

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра поликлинической педиатрии
с курсом здорового ребенка и общего ухода за детьми**

**МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ
ПО ОБЛЕГЧЕНИЮ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ
К ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ**

Учебное пособие для студентов,
обучающихся по специальности «Педиатрия» 060103
по дисциплине «Поликлиническая педиатрия»

Иваново 2012

Составители:

Л.А. Жданова
А.В. Шишова
Г.Н. Нуждина
С.И. Мандров
Л.К. Молькова
И.Е. Бобошко
М.Н. Салова

Учебное пособие посвящено одному из важных разделов программы обучения студентов педиатрического факультета — контролю за адаптацией детей в образовательных учреждениях и мероприятиям по ее облегчению. Представлена система мероприятий, включающая прогнозирование, профилактику и коррекцию отклонений в состоянии их здоровья, возникающих при нарушении социальной адаптации. Приводятся критерии оценки вариантов течения адаптации и описывается их клинико-функциональная характеристика.

Рецензенты:

Заведующая кафедрой поликлинической педиатрии с основами формирования здоровья ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор Ю.А. Алексеева

Заведующая кафедрой поликлинической педиатрии ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» МЗ РФ доктор медицинских наук, профессор Т.Г. Авдеева

© ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ России, 2012

СОДЕРЖАНИЕ	Стр.
ВВЕДЕНИЕ	4
СИСТЕМА МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ ИХ АДАПТАЦИИ К ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ...	5
1. ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ К ПОСТУПЛЕНИЮ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ	6
– Подготовка детей к поступлению в дошкольное образовательное учреждение	6
– Подготовка детей к поступлению в школу	13
2. КОНТРОЛЬ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ (ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЭТАП)	21
3. ОРГАНИЗАЦИЯ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ (ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП)	28
4. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ, ВОЗНИКШИХ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ (КОРРЕКЦИОННЫЙ ЭТАП)	33
ПРИЛОЖЕНИЯ	44
ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ПО РАЗДЕЛУ «МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	101
ПО ОБЛЕГЧЕНИЮ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ	
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ	106
НОРМАТИВНО-ПРАВОВС ЫЕ АКТЫ	113
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	113
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	114

Поступление ребенка в образовательное учреждение сопровождается изменением окружающей его среды, встречей с новыми детьми и взрослыми. При этом меняется режим дня, характер питания, система поведенческих реакций (динамический стереотип) ребенка, возникает необходимость устанавливать новые социальные связи. Эти факторы обуславливают необходимость адаптации к новым условиям жизни с мобилизацией психических и физиологических механизмов, обеспечивающих данный процесс.

В общебиологическом понимании адаптация — приспособление живого организма к постоянно меняющимся условиям существования во внешней среде. Социальная адаптация — это приспособление организма к новым условиям социального существования — поступление в ясли, детский сад, школу, начало профессиональной деятельности и т.д. Механизмы социальной адаптации формируются в ходе индивидуального развития ребенка. Наиболее интенсивно это происходит в раннем возрасте ввиду особой пластичности нервной системы.

Адаптационные изменения в организме характеризуются сдвигами, присущими эмоциональному стрессу: отмечается напряжение функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и вегетативной нервной систем, меняется уровень метаболизма, центральное и периферическое кровообращение, может снижаться активность местной защиты. Причем, чем меньше возраст ребенка, тем эмоционально-стрессовая реакция протекает более генерализованно с вовлечением не только центральной и вегетативной нервной систем, но и метаболических процессов и факторов местной защиты. Поэтому срыв адаптации в раннем возрасте чаще бывает в виде острых респираторных заболеваний. В более старшем возрасте основной «удар» эмоционального стресса берет на себя психо-эмоциональная сфера и основными клиническими проявлениями дизадаптации становятся функциональные расстройства центральной нервной системы.

В период адаптации у детей могут наблюдаться следующие клинические проявления:

1. Появление негативных эмоционально-поведенческих реакций: страха, агрессии, гнева, депрессии, чрезмерной двигательной активности или общей заторможенности, негативизма, ограничение социальных контактов и познавательной деятельности.

2. У детей раннего возраста при длительном и выраженном стрессе может наблюдаться регресс психомоторного развития. При этом у них утрачивается часть приобретенных ранее навыков, возможно уменьшение речевой активности вплоть до полного исчезновения. У школьников при длительном и выраженном стрессе возможно замедление темпов интеллектуального развития.

3. Появление пограничных нервно-психических расстройств:

- *гипердинамического синдрома*, проявляющегося двигательной расторможенностью, агрессивностью, взрываемостью;

- *синдрома навязчивых движений* (сосание пальцев, покусывание ногтей, навязчивое покашливание, закручивание волос, выщипывание ресниц и бровей, различные тики и т.д.);

- *фобического синдрома*, проявляющегося пугливостью, различными страхами (ночные страхи, страх плохой отметки, учителя, наказания и т.д.);

- *астенического синдрома*, характеризующегося повышенной утомляемостью, общей слабостью, снижением умственной и физической работоспособности и успеваемости;

- *соматовегетативного синдрома* в виде нарушения сна, головных болей, кардиалгий, респираторно-аффективных приступов, энуреза, снижения аппетита, болей в животе, срыгиваний, рвоты, расстройства стула, энкопреза, беспричинного субфебрилитета, аллергических сыпей;

- *синдрома патохарактерологических реакций* (особенно у подростков) — отказ от

учебы, уход с уроков, нежелание выполнять требования старших, уход из дома и др.

