки.

Щечки разминаем, чтобы
надувались.

Указательным, средним и безымянным пальцами разминают щеки круговыми движениями.

Губки разминаем, чтобы улыбались.

Большим и указательным пальцами разминают сначала нижнюю, а потом верхнюю губу.

Самомассаж подушечек пальцев «Дети любят всех зверей»

Большой палец ставится на ноготь массируемого пальца, а остальные прижимают его подушечку снизу, разминая ее. На

каждую строку разминается один палец. После пятой строчки смена рук.

Дети любят всех зверей:

Большой.

Птиц, и ящериц, и змей,

Указательный.

Пеликанов, журавлей,

Средний.

Бегемотов, соболей,

Безымянный.

Голубей и глухарей,

Мизинец.

И клестов, и снегирей;

Большой.

Любят горного козла,

Указательный.

Обезьянку и осла,

Средний.

Дикобраза и ежа,

Безымянный.

Черепашу и ужа.

Мизинец.

Самомассаж «Щелчки»

Ладонь прижата к столу, пальцы разведены. Другая рука поднимает пальцы по одному (лежащая рука с силой прижимается, сопротивляясь подъему). Затем палец опускают и он со стуком резко падает на стол. На каждую строку поднимают один палец. После пятой строчки смена рук.

Поднял ушки бурундук:

Мизинец.

Он в лесу услышал звук.

Безымянный.

— Это что за громкий стук,

Средний.

Тук да тук, тук да тук?

Указательный.

— А пойдем, —

Сказал барсук, —

Большой.

Сам увидишь этот трюк.

Большой.

Это дятел сел на сук.

Указательный.

И без крыльев, и без рук

Средний.

Ищет он, где спрятан жук.

Безымянный.

Вот и слышен перестук!

Мизинец.

Массаж кистей рук

1. Как можно сильнее сжать руку в кулак, затем резко разжать.

2. Сложить руки так, чтобы пальцы и ладони касались друг друга. Локти должны быть на высоте плеч. С помощью больших пальцев раздвинуть руки и одновременно приподнять локти. Потрясти руками.

3. Выполнять движения большим пальцем в направлении к себе и от себя.

4. Сцепив пальцы рук, большие пальцы вращать вокруг друг друга («мельница»).

5. Вытянуть руки вперед. Поднять кисти вверх, дать им свободно упасть вниз.

6. Одной рукой взять другую за запястье и энергично потрясти ею.

Каждое упражнение повторить по 5 раз.

Кинезиологические упражнения

Кулак-ладонь

Вот — ладошка,

Вот — кулак!

Все быстрее делай так.

Обе руки лежат на столе или на коленях ладонями вниз, одна сжата в кулак. Одновременно кулак разжать, а другую ладонь сжать и так повторять смену позиций. Движения должны ускоряться, но при этом следить за тем, чтобы сжатия-разжатия производились попеременно.

Кулак-ребро-ладонь

Три положения руки на столе или на колене последовательно сменяют друг друга; кулак (ладонью вниз), ладонь ребром, ладонь вниз.

Жили (кулак)-были (ребро) зайчики (ладонь)

На (кулак) лесной (ребро) опушке (ладонь),

Жили (кулак)-были (ребро) зайчики (ладонь)

В (*кулак*) беленькой (*ребро*)
избушке (*ладонь*).

Мыли (*кулак*) свои (*ребро*)
ушки (*ладонь*),

Мыли (*кулак*) свои (*ребро*) ла-
почки (*ладонь*),

Наряжались зайчики (*кулак*) —

Надевали (*ребро*) тапочки (*ла-
донь*).

Массаж профессора Ауглина

Каждое упражнение выполня-
ется на медленный счет до десяти.

1. Взявшись за мочки ушных
раковин, оттянуть их вниз.

2. Взявшись за мочки ушей,
оттянуть их вверх.

3. Взявшись за середину (не за
мочки) ушей, оттянуть их впе-
ред, затем назад и в стороны.

4. Указательными и средними
пальцами обеих рук одновремен-
но «рисовать» круги по контуру
щеки.

5. Указательными и средни-
ми пальцами рук «рисовать»
круги по контуру лба и на под-
бородке. Движения следует вы-
полнять обеими руками одно-
временно, но в противополож-
ных направлениях.

6. Указательными и средними
пальцами рук «рисовать» вокруг
глаз очки (глаза должны быть
открытыми).

7. Подушечками указательных
пальцев обеих рук сильно нажи-
мать на нижеуказанные точки, на
каждую по очереди:

- на переносице, на уровне внут-
ренних углов глаза;
- на середине носовой кости;

- у края носовой кости;
- под носовыми проходами.

8. Открыть рот и нижней че-
люстью делать резкие движения
слева направо, и наоборот.

Упражнения для развития мимико- артикуляторных мышц

И.п.: голова прямо, мышцы
лица расслаблены. Движения
выполняются на счет «раз-два».

1. Поднять брови вверх — рас-
слабить мышцы.

2. Нахмурить брови — рассла-
бить мышцы.

3. Глаза спокойно закрыть, от-
крыть.

4. Глаза прищурить, открыть.

5. Глаза с силой зажмурить —
открыть.

6. Глаза поочередно закрывать
и открывать.

7. Одновременно оскалить зубы
и наморщить лоб — расслабить
мышцы.

При прохождении **лексической
темы «Дикие животные»** могут
быть использованы следующие
виды работы по развитию дви-
гательно-координационных дви-
жений.

Дыхательная гимнастика

Волк

Серый, зубастый,
По полю рыщет,
Телят, ягнят ищет.

И.п. — о.с., руки согнуты в
локтях, ладони у груди.

1 — вдох-выдох, туловище слегка наклонить вперед, правую руку вытянуть перед собой.

2 — вдох, вернуться в и.п.

3 — выдох, то же левой рукой, вернуться в и.п.

Упражнение повторить 3—4 раза.

Олень

Он несет на лбу не зря
Два развесистых куста.

И.п.: стоя на коленях, руки согнуты в локтях, кисти рук у лба.

1 — вдох-выдох, руки вперед.

2 — вдох, руки в стороны; выдох, вернуться в и.п.

Упражнение повторить 3—4 раза.

Сердитый ежик

И.п.: стоя, ноги на ширине плеч.

1 — наклониться, обхватить руками грудь, голову опустить, имитируя рассерженного ежа, вдох.

2 — на выдохе произносить «п-ф-ф-ф», затем «ф-р-р».

Упражнение повторить 3—4 раза.

Пальчиковая гимнастика

Лиса

Лиса близко затаилась,

Дети выполняют упражнение «Лиса».

Лиса кустиком закрылась,

Ладонями закрывают лицо.

Лиса носом повела.

Выполняют упражнение «Лиса».

Разбегайся кто куда.

Хлопают руками, пальчики «бе-гут» по столу.

Кто спит зимой?

Медведь в берлоге крепко спит.

Всю зиму до весны сопит.

Спят зимою бурундук,

Колючий ежик и барсук.

Дети сжимают пальцы в кулачок, начиная с мизинца.

Только зайныке не спится —
Убегает от лисицы.

Показывают большой палец, вращая им.

Мелькает он среди кустов,
Напетлял и был таков!

Соединяют большой палец правой руки с указательным пальцем левой, и наоборот.

Упражнение на развитие речи, общей моторики, ритма и темпа движений

Тень-тень-потетень

Тень-тень-потетень,

Дети ритмично хлопают.

Выше города плетень.

Поднимают прямые руки вверх.

Сели звери под плетень,

Приседают.

Похвалялися весь день.

Наклоняют голову вправо-влево.

Похвалялася лиса:

Изображают повадки лисы.

— Всему свету я краса!
Похвалялся зайка:

Изображают повадки зайца.

— Поди, догоняй-ка!
Похвалялися ежи:

Изображают повадки ежа.

— У нас шубы хороши!
Похвалялся медведь:

Изображают повадки медведя.

— Могу песни я петь!

Медведь

Медведь по лесу бродит,
От дуба к дубу ходит.

Ребенок, слегка согнувшись, идет
«вперевалочку», «загребает» слегка
согнутыми ногами.

Находит в дуплах мед
И в рот его кладет.

Изображает, как он достает и ест
мед.

Облизывает лапу
Сластена косолапый,
А пчелы налетают,
Медведя прогоняют.

Отмахивается от пчел.

А пчелы жалят мишку:
— Не ешь наш мед, воришка!

Дети щиплют себя за нос, губы,
щеки, ладошки, изображая жалящих
пчел.

Бредет лесной дорогой
Медведь к себе в берлогу.
Идет «вперевалочку».
Ложится, засыпает
И пчелок вспоминает.

Ладошки под голову, глаза закрывает.

Подвижные игры

Лиса-лиска

По считалке выбирается «лиса-лиска». Остальные — «куры» произносят дразнилку:

Лиска-лиса,
Дивья краса:
Долгий нос,
Рыжий хвост!

Произнеся дразнилку, «куры» бросаются врассыпную, а «лиса» бежит их ловить. Кого поймает, тот и будет ловить следующим.

У медведя

Рисуют два круга: один круг — «лес», в центре которого кладут ягоды и грибы (их можно заменить любыми мелкими предметами), другой круг — «деревня». Один из игроков «медведь» — садится в «лесу», остальные дети идут из «деревни» в «лес» по грибы и ягоды. У одного из игроков в руках корзинка. Все приговаривают:

У медведя во бору
Грибы-ягоды беру.
Медведь постыл
На печи застыл!

Затем дети окружают «лес», передавая корзинку друг другу, пытаются забежать в «лес», взять «ягоды-грибы» и положить их в корзинку. Кого «медведь» в «лесу» поймает, тот становится новым «медведем». Игра начинается опять.

Таблица

**Планирование работы по развитию
двигательно-координационной активности детей
подготовительной к школе логопедической группы
на 2011/12 уч. г.**

Неде- ля	Лекси- ческая тема	Виды работ
1	2	3
Сентябрь		
1-я	Обсле- дование	1. Упражнения «Вверх-вниз» для снятия спастического напряжения воротниковой зоны. 2. Самомассаж лица и шеи «Ручки растираем и разогреваем». 3. Самомассаж ладоней, фаланг, подушечек пальцев: «Травка», «Дети любят всех зверей», «Вырос у нас чеснок», «Щелчки»
2-я	—//—	1. Кинезиологические упражнения: «Кулак-ладонь», «Кулак-ребро-ладонь». 2. Массаж кистей рук. 3. Массаж профессора Ауглина
3-я	Овощи	1. Дыхательные упражнения: «Овощи-толстячки и овощи-худышки», «Капуста растет». 2. Пальчиковая гимнастика «Капуста». 3. Развитие речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Овощи». 4. Подвижная игра «Зеленая репка»
4-я	Фрукты	1. Дыхательные упражнения: «Щечки-яблочки», «Кислое яблоко». 2. Пальчиковая гимнастика «Апельсин». 3. Координация речи и общей моторики, упражнение «Фрукты». 4. Подвижная игра «Яблонька»
Октябрь		
1-я	Сад. Огород	1. Дыхательные упражнения: «Чистим лук и плачем», «Кислое яблоко». 2. Пальчиковая гимнастика «У нашего у Гришеньки под окошком вишенки». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнения «Мы картошки накопили». 4. Подвижная игра «Мимо сада»

Продолжение табл.

1	2	3
2-я	Деревья	1. Дыхательные упражнения: «Вдыхаем запах леса», «Шум леса». 2. Пальчиковая гимнастика «Станем мы деревьями». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Мы у нашего крыльца посадили деревца». 4. Подвижная игра «Дубок»
3-я	Осень	1. Дыхательные упражнения: «Дождик», «Идем по лужам». 2. Пальчиковая гимнастика «Ветер по лесу летал». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Дождик». 4. Подвижная игра «Что ты, осень, принесла?»
4-я	Ягоды. Грибы	1. Дыхательное упражнение «Вдыхаем запах леса». 2. Пальчиковая гимнастика «Много мы грибов набрали». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Там, на горке, погляди-ка». 4. Подвижная игра «У медведя во бору»
Ноябрь		
1-я	Хлеб	1. Дыхательное упражнение «Тесто». 2. Пальчиковая гимнастика «На базаре спозаранок накупил баран баранок». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Молотьба». 4. Подвижная игра «Каравай»
2-я	Человек	1. Дыхательные упражнения: «Малыш плачет», «Расту большой». 2. Пальчиковая гимнастика «Карманов много у меня». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Домашний труд». 4. Подвижная игра «Дударь»
3-я	Игрушки	1. Дыхательные упражнения: «Летят мячи», «Качаем куклу». 2. Пальчиковая гимнастика «Мячик». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Есть у девочки Танюшки». 4. Подвижная игра «Палочка-скакалочка»

Продолжение табл.

1	2	3
4-я	Посуда	1. Дыхательные упражнения: «Чайник кипит», «Режем овощи». 2. Пальчиковая гимнастика «Девочка Иринка порядок наводила». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Утром я посуду мою». 4. Подвижная игра «Кувшинчик»
Декабрь		
1-я	Продукты питания	1. Дыхательные упражнения: «Тесто», «Варит суп». 2. Пальчиковая гимнастика «Каша в поле росла». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Пирог». 4. Подвижная игра «Пирожок»
2-я	Одежда. Обувь. Головные уборы	1. Дыхательные упражнения: «Швейная машинка», «Гладим белье». 2. Пальчиковая гимнастика «Обновки». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Одежда». 4. Подвижная игра «Иголка и нитки»
3-я	Зима	1. Дыхательные упражнения: «Вьюга», «Снег скрипит». 2. Пальчиковая гимнастика «Двенадцать месяцев». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Наконец пришла зима». 4. Подвижная игра «Мороз — Красный нос»
4-я	Зимние забавы. Новогодний праздник	1. Дыхательные упражнения: «Снежки», «Катание с горы». 2. Пальчиковая гимнастика «Новогодние игрушки». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнения: «Я мороза не боюсь», «Метатели». 4. Подвижная игра «Снежная баба»
Январь		
3-я	Зимующие птицы	1. Дыхательные упражнения: «Синичка», «Дятел». 2. Пальчиковая гимнастика «Воробьи». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнения: «Дятел», «Снегири». 4. Подвижная игра «Зимующие и перелетные птицы»

Продолжение табл.

1	2	3
4-я	Дом. Кварти- ра	1. Дыхательные упражнения: «Включаем свет», «Дверь скрипит». 2. Пальчиковая гимнастика «На полянке дом стоит». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Чтобы дом построить новый». 4. Подвижные игры «Теремки»
Февраль		
1-я	Дикие живот- ные	1. Дыхательные упражнения: «Волк», «Олень», «Сердитый ежик». 2. Пальчиковая гимнастика: «Лиса», «Кто спит зимой?». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнения: «Тень-тень-потетень», «Медведь». 4. Подвижные игры: «Лиса-лиса», «У медведя»
2-я	Домаш- ние живот- ные	1. Дыхательные упражнения: «Кошка засыпает», «Пастушок играет». 2. Пальчиковая гимнастика «Довольна корова своими телятами». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Коровушка». 4. Подвижная игра «Стадо»
3-я	День защит- ника Отече- ства	1. Дыхательные упражнения: «Стрельба», «Солдаты». 2. Пальчиковая гимнастика «Пальцы-молодцы». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Солдатик». 4. Подвижная игра «Лузы»
4-я	Домаш- ние птицы	1. Дыхательные упражнения: «Петух», «Гуси шипят». 2. Пальчиковая гимнастика «Есть у курицы цыпленок». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Гуси». 4. Подвижная игра «Волк и гуси»

Продолжение табл.

1	2	3
Март		
1-я	Мебель	1. Дыхательные упражнения: «Пила», «Молоток», «Рубанок». 2. Пальчиковая гимнастика «Мебель я начну считать». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Мебель». 4. Подвижная игра «На стульчике»
2-я	Весна. Весенние праздники	1. Дыхательные упражнения: «Ручеек журчит», «Сосульки звенят». 2. Пальчиковая гимнастика «Ау-ау-аукаем, весну приаукиваем». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «К нам весна шагает». 4. Подвижная игра «Матушка-весна»
3-я	Перелетные птицы	1. Дыхательные упражнения: «Кукушечка», «Журавли». 2. Пальчиковая гимнастика «Тили-тели, тили-тели, с юга птицы прилетели». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «А уж солнышко разлилось». 4. Подвижная игра «Грачи летят»
4-я	Транспорт	1. Дыхательные упражнения: «Самолет», «Шины шуршат». 2. Пальчиковая гимнастика «Транспорт». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Трамвай». 4. Подвижная игра «Земля-вода-небо»
Апрель		
1-я	Профессии	1. Дыхательные упражнения: «Дровосек», «На приеме у врача». 2. Пальчиковая гимнастика «Летчик водит самолет». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Мы — шоферы». 4. Подвижная игра «Почта»
2-я	Инструменты	1. Дыхательные упражнения: «Молоток», «Пила». 2. Пальчиковая гимнастика «Мы ребята — мастера». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Мы — строители». 4. Подвижная игра «Челночок»

Окончание табл.

1	2	3
3-я	Зоопарк	1. Дыхательные упражнения: «Разговор обезьян», «Рычание тигра и тигренка». 2. Пальчиковая гимнастика «Животные Севера». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Водопой». 4. Подвижная игра «Олень — золотые рога»
4-я	Цветы	1. Дыхательные упражнения: «Колокольчик звенит», «Собираем цветы». 2. Пальчиковая гимнастика «Луг». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Наши алые цветы». 4. Подвижная игра «Садовник»
Май		
1-я	Насекомые	1. Дыхательные упражнения: «Пчелы жужжат», «Комар звенит». 2. Пальчиковая гимнастика «Божья коровка». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Паучок-ткач». 4. Подвижная игра «Пчелки и ласточка»
2-я	Рыбы. Водоёмы	1. Дыхательные упражнения: «Нагоним волны», «Лягушонок». 2. Пальчиковая гимнастика «Щучки». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Море». 4. Подвижная игра «Два ерша»
3-я	Школа	1. Дыхательное упражнение «Веселое настроение». 2. Пальчиковая гимнастика «В школу». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Скоро в школу мы пойдем». 4. Подвижная игра «Уголки»
4-я	Лето	1. Дыхательные упражнения: «Дождик», «Подуем на плечо». 2. Пальчиковая гимнастика «Вот и лето наступило». 3. Координация речи, общей моторики, темпа и ритма движений, упражнение «Мы по узенькой дощечке». 4. Подвижная игра «Родничок»

Литература

1. *Алябьева Е.А.* Логоритмические упражнения без музыкального сопровождения: Метод. пособие. М., 2005.

2. *Блыскина И.В.* Комплексный подход к коррекции речевой патологии у детей. Логопедический массаж. СПб., 2006.

3. *Горчакова А.М.* Формирование артикуляционной моторики у детей // Логопед в детском саду. 2010. № 4.

4. *Крупенчук О.И., Воробьева Т.А.* Исправляем произношение: Комплексная методика коррекции артикуляционных расстройств. СПб., 2009.

5. *Нищева Н.В.* Система коррекционной работы в логопедической группе для детей с общим недоразвитием речи. СПб., 2004.

6. Подвижные и речевые игры для детей 5—7 лет: развитие моторики, коррекция координации движений и речи / Сост. А.А. Гуськова. Волгоград, 2011.

7. *Лукманова Н.Б.* Двигательно-координационные способности — основа развития ребенка в старшем дошкольном возрасте // Медработник ДООУ. 2010. № 4.

8. *Ткаченко Т.А.* Речь и моторика. М., 2007.

В нашем городе родном мы здоровье сбережем

Юшкова С.В.,
старший воспитатель;

Захарова О.А., Федоркова О.А.,
воспитатели МДОУ д/с общеразвивающего вида № 43, г. Томск

На протяжении пяти лет приоритетное направление нашего детского сада — работа по ознакомлению дошкольников с медицинскими учреждениями и оздоровительными центрами нашего города как часть ознакомления с окружающим миром.

Педагоги знакомят детей и их родителей с формами работы оздоровительных и медицинских учреждений в нашем городе, для чего они предназначены, люди каких специальностей в них работают; объясняют, что есть лечебницы для взрослых и детей.

Дети также знакомятся с работой *врача-педиатра*, к которому ходят лечиться и *медицинской сестры* МДОУ.

В начале обучения с родителями проводится анкетирование, в ходе которого выясняется, какое представление они имеют о медицинских учреждениях и оздоровительных центрах нашего города, кто и какие из них посещает.

Работу с дошколятами мы строим в зависимости от времени года. Например, зимой мы знакомим с зимними видами спорта,

какие условия для их развития есть в нашем городе: лыжные базы, ледяные горки, катки для катания на коньках и где они расположены. Дети из дома приносят семейные фотографии на тему «Где я отдыхал с родителями».

В процессе данной работы мы укрепляем здоровье детей и прививаем краеведческие знания, любовь к родному краю.

Вся работа проводится с использованием информационно-компьютерных технологий.

В результате совместной работы педагогов, родителей и медицинских работников к моменту поступления детей в школу у наших воспитанников формируется устойчивое понятие — здоровье каждого человека в его руках, заботиться о нем необходимо с раннего детства.

Надеемся, что любовь к физкультуре и спорту, которую мы прививаем, останется с детьми на всю жизнь и поможет им вырасти крепкими, сильными и здоровыми.

Предлагаем вашему вниманию конспект занятия.

Город здоровья* (для подготовительной к школе группы)

Цели:

- дать знания о том, что в нашем городе есть медицинские и оздоровительные учреждения,

для чего они предназначены, кто в них работает;

- в игровой форме обобщить и систематизировать имеющиеся у детей представления о сохранении здоровья; расширить кругозор; активизировать мыслительные процессы; способствовать адаптации к различным жизненным ситуациям;
- воспитывать желание заботиться о своем здоровье с детства, прививать любовь к родному городу;
- расширять представления о доброжелательном отношении к окружающим людям, учить сочувствовать.

Предварительная работа:

- беседы о родном городе, об оздоровительных комплексах, спортивных центрах;
- рассматривание открыток о Томске, семейных фотографий (куда они ездят с родителями в выходные дни, где любят отдыхать);
- беседы о ЗОЖ и как его можно поддерживать в нашем городе;
- разучивание комплексов самомассажа, разных видов гимнастик;
- формирование культурно-гигиенических навыков;
- чтение художественной литературы, рисование, оформление книжек-малышек, составление рассказов из личного опыта, разучивание стихов о Томске.

* * *

Дети под музыку входят в группу и садятся на стульчики.

* Авторы О.А. Федоркова, О.А. Захарова.



Воспитатель (*читает отрывок из стихотворения о Томске*)

Ты красив и молод,
В зной и лютый холод
Ласковый и добрый
Город на Томи.

Как вы думаете, это красивое стихотворение написано о каком городе?

Дети отвечают.

Да, о Томске. Сегодня на занятии мы с вами поговорим о нашем родном городе. Ребята, кто знает, почему наш город так называется?

Дети отвечают.

Правильно, потому что он стоит на реке Томи. (*Показывает открытки.*) Город наш очень большой, в нем много улиц, переулков, проспектов.

Как называется главная улица в нашем городе?

Дети отвечают.

Да, проспект Ленина. (*Показывает открытки.*) Начинается он с Лагерного сада. Здесь много супермаркетов, торговых центров, театров для взрослых и детей.

Звучит музыка, вбегает Незнайка в кроссовках, легкой курточке.

Незнайка. Ой, куда это я попал?

Воспитатель. Здравствуй, Незнайка! Ребята, давайте расскажем Незнайке, куда он попал.

Дети отвечают.

Незнайка. В детский сад? А на какой улице он находится?

Дети отвечают.

Ой, что-то мне совсем плохо. Не знаю, что это со мной? Очень болят голова, горло. Когда я проснулся утром, ярко светило солнце. Ура, наступила весна! Я быстро оделся, хорошо, что уже можно не надевать шапку, ботинки, шарф, шубу! И отправился гулять. Я целый день бегал на улице, а сейчас мне что-то очень плохо.

Воспитатель. Присаживайся, Незнайка! Ребята, что же случилось с ним?

Дети отвечают.

Ребята, почему Незнайка заболел? Да, он одет не по погоде, поэтому простудился. А если мы заболели, куда надо обращаться?

Дети отвечают.

В нашем городе много разных больниц, поликлиник. (*Показывает слайды.*)

В нашем районе есть детская поликлиника № 2. (*Показывает слайды.*) Она находится на ул. Профсоюзной. Там ведут прием разные врачи: педиатры, хирург, окулист, невропатолог, лор. Ребята, а вы знаете своего участкового педиатра? (*Показывает слайды.*) Незнайка, тебе надо сходить к врачу, чтобы назначили лечение. Ребята, а кто следит за вашим здоровьем в детском саду?

Дети отвечают.

Незнайка, когда ты вылечишься, начинай закаляться, укреплять свое здоровье. Наши дети укрепляют свое здоровье в спортивном зале: делают утреннюю гимнастику, занимаются физкультурой, ходят на ритмику. *(Показывает слайды.)*

Ребята, давайте расскажем Незнайке, где еще мы можем в нашем городе укреплять свое здоровье.

Дети отвечают.

Правильно, в нашем городе есть спортивные центры, где занимаются спортом. *(Показывает слайды.)* Есть стадионы, катки, ледовые городки. Если мы будем одеваться по погоде, вести активный образ жизни, заниматься спортом, следить за своим здоровьем, будем здоровыми, красивыми, сильными. *(Показывает слайды.)*

Незнайка, мы с ребятами хотим открыть тебе еще один секрет здоровья. Поиграй с нами. *(Проводит дыхательную гимнастику.)*

Незнайка, если ты чувствуешь, что у тебя начинает болеть горлышко, надо приложить к нему руку, превратиться в комарика и спеть его песенку 3-3-3...