4. Недостаточная прибавка или потеря массы тела, возможно замедление темпов роста, снижение уровня гемоглобина, связанные с активацией катаболических процессов.
5. У подростков может наблюдаться замедление темпов полового созревания.
6. Учащение острой респираторной заболеваемости, формирование хронической патологии.
7. У школьников может снижаться острота зрения и нарушаться осанка.
8. Артериальные гипо- или гипертензивные реакции.

Клинические проявления адаптационного синдрома зависят от возраста ребенка, уровня его физического и интеллектуального развития, состояния здоровья, т. е. от степени соответствия его психофункциональных возможностей требованиям и условиям образовательного учреждения.

Дети, имеющие низкие психофункциональные возможности, труднее адаптируются к новым микросоциальным условиям. У них развивается выраженная и длительная эмоционально-стрессовая реакция, которая приводит к неблагоприятному течению адаптации и формированию нарушений здоровья дизадаптационного генеза. Эти положения диктуют необходимость организации медико-психолого-педагогического сопровождения детей в периоде их адаптации к образовательному учреждению и проведения мероприятий по профилактике и коррекции дизадаптационных расстройств здоровья.

СИСТЕМА МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ ИХ АДАПТАЦИИ К ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ

Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации №60 от 14.03.95 г. «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возраста на основе медико-экономических нормативов», №151 от 7.05.98 г. «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям», №154 от 05.05.99 г. «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста», совместным приказом Министерства здравоохранения и Министерства образования Российской Федерации №186/272 от 30.06.92 г. «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях» определены следующие периоды жизни ребенка, в которые необходимо проводить наблюдение за течением адаптации: при поступлении в детское дошкольное учреждение, школу, при переходе к предметному обучению, на III ступень школьного образования, к началу среднего профессионального образования.

Медико-педагогические мероприятия по облегчению адаптации детей к образовательному учреждению включают в себя работу по следующим направлениям:

- 1) подготовка детей к поступлению в образовательное учреждение; прогнозирование течения адаптации (прогностический этап);
- 2) контроль за состоянием здоровья детей в период адаптации (диагностический этап);
- 3) организация жизни детей в период адаптации (оздоровительный этап);
- 4) индивидуальная коррекция нарушений здоровья, возникших в период адаптации (коррекционный этап).

1 ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ К ПОСТУПЛЕНИЮ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Цель этой работы — устранение влияния неблагоприятных социально-биологических, психологических и других факторов на рост и развитие ребенка, формирование его адаптационных возможностей и приведение психофункциональных возможностей ребенка в соответствие с требованиями новой микросоциальной среды. Поэтому она должна осуществляться задолго до того, как ребенок поступит в дошкольное учреждение и школу.

ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ К ПОСТУПЛЕНИЮ В ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ (ДОУ)

Всю организационную и методическую деятельность детской поликлиники по подготовке детей к поступлению в дошкольное образовательное учреждение возглавляет заведующий педиатрическим отделением. Работа осуществляется участковым врачом-педиатром, участковой медицинской сестрой, фельдшером или медицинской сестрой кабинета здорового ребенка и состоит из двух основных разделов: общей и специальной подготовки.

Общая подготовка — это проведение систематических, начиная с периода новорожденности, профилактических осмотров детей на педиатрическом участке, комплексной оценки здоровья и назначение индивидуальных оздоровительных и корригирующих мероприятий.

При подготовке детей раннего возраста к поступлению в ясли необходимо учитывать, что легче адаптация к ДОУ протекает у детей первого полугодия жизни и старше 1,5 лет, а тяжелее — в возрасте с 7 до 18 месяцев. Это связано с различной реакцией организма детей на изменение микросоциальной среды.

Так, у детей первого полугодия жизни прочный динамический стереотип еще не сформирован, поэтому привыкание к новым условиям протекает легко.

Возраст с 7 до 18 месяцев жизни характеризуется установлением прочного динамического стереотипа за счет активного взаимодействия ребенка с окружающей средой. Однако способность к его перестройке и формированию новых коммуникативных отношений с детьми и взрослыми ограничена. Поэтому в этот период адаптация к новой социальной среде протекает тяжелее, чем в первые 6 месяцев жизни. Ребенок не воспринимает объяснения взрослого о событиях, которых не было в его личном опыте, т.е. ему трудно объяснить, почему он должен посещать детские ясли.

В возрасте старше 18-ти месяцев дети могут быть ориентированы посредством речевого общения на предстоящее изменение условий. Это обеспечивает более быструю перестройку динамического стереотипа и облегчает социальную адаптацию.

Специальная подготовка начинается не позднее, чем за 6 месяцев до поступления ребенка в детское дошкольное учреждение. Врач составляет предварительный план подготовки ребенка к поступлению в ДООУ. В форме № 112/у в листе уточненных диагнозов ставится отметка о начале подготовки ребенка к поступлению в дошкольное учреждение.

Специальная подготовка включает в себя следующие мероприятия.

1. Прогнозирование течения адаптации.

Для прогноза наиболее информативными являются следующие признаки, расположенные в порядке уменьшения значимости:

– *для детей раннего возраста при поступлении в детские ясли:* 1) частые заболевания матери; 2) несоответствие домашнего режима ясельному; 3) возраст ребенка от 9 до 18 месяцев; 4) токсикоз 2-й половины беременности; 5) заболевания у матери во время беременности; 6) вредные привычки у ребенка; 7) асфиксия при рождении; 8) низкий культурный уровень семьи; 9) злоупотребление алкоголем отца; 10) резкие отношения между родителями; 11) отставание в нервно-психическом развитии; 12) раннее искусственное вскармливание; 13) рахит 2-3 степени; 14) отсутствие закаливания и подготовки к яслям; 15) 2-я и 3-я группы здоровья; 16) масса тела при рождении менее 2500 и более 4000 г; 17) частые заболевания отца; 18) заболевания ребенка на первом году жизни; 19) содержание гемоглобина 116 г/л и менее; 20) хронические заболевания у родителей;

– *для дошкольников при поступлении в детский сад:* 1) частые (более 4-х раз в год) заболевания ребенка; 2) неудовлетворительная предшествующая адаптация к яслям; 3) злоупотребление алкоголем отца; 4) резкие отношения между родителями; 5) неправильное домашнее воспитание до поступления в детский сад; 6) недружелюбное отношение ребенка к другим детям; 7) употребление алкоголя матерью; 8) мужской пол ребенка; 9) медленная ориентация в новой среде; 10) низкий культурный уровень семьи; 11) осложнения в родах; 12) масса тела при рождении до 2500 г; 13) отклонения в физическом развитии.