Когда начинаешь кашлять, надо превратиться в жука — руку приложить к грудной клетке и жужжать ж-ж-ж...

А когда очень устал и болит голова, надо закрыть глаза и слушать шум волн с-с-с...

А если устали глазки:

Быстро, быстро поморгай,

Потом глазкам отдых дай. (1—2 мин)

Покачайте головой,
Неприятности долой!

А еще, Незнайка, у нас есть массажные шарики. Наши девочки и мальчики умеют ими делать массаж себе и друг другу, чтобы быть здоровыми. Ребята, давайте научим Незнайку.

Дети садятся друг за другом по кругу и делают массаж круговыми движениями друг другу.

Массажный шарик есть у меня,
Здоровы будем я и мои друзья!

Молодцы! Друзья, еще существуют народные методы лечения, предупреждения заболеваний. Это лечение травами. Я предлагаю вам игру «Узнай и расскажи». *(Предлагает детям подойти к столу и взять любую картинку с изображением растения и рассказать о нем. Детям будут предложены картинки с изображением клюквы, одуванчика, ромашки, мать-и-мачехи, крапивы, лопуха.)*

Все эти растения растут в наших лесах, на полях и помогают человеку. Люди их собирают и сдают в аптеку. Потом там мы можем их купить. Лечиться ими можно дома, а можно в специальных лечебницах.

Незнайка, ты понял, что нужно делать, когда заболеешь и чтобы не заболеть?

Ребята, давайте пригласим Незнайку и гостей к столу попить чаю с шиповником и угостим клюквой, малиновым вареньем.

Кушайте на здоровье!

**Постановление Главного государственного
санитарного врача РФ от 28.07.2011 г. № 108**

«Об утверждении СП 3.1.2952-11 “Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита”»

АКТУАЛЬНО

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2002, № 1 (ч. 1), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; 2003, № 27 (ч. 1), ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; 2006, № 52 (ч. 1), ст. 5498; 2007 № 1 (ч. 1), ст. 21; 2007, № 1 (ч. 1), ст. 29; 2007, № 27, ст. 3213; 2007, № 46, ст. 5554; 2007, № 49, ст. 6070; 2008, № 24, ст. 2801; 2008, № 29 (ч. 1), ст. 3418; 2008, № 30 (ч. 2), ст. 3616; 2008, № 44, ст. 4984; 2008, № 52 (ч. 1), ст. 6223; 2009, № 1, ст. 17) и постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295; 2004, № 8, ст. 663; 2004, № 47, ст. 4666; 2005, № 39, ст. 3953) постановляю:

1. Утвердить санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2952-11 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита» (приложение).

2. Ввести в действие указанные санитарно-эпидемиологические правила со дня вступления в силу настоящего постановления.

3.3. С момента введения СП 3.1.2952-11 считать утратившими силу санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.1176-02 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита», утвержденные постановлением



Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 25.11.2002 № 42 (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 18.12.2002, регистрационный № 4041), введенных в действие указанным постановлением 01.03.2003.

Г.Г. Онищенко

Приложение

**Профилактика кори,
краснухи, эпидемического
паротита**

**Санитарно-эпидемиологические
правила СП 3.1.2952-11**

I. Область применения

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

1.2. Настоящие санитарные правила устанавливают основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проводимых с целью предупреждения возникновения и распространения заболеваний корью, краснухой, эпидемическим паротитом.

1.3. Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

1.4. Контроль за выполнением настоящих санитарных правил

проводится органами, осуществляющими функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

II. Общие положения

2.1. Корь, краснуха, эпидемический паротит относятся к острым инфекционным вирусным заболеваниям преимущественно с воздушно-капельным путем передачи.

2.2. Корь в типичной манифестной форме характеризуется совокупностью следующих клинических проявлений:

- кашель и/или насморк, конъюнктивит;
- общая интоксикация, температура 38 °C и выше;
- поэтапное высыпание пятнисто-папулезной сливной сыпи с 4—5 дня болезни (1 день — лицо, шея; 2 день — туловище; 3 день — ноги, руки) и пигментация.

2.3. Краснуха в типичной манифестной форме характеризуется всеми перечисленными ниже проявлениями:

- непродолжительная мелкая пятнисто-папулезная сыпь, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, спине и ягодицах;
- незначительный подъем температуры;
- отсутствие интоксикации;
- лимфаденопатия, увеличение задне-шейных лимфоузлов;
- редко — артралгия.

2.4. 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.

2.5. 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, отдаленные задержки умственного развития.

2.6. Эпидемический паротит характеризуется общей интоксикацией (слабость, недомогание, лихорадка) и одним или несколькими из следующих синдромов и симптомов:

- болезненное увеличение (распухание) одной или нескольких слюнных желез (одностороннее или двустороннее) — паротит;
- резкие боли в эпигастральной области, тошнота, многократная рвота, напряжение мышц живота, симптомы раздражения брюшины — панкреатит;

— у мужчин — сильные боли в области мошонки (чаще с одной стороны), иррадиирующие в нижние отделы живота, увеличение размеров яичка — орхит;

— у женщин — болезненность в подвздошной области (чаще с одной стороны) — оофорит;

— лихорадка до 39 °С и выше, озноб, сильная головная боль, рвота, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и/или симптом Брудзинского — серозный менингит.

2.7. Случаи кори, краснухи или эпидемического паротита подразделяются на «подозрительные», «вероятные» и «подтвержденные».

«Подозрительным» считают случай острого заболевания, при котором имеется один или несколько типичных клинических признаков кори или краснухи, или эпидемического паротита, перечисленных в пунктах 2.2—2.6.

«Вероятным» считают случай острого заболевания, при котором имеются клинические признаки кори, краснухи или эпидемического паротита и эпидемиологическая связь с другим подозрительным или подтвержденным случаем данной болезни.

«Подтвержденным» считают случай кори, краснухи или эпидемического паротита, классифицированный как «подозрительный» или «вероятный», после лабораторного подтверждения

диагноза. Лабораторно подтвержденный случай необязательно должен отвечать клиническому определению случая (атипичные, стертые формы).

При отсутствии лабораторного подтверждения диагноза в связи с невозможностью проведения лабораторных исследований «вероятный» случай классифицируется как «подтвержденный».

2.8. Окончательный диагноз кори, краснухи и эпидемического паротита устанавливается на основании клинических данных при наличии лабораторного подтверждения диагноза (обязательного для кори и краснухи) и/или эпидемиологической связи с другими лабораторно подтвержденными случаями данного заболевания.

2.9. Иммунитет к кори, краснухе, эпидемическому паротиту формируется после перенесенного заболевания или после проведения иммунизации против этих инфекций в установленном порядке. Показателем наличия иммунитета к кори, краснухе, эпидемическому паротиту является присутствие в крови специфических иммуноглобулинов класса G (далее — IgG).

III. Выявление, учет и регистрация больных корью, краснухой и эпидемическим паротитом

3.1. Выявление больных корью, краснухой и эпидемическим паротитом, лиц с подозрением на эти заболевания проводится ме-

дицинскими работниками организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, и иных организаций (далее — медицинские работники организаций), а также лицами, имеющими право на занятие частной медицинской практикой и получившими лицензию на осуществление медицинской деятельности в установленном законодательством порядке (далее — частнопрактикующие медицинские работники), при:

- оказании всех видов медицинской помощи;
- проведении медицинских осмотров;
- проведении предварительных (при поступлении на работу) и периодических профилактических медицинских осмотров населения;
- диспансеризации населения;
- медицинском наблюдении за лицами, бывшими в контакте с больными корью, краснухой или эпидемическим паротитом;
- проведении подворных (поквартирных) обходов;
- проведении лабораторных исследований биологических материалов от людей;
- осуществлении активного эпидемиологического надзора за корью с обязательным лабораторным исследованием биологического материала от лиц с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью независимо от первичного диагноза.

3.2. В случае выявления больного корью, краснухой или эпидемическим паротитом или лиц с подозрением на эти заболевания, медицинские работники организаций и частнопрактикующие медицинские работники обязаны в течение 2 часов сообщить об этом по телефону и в течение 12 часов направить экстренное извещение установленной формы (№ 058/у) в орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор на территории, где выявлен случай заболевания (далее — территориальный орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор).

3.3. Медицинская организация, изменившая или уточнившая диагноз, в течение 12 часов подает новое экстренное извещение на этого больного в территориальный орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор, указав измененный (уточненный) диагноз, дату его установления, результаты лабораторного исследования и первоначальный диагноз.

3.4. Территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при получении извещения об измененном (уточненном) диагнозе информируют об этом медицинскую организацию по месту выявления больного, подавшую первоначальное экстренное извещение.

3.5. Каждый случай кори, краснухи, эпидемического паротита подлежит регистрации и учету в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (форма № 060/у) по месту их выявления в медицинских и иных организациях (детских, подростковых, оздоровительных и других организациях), а также территориальными органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3.6. Регистрация, учет и статистическое наблюдение случаев заболеваний корью, краснухой и эпидемическим паротитом осуществляется в соответствии с действующими нормативными документами.

3.7. Ответственность за полноту, достоверность и своевременность регистрации и учета случаев заболеваний (подозрений на заболевание) корью, краснухой, эпидемическим паротитом, а также оперативное и полное информирование о них территориальных органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, несет руководитель медицинской организации по месту выявления больного.

3.8. При получении экстренного извещения (форма № 058/у) о случае кори, краснухи, эпидемического паротита специалист территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов про-

водит эпидемиологическое расследование.

3.9. На каждого больного корью, в том числе выявленного активно, или краснухой заполняется карта эпидемиологического расследования в соответствии с формами, приведенными в приложениях № 1 и 2 к настоящим санитарным правилам, с указанием эпидемического номера случая. Заполненные карты эпидемиологического расследования случаев кори и краснухи, в том числе в случае отмены указанных диагнозов, на электронных и бумажных носителях направляются в Региональный центр (далее — РЦ) и Национальный научно-методический центр по надзору за корью и краснухой (далее — ННМЦ) в установленном порядке.

3.10. Органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъекте Российской Федерации, ежегодно представляют в РЦ и ННМЦ списки заболевших корью и краснухой в соответствии с приложением № 3 к настоящим санитарным правилам.

3.11. Случаи кори и краснухи подлежат регистрации в электронной Единой международной системе индивидуального учета (далее — CISID). Ввод данных в систему CISID осуществляют ответственные специалисты РЦ в установленном порядке. Контроль за введением данных осуществляет ННМЦ.

IV. Лабораторная диагностика кори, краснухи и эпидемического паротита

4.1. Для лабораторной диагностики кори, краснухи и эпидемического паротита применяются вирусологический, серологический и молекулярно-биологический методы исследования.

4.2. Выявление в сыворотке крови больного (лиц с подозрением на заболевание) специфических антител, относящихся к иммуноглобулинам класса М (далее — IgM) методом иммуноферментного анализа (далее — ИФА) является основанием для установления (подтверждения) диагноза «корь», «краснуха».

4.3. При выявлении IgM к вирусу кори у лиц с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью, обследуемых в рамках активного эпидемиологического надзора за корью, дополнительно проводится одновременное исследование двух сывороток крови на IgG.

Взятие крови для исследований осуществляется на 4—5 день с момента появления сыпи (1 сыворотка) и не ранее чем через 10—14 дней от даты взятия первой пробы (2 сыворотка).

Нарастание титра специфических антител, относящихся к IgG, в 4 и более раза при одновременном исследовании в стандартных серологических тестах парных сывороток крови является основанием для постановки диагноза «корь» или «краснуха».

4.4. Молекулярно-биологический метод применяется в целях определения генотипа возбудителя кори или краснухи, для чего на 1—3 день с момента появления высыпаний у больного проводится отбор проб клинического материала (моча, носоглоточные смывы, ликвор) для исследований.

4.5. Сбор, хранение и транспортирование материала для вирусологических, серологических и молекулярно-биологических исследований осуществляется в установленном порядке.

V. Мероприятия в очагах кори, краснухи и эпидемического паротита

5.1. Целью проведения противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции является его локализация и ликвидация.

5.2. Первичные противоэпидемические мероприятия в очагах проводятся медицинскими работниками организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, а также иных организаций, частнопрактикующими медицинскими работниками сразу после выявления больного или при подозрении на корь, краснуху или эпидемический паротит.

5.3. При получении экстренного извещения специалисты территориальных органов, осуществляющих санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов проводят эпидемиологическое обследование очага (очагов) инфекции: определяют границы

очага (очагов) по месту проживания, работы, обучения, пребывания заболевшего (при подозрении на заболевание); круг лиц, бывших в контакте с заболевшим, их прививочный и инфекционный анамнез в отношении кори или краснухи, или эпидемического паротита; осуществляют контроль за проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах.

5.4. При выявлении очага инфекции в дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием взрослых с момента выявления первого больного до 21 дня с момента выявления последнего заболевшего в коллектив не принимаются лица, не болевшие корью, краснухой или эпидемическим паротитом и не привитые против этих инфекций.

5.5. Источники инфекции — больные корью, краснухой, эпидемическим паротитом (или при подозрении на эти инфекции) — подлежат обязательной госпитализации в случаях:

— тяжелого клинического течения заболевания;

— независимо от формы течения заболевания — лица из организаций с круглосуточным пребыванием детей или взрослых; лица, проживающие в общежитиях и в неблагоприятных бытовых условиях (в том числе коммунальных квартирах); при наличии в семье за-

болевшего лиц из числа декретированных групп населения.

В направлениях на госпитализацию больных корью, краснухой и эпидемическим паротитом (или при подозрении на эти инфекции), наряду с анкетными данными указываются первоначальные симптомы заболевания, сведения о проведенном лечении и профилактических прививках, а также данные эпидемиологического анамнеза.

Госпитализированные лица должны находиться в стационаре до исчезновения клинических симптомов, но не менее чем:

- 5 дней с момента появления сыпи при кори;
- 7 дней — с момента появления сыпи при краснухе;
- 9 дней — при эпидемическом паротите.

Допуск реконвалесцентов кори, краснухи и эпидемического паротита в организованные коллективы детей и взрослых разрешается после их клинического выздоровления.

5.6. Ребенок с врожденной краснухой, независимо от ее клинической формы (манифестной или бессимптомной), в течение первого года жизни является источником инфекции и подлежит на протяжении этого срока динамическому лабораторному обследованию в установленном порядке.

Очаг ВКИ/СВК считается ликвидированным после получе-

ния отрицательных результатов исследования двух клинических образцов, собранных с интервалом в 2—4 недели.

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

5.8. В дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием взрослых организуется ежедневный осмотр контактных лиц медицинскими работниками в целях активного выявления и изоляции лиц с признаками заболевания.

5.9. В очагах кори и эпидемического паротита определяется круг лиц, подлежащих иммунизации против этих инфекций по эпидемическим показаниям.

5.10. Иммунизации против кори по эпидемическим показаниям подлежат лица, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание), не болевшие корью ранее, не привитые, не имеющие сведений о прививках против кори, а также лица, привитые против кори однократно — без ограничения возраста.

Иммунизация против кори по эпидемическим показаниям проводится в течение первых 72 часов с момента выявления больного. При расширении границ очага кори (по месту работы, учебы, в

пределах района, населенного пункта) сроки иммунизации могут продлеваться до 7 дней с момента выявления первого больного в очаге.

5.11. 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.

5.12. Детям, не привитым против кори или 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.

5.13. 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.

5.14. Контактные лица из очагов кори, 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, указанного в пункте 5.7 настоящих санитарных правил.

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.

5.15. Беременные женщины, находившиеся 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 с взятием крови у первого больного в очаге.

5.16. В случае появления у беременной клинических признаков краснухи, беременную пре-

дупреждают о наличии риска врожденной патологии плода. После лабораторного подтверждения диагноза решение о прерывании беременности женщины принимает самостоятельно.

5.17. В случае отсутствия у беременной клинических признаков краснухи дальнейшая тактика медицинского наблюдения за беременной определяется результатами серологического исследования методом ИФА, подтвержденными в вирусологической лаборатории РЦ.

5.18. В случае если при первом обследовании у беременной выявлены специфические IgG при отсутствии IgM к возбудителю краснушной инфекции в концентрациях (титрах) 25 МЕ/мл и выше (условно защитных), обследование повторяют через 10—14 дней для исключения возможных ложноположительных результатов. Если при повторном исследовании выявлены специфические IgG и не обнаружены IgM к вирусу краснухи, то риск СВК исключается, и дальнейшее медицинское наблюдение за беременной женщиной по контакту в очаге краснушной инфекции не проводят.

5.19. В случае если антитела IgG и IgM не обнаружены, беременной необходимо исключить контакт с больным краснухой и повторить обследование через 10—14 дней.

При отрицательном результате повторного исследования че-

рез 10—14 дней проводят следующее (третье) серологическое обследование. В течение всего срока обследований за беременной продолжают медицинское наблюдение. Если при третьем обследовании антитела не выявлены, то наблюдение за беременной прекращают, но предупреждают ее о том, что она восприимчива (серонегативна) к краснушной инфекции. Прививки против краснухи таким женщинам проводят после окончания периода лактации.

5.20. Если при повторном обследовании выявлены специфические IgM антитела, при отсутствии антител IgG, то через 10—14 дней проводят следующее (третье) серологическое обследование, продолжая медицинское наблюдение за беременной. При выявлении IgG и IgM антител женщину предупреждают о риске СВК, о чем делается запись в медицинской документации, удостоверяемая подписями врача и беременной. Решение о прерывании беременности женщины принимает самостоятельно.

5.21. Если при первом обследовании в крови у беременной обнаружены специфические IgM и IgG антитела к возбудителю краснушной инфекции, беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода, о чем делается запись в медицинской документации, удостоверяемая подписями врача и беременной. Через 10—14 дней

после первого обследования проводят повторное серологическое обследование с определением avidности IgG антител. При подтверждении диагноза (положительные IgM антитела к вирусу краснухи и низкий индекс avidности IgG), решение о прерывании беременности женщина принимает самостоятельно.

VI. Специфическая профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита

6.1. Методом специфической профилактики и защиты населения от кори, краснухи и эпидемического паротита является вакцинопрофилактика.

6.2. Иммунизация населения против кори, краснухи и эпидемического паротита проводится в рамках 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 кори, 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 зако-

нодательством порядке согласно инструкциям по их применению.

6.3. В целях максимального охвата прививками против кори, краснухи, эпидемического паротита населения в субъектах Российской Федерации проводится работа по выявлению лиц, не болевших и не привитых против этих инфекций среди труднодоступных слоев населения (мигрантов, беженцев, вынужденных переселенцев, кочующих групп населения) и их иммунизации в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

6.4. Для обеспечения популяционного иммунитета к кори, краснухе, эпидемическому паротиту, достаточного для предупреждения распространения инфекции среди населения, охват прививками населения на территории муниципального образования должен составлять:

- вакцинацией и ревакцинацией против кори, краснухи, эпидемического паротита детей в декретированных возрастах — не менее 95%;
- вакцинацией против краснухи женщин в возрасте 18—25 лет — не менее 90%;
- вакцинацией против кори взрослых в возрасте 18—35 лет — не менее 90%.

6.5. Сведения о выполненных профилактических прививках вносятся в учетные медицинские документы, на основании которых формируются формы 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).

VII. Эпидемиологический надзор за корью, краснухой и эпидемическим паротитом

7.1. Эпидемиологический надзор за корью, краснухой, эпидемическим паротитом проводится органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.2. В период элиминации кори осуществляется активный эпидемиологический надзор, в задачу которого входит поиск возможных случаев кори среди пациентов с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью независимо от первичного диагноза.

7.3. В целях оценки состояния популяционного иммунитета к кори, краснухе и эпидемическому паротиту в установленном порядке проводятся исследования напряженности иммунитета у привитых лиц. Выявленные по результатам серологического мониторинга неиммунные к кори или краснухе, или эпидемическому паротиту лица подлежат иммунизации.

VIII. Реализация мероприятий по ликвидации эндемичной кори, краснухи в Российской Федерации

8.1. В субъектах Российской Федерации разрабатывается и утверждается в установленном порядке План мероприятий по ликвидации эндемичной кори, краснухи (далее — План) с учетом конкретных местных усло-

вий, эпидемиологической ситуации.

8.2. Реализацию мероприятий Плана в субъектах Российской Федерации осуществляют органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, медицинские организации, органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в соответствии с установленными требованиями.

8.3. В период реализации мероприятий по ликвидации кори в субъектах Российской Федерации готовится и представляется в установленном порядке документация¹ по подтверждению статуса субъекта Российской Федерации как территории, свободной от эндемичной кори.

8.4. В рамках реализации Плана предусматривается подготовка медицинских работников по вопросам диагностики, эпидемиологии и профилактики кори, краснухи, эпидемического паротита, а также санитарное просвещение населения, включающее доведение до населения подробной информации о кори, краснухе, эпидемическом паротите, основных клинических симптомах данных заболеваний и мерах профилактики

¹ В соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 12.04.2010 № 23 «О реализации Программы ликвидации кори в Российской Федерации к 2010 году в рамках стратегического плана Европейского региона ВОЗ 2005—2010» (зарегистрировано в Минюсте России 13.08.2010, регистрационный № 18149).

с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведением

бесед в коллективах и очагах указанных инфекционных заболеваний и другие методы.

Приложение 1

к СП 3.1.2952-11

Карта эпидемиологического расследования случая заболевания краснухой или подозрительного на эту инфекцию

Заполняется на всех лиц, у которых медицинский работник подозревает краснуху

Первичный диагноз: Краснуха ☐ Корь ☐ Другой (указать) ☐

А. Идентификация. Эпидномер случая краснухи

Фамилия, Имя, Отчество

Пол: Мужской ☐ Женский ☐

Дата рождения, возраст _____

(Число, месяц, год, количество полных лет и/или месяцев)

Адрес: _____

регистрация по месту выявления

местный, приезжий (указать откуда и когда прибыл) _____

(нужное подчеркнуть)

Дата подачи экстренного извещения _____

ЛПО, подавшее экстренное извещение _____

Дата заболевания _____ Дата обращения _____

Место работы, профессия _____

Место учебы _____ ДОУ № _____ Неорганиз. ☐

Неизвестно ☐

Дата последнего посещения места работы, учебы _____

Вакцинация (название МИБП, дата, доза, серия, срок годности) _____

Ревакцинация (название МИБП, дата, доза, серия, срок годности) _____

Болеел ранее краснухой: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐, дата заболевания _____

Болеел ранее корью: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐, дата заболевания _____

Госпитализирован: да ☐ нет ☐, Дата госпитализации _____

Место госпитализации _____

В. Информация о клинических признаках заболевания (заполняется врачом ЛПО)

Сыпь: дата появления _____ Длительность сохранения (дни) _____

Характер сыпи: Пятнисто-папулезная ☐ Везикулярная ☐ Другая ☐

Место первоначального появления сыпи (подчеркнуть): разгибательные поверхности конечностей ☐ спина ☐ ягодицы ☐ другое ☐

Лимфоаденопатия: Есть ☐ Нет ☐ Артралгия: Есть ☐ Нет ☐

Увеличение заднеушных и/или заднешейных лимфоузлов: Есть ☐ Нет ☐

Температура: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐ Дата повышения

Максимальный подъем температуры _____ его продолжительность _____

Летальный исход: Да ☐ Нет ☐ Дата смерти _____

С. Лабораторные данные. На 4–5 день сыпи у больного возьмите образец сыворотки для подтверждения диагноза. Исследование сыворотки крови выполняется в лаборатории Регионального центра (РЦ).

Образцы: Кровь 1. Дата взятия _____

Дата поступления в лабораторию ФБУЗ «ЦГиЭ» _____

Дата поступления в лабораторию регионального центра

Сыворотка 1. _____ Результат. Дата результата _____

Позитивный ☐

Негативный ☐

Кровь 2. Дата взятия _____

Дата поступления в лабораторию ФБУЗ «ЦГиЭ» _____

Дата поступления в лабораторию регионального центра

Сыворотка 2. _____ Результат. Дата результата _____

Позитивный ☐

Негативный ☐

Д. Возможный источник инфекции

Был ли контакт с больным краснухой или подозрительным на краснуху в период 7–21 дня перед появлением сыпи (подчеркнуть): да ☐ нет ☐ неизвестно ☐

Если да ☐, указать где (семья, ДОУ и пр.).

Был ли в данном районе хотя бы один случай, подозрительный на краснуху, до данного больного: да ☐, нет ☐, неизвестно ☐.