При наличии у ребенка 4-5 и более факторов риска, особенно указанных выше под №№1-6, наиболее вероятен прогноз неблагоприятного течения адаптации.

Прогнозирование течения адаптации целесообразно проводить дважды — в начале подготовительной работы (за 6 месяцев до поступления в ДООУ) и непосредственно перед поступлением детей в ДООУ.

2. Гигиеническое обучение и воспитание родителей.

Основная цель — довести до сведения родителей и научить их основным приемам подготовки детей к поступлению в дошкольное учреждение. В качестве основных форм такой работы рекомендуются организация «Школы матерей» и проведение родительских конференций со следующей медицинской и педагогической тематикой: «Подготовка детей к поступлению в

дошкольное учреждение», «Организация режима дня ребенка в период привыкания к условиям детских яслей и сада», «Питание детей раннего и дошкольного возраста», «Закаливание детей и профилактика простудных заболеваний», «Режим дня детей первых трех лет жизни», «Вредные привычки у детей и пути их устранения», «Роль игрушки в воспитании ребенка», «Особенности течения периода адаптации к ДОО и профилактика нарушений здоровья» и др. В проведении родительских конференций принимают участие заведующий отделением, опытные врачи и педагоги дошкольного учреждения. Конференции проводятся один раз в месяц по фиксированным дням. Возможно заочное обучение, для чего в детской поликлинике должны быть подготовлены папки с методическими материалами по указанным темам.

В поликлинике оформляется уголок для родителей детей, поступающих в ясли и сад, в которых отражаются основные моменты этой подготовки. Необходимо иметь стендовую информацию о том, какие документы и анализы нужны при устройстве ребенка в детское учреждение. Для родителей организуют консультации педагогов этих учреждений один-два раза в неделю по фиксированным дням. Целью консультаций является освещение вопросов воспитания детей в семье и их подготовки к поступлению в образовательные учреждения.

В период подготовки необходимо максимально приблизить домашний режим детей к режиму детского учреждения, объяснить родителям правила приема в ДОО и возможные изменения в поведении ребенка при адаптации к новым микросоциальным условиям, а также наметить мероприятия по предупреждению нежелательных последствий адаптационного периода. Родителям рекомендуется проводить прогулки с ребенком около детского дошкольного учреждения для создания положительной мотивации к его посещению.

3. *Профилактические осмотры.*

Профилактический осмотр детей целесообразно проводить за 2 месяца до поступления в ДОО. Ребенок должен быть осмотрен врачами-специалистами (окулистом, неврологом, отоларингологом, хирургом, стоматологом) и участковым педиатром, ему проводятся лабораторные исследования (клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов). Желательно, чтобы к моменту поступления в ДОО ребенок был привит в соответствии с календарем профилактических прививок. Целесообразно начать посещение ДОО не ранее, чем через один месяц после последней вакцинации.

4. *Оздоровительные мероприятия.*

Оздоровительные мероприятия направлены на повышение резистентности и снижение психо-эмоционального напряжения. С этой целью ребенку даются рекомендации по режиму, вскармливанию, санитарно-гигиеническому уходу, физическому воспитанию, стимуляции НПР, профилактическим прививкам и т.д. (см. учебное пособие «Профилактическая работа с детьми раннего возраста в поликлинике», Иваново, 2009 г.).

5. *Реабилитационные мероприятия.*

При выявлении отклонений в состоянии здоровья ребенку проводится реабилитация с обязательным привлечением врачей-специалистов по профилю имеющейся патологии.

В случае острого заболевания в период подготовки к ДОО ребенок может быть направлен в детский коллектив не ранее, чем через 2 недели после выздоровления.

Работа по подготовке ребенка к поступлению в дошкольное учреждение отражается в истории развития ребенка (форма №112/у). Участковый врач делает записи о начале и окончании подготовки, о результатах профилактических осмотров, проведенном оздоровлении и реабилитации, пишет эпикриз в «Истории развития ребенка» (форма 112/у). Если ребенку исполнилось 3 года, то для дошкольного учреждения участковый врач оформляет «Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений» (форма № 026/у-2000), в которой делает запись о комплексной оценке здоровья, указывает прогноз адаптации, дает рекомендации на пе-

риод адаптации по режиму дня, питанию, физическому воспитанию и закаливанию, индивидуальному подходу и лечебно-оздоровительным мероприятиям. Если ребенок при поступлении в ДООУ не достиг 3-летнего возраста, то педиатр оформляет на него выписку из истории развития (ф.№191), в которой отражает те же сведения, что и форме № 026/у-2000.

Родителям для передачи в ДООУ выдается «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений» (форма № 026/у-2000) или выписка из истории развития (форма №191) и справка об отсутствии контактов с инфекционными больными по месту жительства.

Схема ориентировочной основы действий при подготовке детей к поступлению в ДООУ представлена в таблице 1.

Таблица 1

**ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ОСНОВА ДЕЙСТВИЙ
ПРИ ПОДГОТОВКЕ ДЕТЕЙ К ПОСТУПЛЕНИЮ В ДООУ**

Указания к действию	Средства	Критерии самоконтроля
1	2	3
I. Осуществите общую подготовку ребенка к ДООУ.	Проведение систематических профилактических осмотров ребенка в условиях поликлиники, начиная с периода новорожденности.	В период новорожденности врач проводит патронажи до 10 дня жизни — ежедневно, затем на 14 и 21 день жизни; медсестра — до 14 дня жизни — ежедневно, затем на 14, 21 и 28 день жизни.
		Профосмотры детей 1-го года жизни проводятся ежемесячно, на 2-м году жизни — ежеквартально, на 3-м году жизни — раз в полгода.
	Комплексная оценка здоровья ребенка.	Факторы риска и направленность риска (группы риска). Заключение по физическому и нервно-психическому развитию,
	Назначение оздоровительных мероприятий, регламентированных возрастом ребенка.	Рекомендации по режиму, вскармливанию, санитарно-гигиеническому уходу, физическому воспитанию, стимуляции НПР, профилактическим прививкам, по профилактике выявленного риска.
	Назначение корригирующих мероприятий соответственно установленной патологии.	Рекомендации по лечению выявленной патологии (например, ППП ЦНС, дисбиоз кишечника, частая респираторная заболеваемость, атопический дерматит и т.д.)
II. Осуществите специальную подготовку ребенка к ДООУ.		
1. Определите время начала специальной подготовки ребенка к ДООУ.	Узнайте у родителей срок планируемого устройства в ДООУ.	Специальная подготовка начинается не позднее, чем за 6 месяцев до поступления ребенка в ДООУ.

2. Проведите прогнозирование течения адаптации ребенка к ДООУ.	Выявление факторов риска неблагоприятного течения адаптации к ДООУ (сбор анамнеза, анализ истории развития ребенка, анкетирование) и определение их значимости для прогноза течения адаптации.	Факторы риска неблагоприятного течения адаптации при поступлении в ясли: 1) частые заболевания матери; 2) несоответствие домашнего режима ясельному; 3) возраст ребенка от 9 до 18 месяцев; 4) токсикоз 2-й половины беременности; заболевания у матери во время беременности; вредные привычки у ребенка; 5) асфиксия при рождении; 6) низкий культурный уровень семьи;
		7) злоупотребление алкоголем отца; 8) резкие отношения между родителями; отставание в НПР; 9) раннее искусственное вскармливание; 10) рахит 2-3 степени; 11) отсутствие закаливания и подготовки к яслям; 12) 2-я и 3-я группы здоровья; 13) масса тела при рождении менее 2500,0 и более 4000,0г; 14) частые заболевания отца; 15) заболевания ребенка на первом году жизни; 16) содержание гемоглобина 116 г/л и менее; 17) хронические заболевания у родителей.
		Факторы риска неблагоприятного течения адаптации при поступлении в детский сад: 1) частые (более 4-х раз в год) заболевания ребенка; 2) неудовлетворительная предшествующая адаптация к яслям; 3) злоупотребление алкоголем отца; 4) резкие отношения между родителями; 5) неправильное домашнее воспитание до поступления в детский сад; 6) недружелюбное отношение ребенка к другим детям; 7) употребление алкоголя матерью; 8) мужской пол ребенка; 9) медленная ориентация в новой среде; 10) низкий культурный уровень семьи; 11) осложнения в родах; 12) масса тела при рождении до 2500 г; 13) отклонения в физическом развитии. При наличии 4-5 и более факторов риска, особенно под №№ 1-6, вероятен прогноз неблагоприятного течения адаптации.
3. Проведите комплексную	Профосмотр ребенка за 2 месяца до по-	Заключения специалистов: окулиста, невролога, отоларинголога, хирурга, стоматолога. Заключение пе-

оценку здоровья ребенка.	ступления в ДОУ.	диатра: комплексная оценка здоровья.
4. Проведите оздоровление ребенка.	Составление плана оздоровительных мероприятий, регламентированных возрастом ребенка	Рекомендации по режиму, вскармливанию, санитарно-гигиеническому уходу, физическому воспитанию, стимуляции НПР, профилактическим прививкам.
5. Проведите коррекцию выявленных у ребенка отклонений.	Составление индивидуального плана мероприятий по коррекции выявленных отклонений.	Назначения педиатра и врачей-специалистов по профилю имеющейся патологии.
6. Проведите гигиеническое обучение и воспитание родителей.	Определите формы и методы обучения.	«Школа матерей», родительские конференции, печатные методические материалы для родителей, стендовая информация, отражающая основные моменты подготовки к ДОУ (необходимые документы, анализы и т.д.).
	Определите тематику лекций, конференций.	Темы лекций: «Подготовка детей к поступлению в дошкольное учреждение», «Организация режима дня ребенка в период привыкания к условиям ДОУ», «Питание детей раннего и дошкольного возраста», «Закаливание детей и профилактика простудных заболеваний», «Режим дня детей первых трех лет жизни», «Вредные привычки у детей и пути их устранения», «Роль игрушки в воспитании ребенка», «Особенности течения периода адаптации к ДОУ, профилактика нарушений здоровья».
7. Оформите документацию, отражающую подготовку ребенка к ДОУ.	«История развития ребенка» — форма №112/у, «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений» — форма 026/у, справка об отсутствии контактов с инфекционными заболеваниями.	В форме №112/у участковый педиатр отмечает: - начало и окончание подготовки (в листе уточненных диагнозов); - результаты профилактических осмотров; - проведенные оздоровительные, реабилитационные мероприятия и их эффективность; - прогноз адаптации к ДОУ; - рекомендации на период адаптации по режиму дня, питанию, физическому воспитанию и закаливанию, индивидуальному подходу, лечебно-оздоровительным мероприятиям. В форме 026/у участковый врач заполняет паспортную часть, анамнез (биологический, генеалогический, социальный), жалобы, данные осмотра ребенка педиатром и специалистами, результаты лабораторного обследования, отражает комплексную оценку здоровья, прогноз течения адаптации, проведенные реабилитационные мероприятия и их эффективность, медико-педагогические рекомендации по ведению ребенка в период адаптации.