Выезжал ли пациент в течение 7–21 дня до появления сыпи: да ☐ нет ☐ неизв. ☐
куда? _____

Связан ли данный случай с завозным случаем: да ☐ нет ☐ неизв. ☐

Если да ☐, указать откуда: субъект РФ _____ страна _____

Е. Окончательный диагноз (заполняется врачом ЛПО) _____

Краснуха ☐ Корь ☐ Аллергическая реакция ☐ Вакцинальная реакция ☐

Другое ☐ (указать диагноз) _____

форма тяжести: легкая ☐ средне-тяжелая ☐ тяжелая ☐ Осложнение _____

Подтвержден: Лабораторно ☐ Эпидемиологически ☐ Клинический диагноз ☐

Импортирован: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐ откуда _____

Дата окончательного диагноза _____

Дата расследования _____ Подпись врача ЛПО _____

Подпись врача-эпидемиолога _____

Приложение 2

к СП 3.1.2952-11

Карта эпидемиологического расследования случая заболевания корью или подозрительного на эту инфекциюПервичный диагноз: Корь ☐ Краснуха ☐ Другой (указать) ☐**А. Идентификация** Эпидномер случая кори _____

Фамилия, имя, отчество _____

Пол: Мужской ☐ Женский ☐

Дата рождения, возраст _____

(Число, месяц, год, количество полных лет и месяцев)

Адрес: _____

(регистрация по месту выявления) _____

местный, приезжий (указать откуда и когда прибыл) _____

(нужное подчеркнуть)

Дата подачи экстренного извещения _____

ЛПО, подавшее экстренное извещение _____

Дата заболевания _____ Дата обращения _____

Место работы, профессия _____

Место учебы _____ ДОУ № _____ Неорганизованный

Неизвестно _____

Дата последнего посещения _____

Вакцинация (название МИБП, дата, доза, серия, срок годности) _____

Ревакцинация (название МИБП, дата, доза, серия, срок годности) _____

Болеел ранее корью: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐, дата заболевания _____Госпитализирован: да ☐ нет ☐ Дата госпитализации _____

Место госпитализации _____

В. Информация о клинических признаках заболевания (заполняется врачом ЛПО)

Сыпь: дата появления _____ Длительность сохранения (дни) _____

Место первоначального появления сыпи (подчеркнуть): за ушами

☐ лицо ☐ шея ☐ грудь ☐ другое ☐ Этапность появления сыпи: есть ☐ нет ☐Характер сыпи: Пятнисто-папулезная ☐ Везикулярная ☐ Другая ☐Температура: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐ Дата повышения _____

Максимальный подъем температуры _____ его продолжительность _____ дней

Кашель: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐ Ринит: Есть ☐ Нет ☐Неизвестно ☐Конъюнктивит: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐Пятна Коплика: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐

Энантема: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐

Пигментация: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐

Летальный исход: Да ☐ Нет ☐ Дата смерти _____

С. Лабораторные данные

На 4—5 день сыпи у больного возьмите образец сыворотки для подтверждения диагноза.

Образцы Кровь 1. Дата взятия _____ Дата поступления в лабораторию ФБУЗ ЦГиЭ _____

Дата поступления в лабораторию РЦ _____

Сыворотка 1. _____ Результат. Дата результата _____

Позитивный ☐

Негативный ☐

Сомнительный ☐

Кровь 2. Дата взятия _____ Дата поступления в лабораторию ФБУЗ ЦГиЭ _____

Дата поступления в лабораторию РЦ _____

Сыворотка 2. _____ Результат. Дата результата _____

Позитивный ☐

Негативный ☐

Сомнительный ☐

Д. Возможный источник инфекции

Был ли контакт с больным корью или подозрительным на корь в период 7—21 дня перед появлением сыпи (подчеркнуть): да ☐ нет ☐ неизвестно ☐

Если да ☐, указать где (семья, ДДУ и пр.) _____
нет ☐ неизвестно ☐

Был ли в данном районе хотя бы один случай, подозрительный на корь, до данного больного: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐

Выезжал ли пациент в течение 7—21 дня до появления сыпи: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐

куда _____

Связан ли данный случай с завозным случаем: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐

Если да ☐, указать откуда: субъект РФ _____ страна _____

Е. Окончательный диагноз (заполняется врачом ЛПО) _____

Корь ☐ Краснуха ☐ Аллергическая реакция ☐ Вакцинальная реакция ☐

Другое ☐ Указать диагноз _____

Особенности _____

Подтвержден: Лабораторно ☐ Эпидемиологически ☐ Клинический диагноз ☐

Импортирован: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐ откуда _____

Дата окончательного диагноза _____ (для кори указать — форма, тяжесть течения и осложнения)

Дата расследования _____ Подпись врача ЛПО _____

Подпись врача-эпидемиолога _____

к СП 3.1.2952 -11

Список зарегистрированных случаев кори/краснухи

в _____ году

в _____
субъект Российской Федерации

№ п/п	ФИО	Дата* рождения	Коревой/краснушный анамнез					Дата заболевания	Дата обращения	Дата сыпи	Дата постановки первичного диагно- за	Дата взятия крови	Результаты лабораторного подтвержде- ния диагноза в ИФА**			
			Дата вакци- нации	Дата ревак- цинации	Не привит	Болеl ранее (год)	Неизвестен						Определение IgM антител		Определение IgG ан- тител (иссл. парных сывороток)	
													Дата	Рез-т	Дата	Рез-т

Подпись ответственного лица _____

* — указать число, месяц, год.

** — указать, на основании каких антител (IgM или IgG) поставлен диагноз.

Приказ Минобрнауки РФ от 27.10.2011 г. № 2562

«Об утверждении Типового положения о дошкольном образовательном учреждении»

В соответствии с пунктом 5 статьи 12 Закона Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 30, ст. 1797; Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150; 2004, № 35, ст. 3607; 2007, № 27, ст. 3215; 2008, № 9, ст. 813; № 30, ст. 3616; 2009, № 46, ст. 5419; 2010, № 19, ст. 2291; № 46, ст. 5918; 2011, № 6, ст. 793) и подпунктом 5.2.62 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; 2011, № 14, ст. 1935; № 28, ст. 4214; № 37, ст. 5257), приказываю:

1. Утвердить прилагаемое Типовое положение о дошкольном образовательном учреждении.

2. Настоящий приказ вступает в силу с даты вступления в силу постановления Правительства Российской Федерации о признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 12 сентября

2008 г. № 666 «Об утверждении Типового положения о дошкольном образовательном учреждении» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, № 39, ст. 4432).

Министр

А.А. Фурсенко

Типовое положение о дошкольном образовательном учреждении

1. Общие положения

1. Настоящее Типовое положение регулирует деятельность государственных и муниципальных дошкольных образовательных учреждений всех видов.

2. Для негосударственных дошкольных образовательных учреждений настоящее Типовое положение выполняет функцию примерного*.

* Пункт 5 статьи 12 Закона Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 30, ст. 1797; Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150; 2004, № 35, ст. 3607; 2007, № 27, ст. 3215; 2008, № 9, ст. 813; № 30, ст. 3616; 2009, № 46, ст. 5419; 2010, № 19, ст. 2291; № 46, ст. 5918; 2011, № 6, ст. 793).

3. Дошкольное образовательное учреждение реализует основные общеобразовательные программы дошкольного образования, а также осуществляет присмотр и уход за детьми.

4. Дошкольное образовательное учреждение обеспечивает воспитание, обучение и развитие, а также присмотр, уход и оздоровление воспитанников в возрасте от 2 месяцев до 7 лет.

5. Дошкольное образовательное учреждение создает условия для реализации гарантированного гражданам Российской Федерации права на получение общедоступного и бесплатного дошкольного образования.

6. Основными задачами дошкольного образовательного учреждения являются:

охрана жизни и укрепление физического и психического здоровья воспитанников;

обеспечение познавательно-речевого, социально-личностного, художественно-эстетического и физического развития воспитанников;

воспитание с учетом возрастных категорий воспитанников гражданственности, уважения к правам и свободам человека, любви к окружающей природе, Родине, семье;

осуществление необходимой коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии воспитанников;

взаимодействие с семьями воспитанников для обеспечения полноценного развития детей;

оказание консультативной и методической помощи родителям (законным представителям) по вопросам воспитания, обучения и развития детей.

7. Дошкольное образовательное учреждение может проводить реабилитацию детей-инвалидов при наличии в учреждении соответствующих условий.

8. К дошкольным образовательным учреждениям относятся образовательные учреждения следующих видов:

детский сад (реализует основную общеобразовательную программу дошкольного образования в группах общеразвивающей направленности);

детский сад для детей раннего возраста (реализует основную общеобразовательную программу дошкольного образования в группах общеразвивающей направленности для воспитанников от 2 месяцев до 3 лет; создает условия для социальной адаптации и ранней социализации воспитанников);

детский сад для детей дошкольного (старшего дошкольного) возраста (реализует основную общеобразовательную программу дошкольного образования в группах общеразвивающей направленности, а также при необходимости в группах компенсирующей и комбинированной направленности для воспитанников в возрасте от 5 до 7 лет с приоритетным осуществлением деятельности по обеспечению равных стартовых возможностей для обучения детей

в общеобразовательных учреждениях);

детский сад пристража и оздоравлива (реализует основную общеобразовательную программу дошкольного образования в группах оздоровительной направленности с приоритетным осуществлением деятельности по проведению санитарно-гигиенических, лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий и процедур);

детский сад компенсирующего вида (реализует основную общеобразовательную программу дошкольного образования в группах компенсирующей направленности с приоритетным осуществлением деятельности по квалифицированной коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии одной и более категорий детей с ограниченными возможностями здоровья);

детский сад комбинированного вида (реализует основную общеобразовательную программу дошкольного образования в группах общеразвивающей, компенсирующей, оздоровительной и комбинированной направленности в разном сочетании);

детский сад общеразвивающего вида с приоритетным осуществлением деятельности по одному из направлений развития воспитанников (реализует основную общеобразовательную программу дошкольного образования в группах общеразвивающей направленности с приоритетным осуществлением развития воспитанников

по одному из таких направлений, как познавательно-речевое, социально-личностное, художественно-эстетическое или физическое);

центр развития ребенка — детский сад (реализует основную общеобразовательную программу дошкольного образования в группах общеразвивающей направленности и при необходимости в группах оздоровительной, компенсирующей и комбинированной направленности с приоритетным осуществлением деятельности по развитию воспитанников по нескольким направлениям, таким как познавательно-речевое, социально-личностное, художественно-эстетическое или физическое). В группах оздоровительной, компенсирующей и комбинированной направленности приоритетное осуществление развития воспитанников осуществляется по тем направлениям, которые наиболее способствуют укреплению их здоровья, коррекции недостатков в их физическом и (или) психическом развитии.

9. Основной структурной единицей дошкольного образовательного учреждения является группа воспитанников дошкольного возраста (далее — группа).

В случае создания групп в образовательных учреждениях других типов, реализующих основную общеобразовательную программу дошкольного образования в соответствии с лицензией, их деятельность регламентируется настоящим Типовым положением.

Группы могут иметь общеразвивающую, компенсирующую, оздоровительную или комбинированную направленность.

В группах общеразвивающей направленности осуществляется дошкольное образование в соответствии с образовательной программой образовательного учреждения, разрабатываемой им самостоятельно на основе примерной основной общеобразовательной программы дошкольного образования и федеральных государственных требований к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования и условиям ее реализации.

В группах компенсирующей направленности осуществляются квалифицированная коррекция недостатков в физическом и (или) психическом развитии и дошкольное образование детей с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с образовательной программой образовательного учреждения, разрабатываемой им самостоятельно на основе примерной основной общеобразовательной программы дошкольного образования и федеральных государственных требований к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования и условиям ее реализации, с учетом особенностей психофизического развития и возможностей воспитанников.

Группы оздоровительной направленности создаются для детей с туберкулезной интоксикацией, часто болеющих детей и

других категорий детей, нуждающихся в длительном лечении и проведении для них необходимого комплекса специальных лечебно-оздоровительных мероприятий. В группах оздоровительной направленности осуществляются дошкольное образование воспитанников в соответствии с образовательной программой образовательного учреждения, разрабатываемой им самостоятельно на основе примерной основной общеобразовательной программы дошкольного образования и федеральных государственных требований к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования и условиям ее реализации, а также комплекс санитарно-гигиенических, лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий и процедур.

В группах комбинированной направленности осуществляется совместное образование здоровых детей и детей с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с образовательной программой образовательного учреждения, разрабатываемой им самостоятельно на основе примерной основной общеобразовательной программы дошкольного образования и федеральных государственных требований к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования и условиям ее реализации, с учетом особенностей психофизического развития и возможностей воспитанников.

При необходимости в дошкольных образовательных учреждениях могут быть организованы:

группы по присмотру и уходу за детьми, включая организацию их питания и режима дня, без реализации основной общеобразовательной программы дошкольного образования. В группах по присмотру и уходу за детьми обеспечиваются их содержание и воспитание, направленные на социализацию и формирование у них практически ориентированных навыков, в том числе с учетом особенностей психофизического развития детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов;

семейные дошкольные группы с целью удовлетворения потребности населения в услугах дошкольного образования в семьях. Семейные дошкольные группы могут иметь общеразвивающую направленность или осуществлять присмотр и уход за детьми без реализации основной общеобразовательной программы дошкольного образования.

В группы могут включаться как воспитанники одного возраста, так и воспитанники разных возрастов (разновозрастные группы).