		Родителям для передачи в ДООУ выдается форма 026/у и справка об отсутствии контактов ребенка с инфекционными больными по месту жительства.
--	--	--

ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ К ПОСТУПЛЕНИЮ В ШКОЛУ

Всеи организационно-методической работой по подготовке детей к поступлению в школу руководит главный врач (заведующий) детской поликлиники. Он возглавляет комиссию, в состав которой входят заведующий отделением организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях (ответственный за подготовку детей к школе в условиях детского сада), заведующий педиатрическим отделением (ответственный за подготовку неорганизованных детей), старшие медицинские сестры этих отделений. Функциями комиссии являются: контроль за подготовкой детей, разбор случаев и анализ причин некачественной подготовки, изучение эффективности проводимых мероприятий, организация преемственности между работой поликлиники, дошкольных учреждений и школы. На заседания комиссии могут приглашаться участковые врачи, врачи дошкольных учреждений и школ, врачи-специалисты.

Подготовка ребенка к поступлению в школу активизируется с 3-летнего возраста в соответствии с рекомендациями объединенной сессии АМН и АПН СССР (1978). С этого возраста подготовка ребенка включает два аспекта: педагогический и медицинский. Педагогическое направление — это введение воспитательных программ, направленных на развитие школьно-необходимых функций. Медицинское направление предполагает проведение плановых профилактических осмотров и оздоровление детей.

За год до поступления в школу работа по подготовке ребенка к обучению должна активизироваться, что предусмотрено совместным приказом №186/272 Министерства здравоохранения и Министерства образования Российской Федерации от 30.06.92 г. В этом приказе периоды: за год до поступления в школу и перед поступлением в школу — обозначены как декретированные. Для этих периодов разработана специальная медико-педагогическая технология, включающая мероприятия, проводимые по следующим направлениям:

- 1) выявление факторов риска и прогнозирование неблагоприятного течения адаптации к школе;
- 2) ранняя диагностика нарушений здоровья и развития ребенка и оценка его функциональной готовности к обучению в школе;
- 3) общие и индивидуальные мероприятия, направленные на повышение резервных возможностей, профилактику нарушений здоровья и развитие школьно-необходимых функций;
- 4) индивидуальная коррекция выявленных нарушений.

Прогнозирование течения адаптации к школе. Первым направлением программы подготовки ребенка к школе является сбор данных о неблагоприятных факторах биологического и социального анамнеза, наличие которых указывает на высокий риск неблагоприятного течения его адаптации к школе. В настоящее время к таким факторам относят: 1) злоупотребление отца алкоголем, 2) школьную «незрелость» (по результатам теста Керна-Иерасека), 3) низкий культурный уровень семьи, 4) резкие отношения между родителями, 5) отсутствие у ребенка мотивации к обучению в школе, 6) курение матери, 7) малое внимание, уделяемое ребенку в семье, 8) пневмония на 1-м году жизни, 9) отставание в умственном развитии, 10) мужской пол ребенка, 11) асфиксия в родах, 12) употребление алкоголя матерью, 13) использование физических методов наказания ребенка, 14) гестоз 1-й и 2-й половины беременности, 15) 2-я, 3-я и 4-я группы здоровья ребенка.

Представленные факторы расположены в порядке убывания значимости для прогноза неблагоприятного течения адаптации к школе. При наличии у 6-7-летнего ребенка четырех и

более факторов, особенно указанных выше под №№ 1-6, наблюдается высокий риск неготовности к обучению и неблагоприятного течения адаптации к школе.

Более точный прогноз возможен при использовании количественного анализа факторов риска, алгоритм которого представлен в приложении 1.

Важно, что в структуре факторов риска преобладают управляемые или частично управляемые социальные факторы. Поэтому целесообразно проводить прогнозирование течения адаптации за год до поступления в школу с тем, чтобы своевременно выявить детей, имеющих неблагоприятный прогноз. Этим детям в течение года необходимо провести медико-педагогические мероприятия по устранению или уменьшению влияния факторов риска, а также оздоровительные мероприятия. Повторное прогнозирование проводится непосредственно перед поступлением детей в школу. Результаты прогнозирования заносятся в «Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений» (форма № 026/у-2000). Эти дети в последующем требуют индивидуального подхода со стороны учителя, учета их характерологических особенностей, проведения психопрофилактических мероприятий.

Ранняя диагностика нарушений здоровья и развития ребенка и оценка его функциональной готовности к обучению в школе. Реализация этого направления предусматривает расширение программы профилактических осмотров за год до поступления в школу. Каждый ребенок проходит обследование не только по базовой, но и по дополнительной скрининг-программе.

Базовая программа представлена в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации №60 от 14.03.95 г. «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возраста на основе медико-экономических нормативов». Методика проведения и оценка методов доврачебного тестового обследования описана в методическом пособии МЗ РФ «Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада и школы» (1993).

Дополнительная скрининг-программа включает группы тесты, направленных на выявление нарушений развития и выявление симптомов заболеваний.