Группы различаются также по времени пребывания воспитанников и функционируют в режиме: полного дня (12-часового пребывания); сокращенного дня (8—10-часового пребывания); продленного дня (14-часового пребывания); кратковременного пребывания (от 3 до 5 часов в

день) и круглосуточного пребывания. Группы функционируют в режиме 5-дневной и 6-дневной рабочей недели. По запросам родителей (законных представителей) возможна организация работы групп также в выходные и праздничные дни.

10. Дошкольное образовательное учреждение в своей деятельности руководствуется федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, решениями соответствующего государственного или муниципального органа, осуществляющего управление в сфере образования, настоящим Типовым положением, уставом дошкольного образовательного учреждения (далее — устав), договором, заключаемым между дошкольным образовательным учреждением и родителями (законными представителями).

11. Язык (языки), на котором (которых) ведется обучение и воспитание в дошкольном образовательном учреждении, определяется учредителем и (или) уставом*.

* Пункт 3 статьи 6 Закона Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 30, ст. 1797; Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150; 2007, № 49, ст. 6070; 2011, № 23, ст. 3261).

12. Дошкольное образовательное учреждение в целях выполнения стоящих перед ним задач имеет право устанавливать прямые связи с предприятиями, учреждениями и организациями, в том числе иностранными.

13. Дошкольное образовательное учреждение несет в установленном законодательством Российской Федерации порядке ответственность за*:

невыполнение функций, отнесенных к его компетенции;

реализацию не в полном объеме основной общеобразовательной программы дошкольного образования; качество образования своих воспитанников;

жизнь и здоровье воспитанников и работников дошкольного образовательного учреждения во время образовательного процесса;

нарушение прав и свобод воспитанников и работников дошкольного образовательного учреждения;

иные действия, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

14. В дошкольном образовательном учреждении не допускаются создание и деятельность

организационных структур политических партий, общественно-политических и религиозных движений и организаций (объединений)*. В государственном и муниципальном дошкольном образовательном учреждении образование носит светский характер**.

II. Организация деятельности дошкольного образовательного учреждения

15. Дошкольное образовательное учреждение создается учредителем и регистрируется в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

16. Права юридического лица у дошкольного образовательного учреждения в части ведения уставной финансово-хозяйственной деятельности возникают с момента его регистрации.

Дошкольное образовательное учреждение самостоятельно осуществляет финансово-хозяйственную деятельность, может иметь самостоятельный баланс и лицевой счет (счет), открытый в ус-

* Пункт 3 статьи 32 Закона Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 30, ст. 1797; Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150; 2002, № 26, ст. 2517; 2003, № 2, ст. 163; 2004, № 27, ст. 2714; № 35, ст. 3607; 2007, № 1, ст. 21; № 30, ст. 3808; № 49, ст. 6070; 2010, № 46, ст. 5918).

* Пункт 5 статьи 1 Закона Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 30, ст. 1797; Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150; 2004, № 35, ст. 3607; 2007, № 1, ст. 21).

** Пункт 4 статьи 2 Закона Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 30, ст. 1797; Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150).

тановленном порядке, печать установленного образца, штамп и бланки со своим наименованием.

17. Право на осуществление образовательной деятельности возникает у дошкольного образовательного учреждения с момента выдачи ему лицензии на осуществление образовательной деятельности.

18. Дошкольное образовательное учреждение может быть создано, реорганизовано и ликвидировано в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

19. Содержание образовательного процесса в дошкольном образовательном учреждении определяется основной общеобразовательной программой дошкольного образования, разрабатываемой и утверждаемой им самостоятельно. Основная общеобразовательная программа дошкольного образования разрабатывается в соответствии с федеральными государственными требованиями к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования и условиям ее реализации, а также примерной основной образовательной программой дошкольного образования, которая определяет содержание обязательной части основной общеобразовательной программы дошкольного образования.

20. В соответствии с целями и задачами, определенными уставом, дошкольное образовательное

учреждение может реализовывать дополнительные образовательные программы и оказывать дополнительные образовательные услуги за пределами определяющих его статус образовательных программ с учетом потребностей семьи и на основе договора, заключаемого между дошкольным образовательным учреждением и родителями (законными представителями).

Платные образовательные услуги не могут быть оказаны взамен и в рамках основной образовательной деятельности, финансируемой учредителем.

21. Режим работы дошкольного образовательного учреждения и длительность пребывания в нем воспитанников определяются уставом учреждения.

22. Организация питания в дошкольном образовательном учреждении возлагается на дошкольное образовательное учреждение*.

23. Медицинское обслуживание воспитанников в дошкольном образовательном учреждении обеспечивают органы здравоохранения. Дошкольное образовательное учреждение обязано предоставить помещение с соответствующими условиями.

* Пункт 5 статьи 51 Закона Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 30, ст. 1797; Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150; 2004, № 35, ст. 3607; 2007, № 49, ст. 6070).

ющими условиями для работы медицинских работников*.

24. Педагогические работники дошкольных образовательных учреждений обязаны проходить периодические бесплатные медицинские обследования, которые проводятся за счет средств учредителя <*>.

Иные работники дошкольных образовательных учреждений проходят обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры (обследования) за счет средств работодателя***.

III. Комплектование дошкольного образовательного учреждения

25. Порядок комплектования дошкольного образовательного учреждения определяется учредителем в соответствии с законодательством Российской Федерации и закрепляется в уставе.

* Пункт 4 статьи 51 Закона Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 30, ст. 1797; Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150; 2004, № 35, ст. 3607; 2007, № 49, ст. 6070).

** Пункт 3 статьи 51 Закона Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 30, ст. 1797; Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150; 2004, № 35, ст. 3607; 2007, № 49, ст. 6070).

*** Статья 213 Трудового кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 1, ст. 3; 2004, № 35, ст. 3607; 2006, № 27, ст. 2878; 2008, № 30, ст. 3616).

26. В дошкольное образовательное учреждение принимают детей в возрасте от 2 месяцев до 7 лет. Прием детей осуществляется на основании медицинского заключения, заявления и документов, удостоверяющих личность одного из родителей (законных представителей).

27. Дети с ограниченными возможностями здоровья, дети-инвалиды принимаются в группы компенсирующей и комбинированной направленности только с согласия родителей (законных представителей) на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии.

28. При приеме детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов в дошкольные образовательные учреждения любого вида дошкольное образовательное учреждение обязано обеспечить необходимые условия для организации коррекционной работы, в группах по присмотру и уходу за детьми — условия, учитывающие особенности их психофизического развития.

29. Количество и соотношение возрастных групп детей в дошкольном образовательном учреждении определяется учредителем.

IV. Участники образовательного процесса

30. Участниками образовательного процесса дошкольного образовательного учреждения являются воспитанники, их родители (законные представители), педагогические работники.

31. При приеме детей в дошкольное образовательное учреждение последнее обязано ознакомить родителей (законных представителей) с уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности и другими документами, регламентирующими организацию образовательного процесса.

32. Установление платы, взимаемой с родителей (законных представителей) за содержание ребенка в дошкольном образовательном учреждении, производится в соответствии с законодательством Российской Федерации.

33. Отношения между дошкольным образовательным учреждением и родителями (законными представителями) регулируются договором между ними, который не может ограничивать установленные законом права сторон*.

34. Отношения воспитанника и персонала дошкольного образовательного учреждения строятся на основе сотрудничества, уважения личности воспитанника и предоставления ему свободы развития в соответствии с индивидуальными особенностями.

35. Порядок комплектования персонала дошкольного образовательного учреждения регламентируется его уставом.

* Пункт 4 статьи 18 Закона Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 30, ст. 1797; Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150; 2004, № 35, ст. 3607).

36. К педагогической деятельности в дошкольном образовательном учреждении допускаются лица, имеющие среднее профессиональное или высшее профессиональное образование. Образовательный ценз указанных лиц подтверждается документами государственного образца о соответствующем уровне образования и (или) квалификации.

К педагогической деятельности не допускаются лица*:

лишенные права заниматься педагогической деятельностью в соответствии с вступившим в законную силу приговором суда; имеющие или имевшие судимость, подвергающиеся или подвергавшиеся уголовному преследованию (за исключением лиц, уголовное преследование в отношении которых прекращено по реабилитирующим основаниям) за преступления против жизни и здоровья, свободы, чести и достоинства личности (за исключением незаконного помещения в психиатрический стационар, клеветы и оскорбления), половой неприкосновенности и половой свободы личности, против семьи и несовершеннолетних, здоровья населения и общественной нравственности, а также против общественной безопасности;

имеющие неснятую или непогашенную судимость за умыш-

* Статья 331 Трудового кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 1, ст. 3; 2006, № 27, ст. 2878; 2010, № 52, ст. 7002).

ленные тяжкие и особо тяжкие преступления;

признанные недееспособными в установленном федеральным законом порядке;

имеющие заболевания, предусмотренные перечнем, утверждаемым федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, социального развития, труда и защиты прав потребителей.

37. Права работников дошкольного образовательного учреждения и меры их социальной поддержки определяются законодательством Российской Федерации, уставом и трудовым договором.

38. Работники дошкольного образовательного учреждения имеют право*:

на участие в управлении дошкольным образовательным учреждением в порядке, определяемом уставом;

на защиту своей профессиональной чести, достоинства и деловой репутации.

39. Дошкольное образовательное учреждение устанавливает:

* Пункт 1 статьи 55 Закона Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 30, ст. 1797; Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150; 2000, № 33, ст. 3348; 2002, № 26, ст. 2517; 2004, № 35, ст. 3607; 2007, № 1, ст. 21; № 7, ст. 838; № 30, ст. 3808; 2010, № 31, ст. 4184; 2011, № 1, ст. 51).

структуру управления деятельностью дошкольного образовательного учреждения, штатное расписание, распределение должностных обязанностей работников*;

заработную плату работников, в том числе надбавки и доплаты к должностным окладам, порядок и размеры их премирования**.

V. Управление дошкольным образовательным учреждением

40. Управление дошкольным образовательным учреждением осуществляется в соответствии с Законом Российской Федерации «Об образовании», иными законодательными актами Российской Федерации, настоящим Типовым положением и уставом.

41. Управление дошкольным образовательным учреждением строится на принципах единоначала и самоуправления, обеспечивающих государственно-обще-

* Подпункт 9 пункта 2 статьи 32 Закона Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 30, ст. 1797; Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150; 2002, № 26, ст. 2517; 2003, № 2, ст. 163; 2004, № 27, ст. 2714; № 35, ст. 3607; 2007, № 1, ст. 21; № 49, ст. 6070; 2010, № 46, ст. 5918).

** Подпункт 10 пункта 2 статьи 32 Закона Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 30, ст. 1797; Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150; 2002, № 26, ст. 2517; 2003, № 2, ст. 163; 2004, № 27, ст. 2714; № 35, ст. 3607; 2007, № 1, ст. 21; № 49, ст. 6070; 2010, № 46, ст. 5918).

ственный характер управления дошкольным образовательным учреждением. Формами самоуправления дошкольного образовательного учреждения, обеспечивающими государственно-общественный характер управления, являются попечительский совет, общее собрание, педагогический совет и другие формы. Порядок выборов органов самоуправления и их компетенция определяются уставом.

42. Устав дошкольного образовательного учреждения и изменения к нему принимаются общим собранием и утверждаются учредителем в установленном порядке.

43. Непосредственное руководство дошкольным образовательным учреждением осуществляет заведующий.

Прием на работу заведующего дошкольным образовательным учреждением осуществляется в порядке, определяемом его уставом, и в соответствии с законодательством Российской Федерации.

44. Заведующий дошкольным образовательным учреждением:

действует от имени дошкольного образовательного учреждения, представляет его во всех учреждениях и организациях;

распоряжается имуществом дошкольного образовательного учреждения в пределах прав и в порядке, определенных законодательством Российской Федерации;

выдает доверенности;

открывает лицевой счет (счет) в установленном порядке в со-

ответствии с законодательством Российской Федерации;

осуществляет прием на работу и расстановку кадров, поощряет работников дошкольного образовательного учреждения, налагает взыскания и увольняет с работы;

несет ответственность за деятельность дошкольного образовательного учреждения перед учредителем.

VI. Имущество и средства учреждения

45. За дошкольным образовательным учреждением в целях обеспечения образовательной деятельности в соответствии с его уставом учредитель в установленном порядке закрепляет объекты права собственности (здания, сооружения, имущество, оборудование, а также другое необходимое имущество потребительского, социального, культурного и иного назначения), принадлежащие учредителю на праве собственности или арендуемые им у третьего лица (собственника).

Земельные участки закрепляются за государственными и муниципальными дошкольными образовательными учреждениями в порядке, установленном законодательством Российской Федерации*.

* Пункт 1 статьи 39 Закона Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 30, ст. 1797; Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150; 2004, № 35, ст. 3607; 2006, № 45, ст. 4627; 2007, № 7, ст. 834; № 27, ст. 3213; 2008, № 52, ст. 6241; 2009, № 51, ст. 6158).