А. Выявление нарушений развития:

1) определение биологического возраста проводится по темпам второй дентации (прил. 2);

2) расширенная оценка физической подготовленности проводится по тестам базовой скрининг-программы (определение максимальной силы, силовой выносливости, скоростно-силовых качеств, координации движений и ловкости) и расширенной скрининг-программы (исследование жизненной емкости легких (ЖЕЛ), становой силы, выносливости мышц спины, общей выносливости, физической работоспособности). Методика проведения тестов, а также возрастные стандарты, в том числе региональные, для оценки их результатов приведены в приложении 3. При оценке необходимо учитывать биологический возраст ребенка.

3) оценка психологической готовности по тесту Керна-Иерасека (прил. 4) и данным эмоционально-поведенческих реакций у детей (прил. 7).

Тест Керна-Иерасека интегральный. Результаты тестирования зависят от развития целого ряда показателей психомоторного развития:

– отдельных интеллектуальных функций: эрудиции, способности к анализу и синтезу, зрительно-моторной координации, кратковременной памяти;

– моторики пальцев кисти;

– развития эмоционально-волевой сферы ребенка.

Дети, получившие за тест Керна-Иерасека 9 и более баллов, считаются неготовыми к

школьному обучению и нуждаются в консультации психолога для углубленной диагностики отстающих функций.

Б. Выявление симптомов заболеваний:

1) выявление пограничных нервно-психических расстройств — проводится путем анкетирования родителей по специальной анкете (приложение 5);

2) выявление дефектов звукопроизношения (прил. 6).

Независимо от результатов скрининг-тестов все дети за год до обучения в школе осматриваются врачом-педиатром и врачами-специалистами (невропатологом, окулистом, отоларингологом, хирургом-ортопедом, стоматологом, по показаниям — логопедом, психиатром) с проведением клинического анализа крови, общего анализа мочи, анализа кала на яйца глистов. Врач-педиатр проводит анализ и обобщение результатов скрининг-тестов и лабораторного обследования, осмотров специалистов, делает комплексную оценку состояния здоровья (КОЗ) ребенка, дает заключение о его функциональной готовности к школе, а также прогнозирует течение адаптации к ней.

Заключение по комплексной оценке функциональной готовности к обучению в школе может быть сформулировано следующим образом: «Функционально готов к обучению в школе» и «функционально не готов к обучению в школе». В заключение выносятся причины неготовности (отстающие в развитии функции или заболевания). По результатам профилактического осмотра назначаются индивидуальные и групповые коррекционные мероприятия, которые позволяют в этот период ликвидировать недоразвитие школьно-необходимых функций и имеющиеся нарушения здоровья.

Перед поступлением в школу вся диагностическая программа (доврачебный, врачебно-педагогический, специализированный этапы) должна быть выполнена повторно. Детям, у которых выявляется тот или иной вид функциональной неготовности к школе, повторение отдельных диагностических методов возможно в течение года по мере проведения коррекционных мероприятий. Повторное проведение всей диагностической программы (непосредственно перед поступлением в школу) позволяет дать окончательное заключение о функциональной готовности к обучению, а также оценить эффективность мероприятий по подготовке ребенка к школе.

Результаты углубленного медицинского педагогического обследования с комплексной оценкой состояния здоровья и заключением о функциональной готовности к обучению в школе вносятся в «Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений» (форма № 026/у-2000).

Оздоровительный этап. В течение последнего года перед поступлением в школу необходимо проводить оздоровительные мероприятия по активному формированию психофункциональной готовности детей к обучению.

Оздоровительный этап включает в себя **общие и индивидуальные мероприятия**, направленные на повышение резервных возможностей, профилактику нарушений здоровья и развитие школьно-необходимых функций.

Медицинская сестра дошкольного учреждения осуществляет ежедневный контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований, за питанием, физическим воспитанием, учебно-воспитательным процессом. Выявленные нарушения она доводит до сведения врача, заведующей детским дошкольным учреждением.

Медицинские работники детского дошкольного учреждения согласовывают с педагогами и психологами общие оздоровительные мероприятия по подготовке детей к обучению в школе, направленные на повышение функционального резерва и массовую профилактику отклонений здоровья: увеличение резервных возможностей кардиореспираторной системы (прил. 13), развитие качеств общей выносливости, профилактика острой заболеваемости, нарушений

опорно-двигательного аппарата и близорукости (прил. 9).

Мероприятия включают в себя оптимизацию физического воспитания, увеличение двигательной активности, закаливание воздухом и водой, утренний оздоровительный бег (прил. 11), комплекс специальных упражнений, физкультминутки. Медицинская сестра осуществляет ежедневный контроль проведения этих мероприятий.

Для повышения резистентности организма возможно обучение детей самомассажу биологически активных точек (прил. 12).

Целесообразно также обучение детей методам снятия психоэмоционального напряжения: элементам аутотренинга, методам мышечной релаксации.

Более подробно методики проведения оздоровительных мероприятий представлены в разделе «Организация жизни детей в период адаптации» и в учебных пособиях «Оздоровление детей и подростков в образовательных учреждениях» (Иваново, 2009) и «Закаливание детей» (Иваново, 2005).

Индивидуальная коррекция выявленных нарушений. При выявлении нарушений здоровья врач совместно с педагогом составляет индивидуальный план мероприятий по их коррекции: занятия в кабинете лечебной физкультуры, охраны зрения, занятия с логопедом, назначение педагогами специальных упражнений во время занятий в детском дошкольном учреждении и дома, лечение у педиатра, противорецидивное лечение у врачей-специалистов. Медицинская сестра контролирует выполнение рекомендаций.