Объекты собственности, закрепленные учредителем за дошкольным образовательным учреждением, находятся в оперативном управлении этого учреждения*.

Дошкольное образовательное учреждение несет ответственность перед собственником за сохранность и эффективное использование закрепленной за этим учреждением собственности. Контроль деятельности образовательного учреждения в этой части осуществляется учредителем или иным юридическим лицом, уполномоченным собственником**.

Учредитель дошкольного образовательного учреждения обеспечивает развитие и обновление материально-технической базы дошкольного образовательного учреждения.

При включении в состав воспитанников дошкольного образовательного учреждения детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов ма-

териально-техническая база дошкольного образовательного учреждения должна обеспечивать возможность беспрепятственного доступа их в помещения дошкольного образовательного учреждения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, специальных кресел и другие условия). Дети с ограниченными возможностями здоровья, дети-инвалиды вправе пользоваться необходимыми техническими средствами, а также услугами ассистента (помощника), оказывающего им необходимую техническую помощь.

46. Финансовое обеспечение деятельности дошкольного образовательного учреждения осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Дошкольное образовательное учреждение вправе привлекать в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, дополнительные финансовые средства за счет предоставления платных дополнительных образовательных и иных предусмотренных уставом услуг, а также за счет добровольных пожертвований и целевых взносов физических и (или) юридических лиц, в том числе иностранных граждан и (или) иностранных юридических лиц.

Дошкольное образовательное учреждение вправе вести в соответствии с законодательством Российской Федерации приносящую доход деятельность, предусмотренную его уставом.

47. При финансовом обеспечении малокомплектных сельских

* Пункт 2 статьи 39 Закона Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 30, ст. 1797; Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150; 2004, № 35, ст. 3607; 2006, № 45, ст. 4627; 2007, № 7, ст. 834; № 27, ст. 3213; 2008, № 52, ст. 6241; 2009, № 51, ст. 6158).

** Пункт 3 статьи 39 Закона Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 30, ст. 1797; Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150; 2004, № 35, ст. 3607; 2006, № 45, ст. 4627; 2007, № 7, ст. 834; № 27, ст. 3213; 2008, № 52, ст. 6241; 2009, № 51, ст. 6158).

и рассматриваемых в качестве таковых органами государственной власти и органами, осуществляющими управление в сфере образования, дошкольных образовательных учреждений должны учитываться затраты, не зависящие от количества детей.

48. Привлечение дошкольным образовательным учреждением дополнительных финансовых средств, указанных в пункте 46 настоящего Типового положения, не влечет за собой снижения размеров его финансирования за счет средств учредителя.

49. Финансовые и материальные средства дошкольного образовательного учреждения, закрепленные за ним учредителем, используются им в соответствии с уставом и изъятию не подлежат, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

При ликвидации дошкольного образовательного учреждения денежные средства и иные объекты собственности за вычетом платежей по покрытию своих обязательств направляются на цели развития образования.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 20.03.2012 г. № 244н «О нормативах затрат на проведение в 2012 году диспансеризации одного ребенка»

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1234 «О порядке предоставления субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 2, ст. 395; № 9, ст. 1249; 2012, № 1, ст. 102) приказываю:

1. Утвердить по согласованию с Министерством образования и науки Российской Федерации,

Министерством финансов Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования нормативы затрат на проведение в 2012 году диспансеризации одного ребенка:

в возрасте от 0 до 4 лет включительно — в размере 2313 рублей;

в возрасте от 5 до 17 лет включительно — в размере 2900 рублей.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 марта 2011 г. № 187н «О нормативах затрат на проведение в 2011 году диспансеризации одного ребенка» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2011 г. № 20391).

Министр

Т. Голикова

Доступность образовательных услуг детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях малых северных городов

Бурыгина Т.Е.,

заведующий сектором дошкольного и специального (коррекционного) образования, Департамент образования администрации г. Ноябрьска, г. Ноябрьск ЯНАО

Получение качественного образования — одно из фундаментальных прав человека. Для лиц, имеющих ограниченные возможности, образование также жизненно важно, поскольку способствует развитию личности, повышению его социального статуса, защищенности. Поэтому одним из направлений целевой программы «Развитие системы образования Ямало-Ненецкого автономного округа на 2011—2015 годы» является инклюзивное образование. Инклюзивное (от фр. *inclusif* — включающий в себя, от лат. *include* — заключаю, включаю), или включенное, образование — термин, используемый для описания процесса обучения детей с особыми потребностями в общеобразовательных (массовых) школах. В основу инклюзивного образования положена идеология, исключающая любую дискриминацию детей, которая обеспечивает равное отношение ко всем людям, но создает необходимые условия для детей, испытывающих особые образовательные потребности.

Обсуждение идей инновационных подходов к образованию детей с ограниченными возможностями в последнее время в основном сводится к дискуссии по поводу предоставления возможности выбора родителями двух путей социально-реабилитационного сопровождения: через организацию коррекционного пространства в стенах специальной школы, детского сада компенсирующего вида, специального (коррекционного) класса (группы) или в условиях обычной массовой школы со всеми социально-психологическими рисками для такого ребенка. Опубликованные в педагогических изданиях социологические исследования показывают, что второй маршрут активизирует механизмы взаимодействия ребенка со средой и только потом — коррекцию нарушенных функций и тем самым способствует более эффективному сопровождению не только самого ребенка, но и всей его семьи. В нашем городе традиционен первый путь — много лет существует отлаженный механизм

обучения детей в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях, специальных (коррекционных) классах общеобразовательных школ, группах компенсирующей направленности дошкольных образовательных учреждений. В 2011/12 уч. г. в 51 группе для детей с нарушением речи, слуха, зрения, задержкой психического развития, умственной отсталостью, детским ранним аутизмом, нарушением опорно-двигательного аппарата получают дошкольное образование 773 ребенка, в 36 специальных (коррекционных) классах для детей с задержкой психического развития, нарушением слуха, зрения, умственной отсталостью обучаются 382 учащихся.

Но вместе с тем, не разрушая выстроенную систему специального образования, мы планомерно работаем над вопросами инклюзивного образования, которая была бы наиболее приемлема в условиях нашего города. В городе реализуется проект «Доступность образовательных услуг детям с ограниченными возможностями здоровья “Мир один для всех”». В содержание проекта включены мероприятия по развитию инклюзивного образования, внедрению новых технологий и обеспечению оборудованием нового поколения, позволяющим расширить образовательные возможности детей с особыми образовательными потребностями. Проект включает два направления образования: обучение детей

на дому и непосредственно в образовательном учреждении.

Домашнее обучение — вариант обучения детей-инвалидов, при котором преподаватели образовательного учреждения организовано посещают ребенка и проводят с ним занятия непосредственно по месту его проживания. Для детей-инвалидов, которым противопоказано посещение детского сада, его специалистами предусматривается домашнее обучение. В 2011/12 уч. г. на таком обучении в МДОУ «Аленький цветочек» находятся 7 детей-инвалидов дошкольного возраста с лейкозом, аномалиями развития сердца и др.

Дистанционное обучение — комплекс образовательных услуг, предоставляемых детям-инвалидам с помощью специализированной информационно-образовательной среды, базирующейся на средствах обмена учебной информацией на расстоянии (компьютерная связь). Центр дистанционного образования организован в нашем городе на базе общеобразовательной школы № 2. Для осуществления дистанционного обучения учащимся предоставлено компьютерное оборудование, с помощью которого поддерживается связь ребенка со школой. В ходе учебного процесса проходит как общение преподавателя с ребенком в режиме онлайн, так и выполнение учащимся заданий, присланных ему в электронном виде, с последующей отправкой результа-

тов учителю. Учащиеся имеют возможность не только получить качественное образование, но и использовать социокультурный потенциал дистанционной «школы» через контакты, форумы, дополнительные образовательные курсы, участвуя в выставках, проектах. Такое обучение не исключает и непосредственное проведение уроков на дому, оказание психолого-медико-педагогического сопровождения на базе школы, а также и социокультурную реабилитацию, в том числе и участие детей в школьных мероприятиях.

В реализуемом проекте предусмотрена организация деятельности *смешанных классов*, где учатся обычные дети и 1—2 ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Условием для обучения детей-инвалидов является то, что смешанный класс формируется изначально, т.е. дети с ограниченными возможностями здоровья приходят в школу с первого класса. Такой класс работает в режиме «полного» дня, что не связано напрямую с инклюзивным экспериментом, но дети-инвалиды также могут находиться в школе в течение дня. При этом родители самостоятельно должны обеспечить доставку детей в школу. Кроме этого, с моей точки зрения, этим детям на уроке нужна дополнительная помощь, которую может оказать им педагог сопровождения или тьютор. Педагогическое сопровождение — также относительно новая для школы практика.

Традиционно считалось, что ребенок, поступивший в школу, самостоятельно должен справляться со всеми задачами учебной и внеурочной деятельности. Дополнительную специализированную помощь могут оказать ученику специалисты: учитель-логопед, учитель-дефектолог, педагог-психолог. Такие занятия проводятся индивидуально или в группе по определенному расписанию. Однако ученику с проблемами здоровья необходимо постоянное ежедневное сопровождение, которое осуществляется по двум уровням в зависимости от потребностей ученика. Первый уровень — сопровождение ученика тьютором. Главная задача тьютора в модели инклюзивного образования — оказывать ребенку физическую поддержку, помогать перемещаться, чувствовать себя уверенно в пространстве класса, школьном здании. Очень важен эмоциональный контакт тьютора с его подопечным, ведь ему приходится выполнять не только механическую, но и педагогическую воспитательную работу. Своим примером взрослый показывает окружающим детям то, как следует относиться к ребенку с проблемами физического здоровья, какую помощь можно ему оказать и как правильно это сделать. Работу тьютора может выполнять подготовленный социальный педагог или воспитатель, родитель. В перспективе, в старших классах роль тьютора, мы надеемся,

смогут выполнять подготовленные одноклассники ребенка, но на начальном этапе обязательно нужен взрослый.

Некоторым детям с особенностями развития недостаточно только физического сопровождения, специфика их нарушений требует, чтобы сопровождающий обладал методиками специальной коррекционной педагогики. Отсюда вырисовывается второй уровень сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья — постоянное педагогическое сопровождение ученика специалистом. Например, ребенку с нарушением слуха необходим сурдопедагог, с нарушением зрения — тифлопедагог. Только при таком сопровождении возможно обучение ребенка с нарушениями здоровья в общеобразовательном классе. В этом случае педагогом сопровождения может быть дефектолог, учитель, прошедший переподготовку, или даже родитель, получивший специальное образование. Если родители осознанно делают выбор в пользу общеобразовательной школы, то после получения специального коррекционного образования могут быть приняты на работу в школу для осуществления специального педагогического сопровождения учащегося. Присутствие в классе ребенка со специфическими нарушениями потребует и от учителя данного класса постоянного обучения и овладения методиками разноразовного, дифференцированно-

го обучения, работы в тесном взаимодействии с педагогом сопровождения, чтобы получить высший результат обученности ребенка.

Опыт работы с детьми-инвалидами показывает, что дети с проблемами здоровья при соответствующей помощи и поддержке могут активно участвовать не только в учебном процессе, но и во внеклассной работе, в праздниках и концертах, могут петь, читать стихи, исполнять роли, участвовать в играх и конкурсах.

Что касается нашего города, в ближайшей перспективе рассматривается создание такого класса на базе МОУ СОШ № 2. Данная школа выбрана не случайно, так как именно в ней созданы условия безбарьерной среды, включающей пандусы при входе, подъемную платформу с вертикальным перемещением для инвалидов. В школе оборудованы кабинеты для педагога-психолога, учителей-логопедов, тифлопедагога, биологической обратной связи и лечебной физкультуры. Созданные оздоровительные условия в МОУ СОШ № 2 позволяют оказывать детям с ограниченными возможностями здоровья процедуры водолечения (душ Шарко, шотландский и циркулярный душ, восходящий душ и подводный душ-массаж), стоматологическую помощь, ЛФК, ароматерапию, массаж, услуги сауны, а также расширенные физиотерапевтические процедуры (электрофорез, гальванизация, ультра-

звук, УВЧ, дарсонвализация, магнитотерапия, ингаляции, КУФ, общее УФО и др.).

В дошкольных образовательных учреждениях предусмотрена организация деятельности *групп комбинированной направленности*. Данная форма организации образовательного процесса предусматривает обучение детей с ограниченными возможностями здоровья по соответствующим нарушениям образовательным программам в одной группе с нормально развивающимися сверстниками.

В Типовом положении о дошкольном образовательном учреждении предусмотрен данный вид групп, а также предельная наполняемость включения категории детей с ОВЗ в группы комбинированной направленности. Содержание образовательного процесса в группе комбинированной направленности определяется программой дошкольного образования и специальными (коррекционными) программами с учетом индивидуальных особенностей воспитанников (возраста, структуры нарушения, уровня психофизического развития и т.п.).