В зависимости от степени развития школьно-необходимых функций врач совместно с педагогом-психологом назначает специальные корригирующие упражнения и контролирует их выполнение в течение всего периода подготовки к школе.

Если у ребенка по тесту Керна-Иерасека выявлен недостаточно сформированный навык письма, то педагог на занятиях или в виде заданий на дом родителям использует комплексы специальных упражнений по обучению дошкольников элементам письма.

Комплекс упражнений по развитию ручной ловкости (Т.С. Комарова, 1984) рекомендуется применять на физкультурных паузах во время занятий письмом, рисованием, требующих большой нагрузки на мелкие мышцы кисти и высокой точности движений (прил. 10).

Комплекс упражнений на развитие координации движений рук (А. Д. Добогай, 1985) следует использовать на физкультурных занятиях и как домашние задания (прил. 10).

Рекомендуемые упражнения обоих комплексов направлены на развитие и совершенствование у детей 5-7 лет навыка письма как составной части школьно-необходимых функций.

Детям с недоразвитием моторики пальцев кисти, помимо увеличения занятий лепкой, вырезанием аппликаций, мозаикой, вязанием крючком, вышиванием, может быть предложен комплекс специальных упражнений для развития ручной ловкости.

В зависимости от характера недоразвития воли, внимания, памяти и других функций, воспитатель дает домашнее задание родителям ребенка по формированию недостающих качеств.

Если у ребенка признаны низкими показатели физической подготовленности по данным медико-педагогического контроля, проведенного за год до обучения, воспитатель обращает на это внимание родителей и дает рекомендации, какие именно навыки и качества следует развивать в течение подготовительного к школе периода. Так, например, при недостаточной выносливости сердечно-сосудистой системы ребенка родителям рекомендуется шире использовать оздоровительный бег, помимо занятий им в детском саду с воспитателем.

Для коррекции выявленных нарушений осанки в комплекс физических упражнений целесообразно включать элементы лечебной физкультуры после консультации со специалистом

по лечебной физкультуре. При выраженных нарушениях осанки необходимо назначение курса лечебной физкультуры в условиях детской поликлиники.

Схема мероприятий по формированию функциональной готовности к школе представлена в таблице 2.

**Схема мероприятий
по формированию функциональной готовности к школе**

1. Общие мероприятия	
1.1. Соблюдение санитарно-гигиенических требований в ДОУ	
– Контроль за организацией питания	
– Контроль за организацией физического воспитания	
– Контроль за организацией обучения	
1.2. Мероприятия, направленные на повышение функционального резерва и массовую профилактику отклонений здоровья	
– Увеличение резервных возможностей кардиореспираторной системы	Оптимизация физического воспитания. Увеличение двигательной активности. Закаливание Утренний оздоровительный бег
– Развитие качеств общей выносливости	
– Профилактика острой заболеваемости	
– Профилактика нарушений опорно-двигательного аппарата и близорукости	Комплекс специальных упражнений, физкультминутки
2. Индивидуальные мероприятия	
Коррекция отклонений здоровья и недоразвития функций:	
– Нарушения опорно-двигательного аппарата	Занятия в кабинете лечебной физкультуры
– Снижение остроты зрения	Занятия в кабинете охраны зрения
– Снижение физической подготовленности: недостаточная выносливость, снижение физиометрических показателей	Индивидуализация физического воспитания
– Наличие дефектов речи	Занятия с логопедом
– Недоразвитие моторики кисти	Индивидуальное назначение педагогами специальных упражнений во время занятий на дому
– Недостаточная психическая готовность к обучению	Специальные упражнения на занятиях в ДОУ и дома, назначенные педагогом-психологом
– Анемия	Лечение у педиатра
– Хроническая патология	Противорецидивное лечение у специалистов
– Ребенок из группы ЧБД	Оздоровительные мероприятия
– Невротические реакции	Наблюдение у психолога, психотерапевта
– Отставание биологического возраста от паспортного	Консультация эндокринолога

Ориентировочная основа действий при подготовке детей к поступлению в школу представлена в таблице 3.

**ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ОСНОВА ДЕЙСТВИЙ
ПРИ ПОДГОТОВКЕ ДЕТЕЙ К ПОСТУПЛЕНИЮ В ШКОЛУ**

Ука- зания к действию	Средства	Критерии самоконтроля
1	2	3
1. Определите время начала подготовки в школу.	Совместный приказ №186/272 Министерства здравоохранения и Министерства образования Российской Федерации от 30.06.92 г.	Периоды за год до поступления в школу и перед поступлением в школу обозначены как декретированные.
2. Проведите прогнозирование течения адаптации ребенка к школе.	Выявление факторов риска неблагоприятного течения адаптации к школе: сбор анамнеза, анализ медицинской карты ребенка — 026/у, анкетирование.	Факторы риска неблагоприятного течения адаптации к школе: 1) злоупотребление отца алкоголем; 2) школьная «незрелость» (по результатам теста Керна-Иерасека); 3) низкий культурный уровень семьи; 4) резкие отношения между родителями; 5) отсутствие у ребенка мотивации к обучению в школе; 6) курение матери; 7) малое внимание, уделяемое ребенку в семье; 8) пневмония на 1-м году жизни;

		9) отставание в умственном развитии; 10) мужской пол ребенка; 11) асфиксия в родах; 12) употребление алкоголя матерью; 13) использование физических методов наказания ребенка; 14) гестоз 1-й и 2-й половины беременности; 15) 2-я, 3-я и 4-я группы здоровья. При наличии у 6-7-летнего ребенка четырех и более факторов, особенно указанных под № 1-6, наблюдается высокий риск неготовности к обучению и неблагоприятного течения адаптации к школе.
3. Проведите диагностику нарушений здоровья и развития ребенка, оцените его функциональную готовность к обучению.		
3.1. Выявите нарушения развития.	Определение биологического возраста по темпам второй	Заключение - Биологический возраст соответствует паспортному