Педагогический коллектив самостоятелен в выборе программ из комплекса вариативных общеобразовательных и коррекционных программ. На каждого воспитанника группы составляется индивидуальная программа развития. Для организации такой работы в штат вводится должность учителя-дефектолога (в группу с деть-

ми: с нарушением слуха — сурдопедагога, с нарушением зрения — тифлопедагога, с нарушением интеллекта — олигофренопедагога; должность учителя-логопеда может вводиться в дополнение к должности учителя-дефектолога, например, в группу для детей с нарушением зрения, интеллекта и т.д.). При этом максимальное количество времени следует отводить на коррекционно-развивающие занятия учителя-дефектолога и педагога-психолога. В зависимости от степени выраженности и сложности структуры нарушения, продвижения ребенка в процессе обучения и желания родителей (законных представителей) обучение в группе комбинированной направленности может осуществляться 1—2 года или до его поступления в общеобразовательное учреждение. В настоящее время у нас работают 17 таких групп для детей с умственной отсталостью, тяжелыми нарушениями речи.

Апробируется в соответствии с мероприятиями проекта *и точечная инклюзия* — частичное включение ребенка дошкольного возраста в образовательный процесс (от 1 до 3 ч). Данное направление связано с заболеваниями, которые не позволяют ребенку полный день находиться в образовательном учреждении из-за своего заболевания (организации питания, лечебные процедуры и т.д.). В течение последних двух лет данное направление реализуется в детском саду «Лукоморье».

Ребенок в силу специфики заболевания посещает детский сад не более 2 ч, где выполняются показания по индивидуальной программе реабилитации и рекомендации муниципальной психолого-медико-педагогической комиссии. Для него разработана индивидуальная образовательная программа и программа психолого-медико-педагогического сопровождения.

Кроме этого, в проекте предусмотрены *формы обучения детей с ограниченными возможностями здоровья, имеющими сложный дефект*. В детском саду это группы «Особый ребенок», в школе — классы социальной реабилитации. В нашем городе для детей-инвалидов, состояние здоровья которых исключает возможность их пребывания в образовательных учреждениях, в МДОУ «Аленький цветочек» функционирует группа кратковременного пребывания, которую посещают дети, не владеющие навыками самообслуживания, самостоятельно не передвигающиеся. Созданные условия в специальной (коррекционной) школе позволяют детям-инвалидам с глубокой умственной отсталостью обучаться в классе социальной реабилитации. До прихода в специальную (коррекционную) школу некоторые дети-имбецилы не могли испытывать даже элементарные человеческие эмоции и ориентироваться в пространстве, их буквально надо было водить за руку. Педагоги не питают радужных

иллюзий, что их дети освоят какую-нибудь профессию и станут приносить пользу обществу, но здесь говорят, что если они рождаются, значит, они должны уметь жить и делать хотя бы элементарные вещи. Такой ребенок посмотрит телевизор или прочтет несложную книжку, он сможет обслужить и занять себя чем-то в свободное время.

Еще одной из эффективных форм инклюзивного образования стали *лекотеки*. Цель их создания — обеспечение психолого-педагогического и медико-социального сопровождения детей от 6 месяцев до 7 лет с ограниченными возможностями здоровья и особыми образовательными потребностями и их семей, коррекция отклонений в развитии детей для формирования предпосылок к учебной деятельности и подготовки их к последующей интеграции в общество на основе игровых и арт-терапевтических методов.

Лекотеку детского сада «Ручеек» посещают слепые и слабовидящие дети, лекотеку МДОУ «Лукоморье» — дети с умственной отсталостью. На базе лекотек с родителями детей-инвалидов с глубокой патологией зрения проводятся консультации по развитию навыков ориентировки в пространстве, осязательного восприятия, социально-бытовой ориентировки; с родителями детей с умственной отсталостью — занятия и консультации по вопросам развития и социализации.

По итогам окружного конкурса образовательных инициатив МДОУ «Ручеек» и «Лукоморье» были отмечены окружные инновационные площадки.

Один из важных моментов инклюзивного образования — социализация детей с ограниченными возможностями здоровья, которая происходит не только в процессе совместного обучения с одноклассниками. Также они активно участвуют в фестивалях и конкурсах художественного творчества, спортивных соревнованиях различного уровня, 162 ребенка-инвалида (68%) посещают кружки различной направленности. Они привлекаются к участию в школьных, городских, окружных мероприятиях: конкурсы творчества, спортивные соревнования, ярмарки поделок, выставки рисунков и др. Поэтому закономерно, что в проекте предусмотрены мероприятия по социальной реабилитации детей-инвалидов.

Конечно же, инклюзивное образование имеет большие преимущества:

- создание в общеобразовательном учреждении специальных условий обучения для детей с особыми образовательными потребностями;
- гибкой адаптивной образовательной среды, которая может соответствовать образовательным потребностям всех детей данного образовательного учреждения;
- обучение в условиях общих классов массовой школы, групп детского сада комбинированного вида с предоставлением ребенку необходимой психолого-педагогической поддержки профильными специалистами;
- подготовку детского, педагогического и родительского коллективов к принятию детей с ограниченными возможностями здоровья и создание таких условий обучения, которые были бы комфортными для всех детей и способствовали бы достижению максимального уровня развития, а также социальной реабилитации ребенка и его интеграции в общество;
- формирование в сообществе (класс, группа, школа) навыков толерантности, т.е. терпимости, милосердия, взаимоуважения.

Но вместе с тем нужно выделить и существующие в настоящее время *барьеры инклюзивного образования*:

- отсутствие гибких образовательных стандартов;
- несоответствие учебных планов и содержания обучения массовой школы особым образовательным потребностям ребенка;
- отсутствие специальной подготовки педагогического коллектива образовательного учреждения общего типа, незнание основ коррекционной педагогики и специальной психологии;
- отсутствие у педагогов массовых школ представлений об особенностях психофизического раз-

- вития детей с ограниченными возможностями здоровья, методиках и технологии организации образовательного и коррекционного процессов для них;
- недостаточное материально-техническое оснащение общеобразовательного учреждения под нужды детей с ограниченными возможностями здоровья (отсутствие пандусов, лифтов, специального учебного, реабилитационного, медицинского оборудования, специально оборудованных учебных мест и т.д.);
 - отсутствие в штатном расписании образовательных учреждений общего типа дополнительных ставок педагогических (сурдопедагоги, логопеды, педагоги-психологи, тифлопедагоги, педагоги-тьюторы) и медицинских работников;
 - подушевое финансирование инклюзивных классов;
 - отсутствие предельной наполняемости смешанных классов инклюзивного обучения с указанием количества учащихся с ограниченными возможностями здоровья.

Учитывая все риски, понятно, что не каждое образовательное учреждение готово сейчас проводить учебные занятия для детей с проблемами здоровья. Однако важно, чтобы администрация и педагоги детских садов и школ осознали необходимость начала такой работы, и в тех образовательных учреждениях, где есть понимание нужности и важности инклюзивного образования, эта работа началась бы.

Вопрос об инклюзии ребенка в каждом конкретном случае решается исходя из желания родителей, индивидуальных особенностей ребенка и возможностей образовательного учреждения включить его в учебный процесс, но главное, о чем нужно помнить, — то, что такие дети нуждаются в согласованных действиях родителей, педагогов и специалистов. Положительный опыт говорит о том, что задача инклюзивного образования детей с проблемами здоровья выполнима.

Хочется отметить также, что инклюзивное образование важно не только само по себе, ведь возможности и методики могут работать на всех детей. Образовательная среда инклюзивной школы должна формировать у каждого ребенка убежденность в ценности образования для достижения жизненного успеха, толерантное отношение к людям в чем-то отличающихся от большинства, умение сопереживать и помогать тому, кто рядом, кто в этом нуждается, проявлять лучшие свои человеческие качества в конкретной повседневной практической деятельности. Как сказал Д.А. Медведев: «Мы обязаны создать для инвалидов нормальную систему образования, чтобы дети и подростки с ограниченными возможностями могли обучаться среди сверстников, в том числе и в обычных общеобразовательных школах. Это нужно не только им, но самому обществу».

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ СЕРИИ «ВМЕСТЕ С ДЕТЬМИ»

ПРАЗДНИКИ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ 4—5 ЛЕТ Сценарии для ДОУ

Автор — Картушина М.Ю.



Пособие содержит цикл оздоровительных досугов по сказочным сюжетам. Предлагаемые развлечения способствуют развитию творческих способностей детей средней группы детского сада, помогают закрепить навыки выполнения элементов самомассажа, развивать координацию движений, закрепить полученные знания о здоровом образе жизни. Включают разнообразные авторские игры и нотное приложение — песни, танцы, хороводы и музыкальные игры.

ПРАЗДНИКИ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ 5—6 ЛЕТ Сценарии для ДОУ

Автор — Картушина М.Ю.



Представлены разработки оздоровительных досугов, основанных на народных праздниках, для детей старшего дошкольного возраста. Предлагаемый материал адресован музыкальным руководителям, воспитателям, инструкторам по физической культуре детских дошкольных учреждений, организаторам детского досуга, учителям начальных классов.

ПРАЗДНИКИ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ 6—7 ЛЕТ Сценарии для ДОУ

Автор — Картушина М.Ю.



В книге представлены сценарии оздоровительных досугов познавательной направленности для детей подготовительной группы детского сада. Сценарии включают большое количество разнообразных игр: подвижных, коммуникативных, игр-соревнований. В игровой форме происходит ознакомление с природно-климатическими зонами, различными видами ландшафтов, странами и населяющими их народами. Сценарии, представленные в сборнике, разнообразны по форме и содержанию.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

Пришлите заявку **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40,
по E-mail: sfera@cnt.ru, **по тел.:** (495) 656-75-05, 656-72-05
или закажите в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru

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

«Дошкольное воспитание», «Логопедия», «Педагогика и психология»,
«Начальная и средняя школа», «Подписные издания».



ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ СЕРИИ «ЗДОРОВЫЙ МАЛЫШ»



КАК СДЕЛАТЬ ОСАНКУ КРАСИВОЙ, А ПОХОДКУ ЛЕГКОЙ

Автор — Бабенкова Е.А.

Книга посвящена воспитанию навыков правильной осанки и походки у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Представлены рекомендации по определению нарушений опорно-двигательного аппарата, комплексы упражнений корригирующей гимнастики, лечебной физической культуры, вопросы и ответы для проверки знаний и деятельности обучающихся по формированию правильной осанки и походки.



ЗИМНИЕ ЗАНЯТИЯ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ С ДЕТЬМИ 5—7 ЛЕТ

Планирование, конспекты

Автор — Сулим Е.В.

В пособии представлен оригинальный материал, предназначенный для повышения интереса детей к физкультурным занятиям на свежем воздухе в зимний период: обучение ходьбе на лыжах, катанию на санках, скольжению по ледяным дорожкам и спортивной игре «Сноубол».

В издании содержатся календарно-перспективное планирование физкультурных занятий в зимнее время года для средней, старшей и подготовительной к школе групп; примерные конспекты занятий на свежем воздухе и разнообразные спортивные игры и упражнения.



ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ 6—7 ЛЕТ

Автор — Картушина М.Ю.

В методическом пособии представлена система оздоровительных интегрированных занятий для детей подготовительной к школе группы, направленных на профилактику нарушений опорно-двигательного аппарата и зрения у детей, повышение резистентности организма. В книге широко представлены приемы и методы оздоровления детей: различные виды массажа и самомассажа, комплексы общеразвивающих упражнений и корригирующей гимнастики.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

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

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

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

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

«Дошкольное воспитание», «Логопедия», «Педагогика и психология», «Начальная и средняя школа», «Подписные издания».



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

2012

2-е полугодие

Индексы в каталогах

	Роспечать	Пресса России	Почта России
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	36804 Подписка только в первом полугодии	39757 (без рабочих журналов)	10399 (без рабочих журналов)
«Управление ДОУ» с приложением «Управление ДОУ» «Медработник ДОУ» «Инструктор по физкультуре» «Воспитатель ДОУ» с библиотекой «Воспитатель ДОУ» «Логопед» с библиотекой и учебно-игровым комплектом «Логопед»	82687 80818 80553 48607 80899 58035 18036 82686	 42120 42122 39755 39756	 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!

Световой климат в дошкольных учреждениях

Мониторинг здоровья в ДОУ

Гендерное воспитание в дошкольном образовательном учреждении

Профилактика краснухи и эпидемического паротита

Принципы лечения, реабилитации и диспансеризации детей, больных циститом

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, № 5 (33)

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 12.07.12. Формат
60×90¹/₁₆. Усл. печ. л. 8,0. Тираж 6000 экз.
Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2012

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2012

© Т.В. Цветкова, 2012



4 607091 440263



0 0031