	дентации.	возрасту. - Биологический возраст опережает паспортный возраст. Биологический возраст отстает от паспортного возраста.
	Оценка физической подготовленности по тестам расширенной программы.	Заключение - Физическая подготовленность высокая. - Физическая подготовленность средняя. - Физическая подготовленность низкая.
	Оценка психологической готовности ребенка к школе по тесту Керна-Иерасека.	Заключение - Готов к школьному обучению. - Не готов к школьному обучению.
3.2. Выявите симптомы заболеваний.	Анкетирование родителей или самих детей (начиная с 5-го класса) для выявления симптомов пограничных нервно-психических расстройств.	Пограничные нервно-психические расстройства: - гипердинамический синдром; - синдром навязчивых движений; - фобический синдром; - астенический синдром; - соматовегетативный синдром; - синдром патохарактерологических реакций и др.
	Выявление дефектов звукопроизношения.	Указать, какие звуки ребенок произносит неправильно.
	Осмотр ребенка педиатром, неврологом, оку-	Заключения специалистов и педиатра (КОЗ).

	листом, отоларингологом, хирургом-ортопедом, стоматологом, по показаниям — логопедом, психиатром. Назначение клинического анализа крови, общего анализа мочи, анализа кала на яйца глистов.	
--	---	--

3.3. Определите готовность ребенка к школе.	Анализ результатов обследования ребенка.	Заключение. - «Функционально готов к обучению в школе». - «Функционально не готов к обучению в школе». Указать причины неготовности (отстающие в развитии функции и/или наличие заболеваний).
4. Проведите оздоровление ребенка.	Назначение оздоровительных мероприятий, регламентированных возрастом ребенка.	Назначение общих и индивидуальных мероприятий, направленных на повышение резервных возможностей, профилактику нарушений здоровья и развитие школьно-необходимых функций.
5. Проведите индивидуальную коррекцию выявленных нарушений.	Коррекция нарушений осанки.	Занятия в кабинете лечебной физкультуры, выполнение специальных упражнений в ДОУ, дома.
	Коррекция нарушений зрения.	Занятия в кабинете охраны зрения, выполнение специальных упражнений в ДОУ, дома.
	Коррекция дефектов звукопроизношения.	Занятия с логопедом, выполнение специальных упражнений в ДОУ, дома.
	Острые и хронические заболевания, требующие диспансерного наблюдения.	Противоречивое лечение у педиатра, врачей-специалистов.
	Низкая физическая подготовленность.	Рекомендации воспитателям и родителям по развитию низких показателей

		физической подготов- ленности.
	Психоло- гическая него- товность по тесту Керна-Иерасека.	Рекомендации воспитателям и роди- телям по формирова- нию отстающих в раз- витии школьно- необходимых функ- ций: упражнения по обучению элементам письма, по развитию ручной ловкости, ко- ординации движений рук, моторики пальцев кисти, ручной ловко- сти. Задание на дом родителям ребенка по формированию у него недостающих качеств: воли, внимания, памя- ти и других функций.

КОНТРОЛЬ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ (ДИА- ГНОСТИЧЕСКИЙ ЭТАП)

Контроль за состоянием здоровья детей в период адаптации осуществляется с первых дней пребывания ребенка в дошкольном учреждении и школе. Медицинским персоналом на каждого ребенка заводится «Лист наблюдения за адаптацией», первая страница которого заполняется педагогами-воспитателями; вторая страница — медицинскими работниками. В период адаптации ребёнка «Лист наблюдения за адаптацией» (прил. 8) находится у воспитателя или учителя.

Медицинская сестра при участии воспитателя в детском дошкольном учреждении, учи-
теля в школе осуществляет наблюдение за адаптацией детей по следующим критериям.

1 критерий — динамика эмоционально-поведенческих реакций. Контроль за ними проводит воспитатель в детских яслях — ежедневно, у дошкольников — 1 раз в 3 дня, а именно на 3,6,9,12 и т.д. день пребывания в ДООУ.

С помощью специальных шкал (прил. 7) оцениваются следующие поведенческие реак-
ции: сниженное настроение, социальные контакты, игровая деятельность, познавательная дея-
тельность, дисциплина, агрессия, страх, двигательная активность, сон, аппетит. Оценка прово-
дится по 10-балльной системе со знаком + или –, т.е. от –10 до +10. Воспитатель суммирует
баллы по всем параметрам. Оценку каждой эмоционально-поведенческой реакции и сумму бал-

лов он заносит в соответствующую таблицу в листе адаптации. Наблюдение за течением адаптации проводят до стабилизации суммарной оценки эмоционально-поведенческих реакций на уровне не ниже +40 баллов (две-три оценки).

У школьников оценку эмоционально-поведенческих реакций проводит учитель в 1 четверти — один раз в две недели, а во II, III, IV четвертях — в конце каждой четверти.

После каждой оценки эмоционально-поведенческих реакций медсестра анализирует результаты, выявляет детей, имеющих отрицательные оценки или значительное их снижение даже при положительном их значении (например, с +50 до +30). Такая динамика отражает нарастание психо-эмоционального напряжения и может предшествовать заболеванию ребенка. Медсестра информирует об этих детях врача-педиатра.

2 критерий — возникновение симптомов пограничных нервно-психических расстройств (невротических реакций). Их активное выявление проводят посредством анкетирования родителей в детском дошкольном учреждении 1 раз в неделю, у первоклассников — в конце каждой четверти, при переходе к предметному обучению и далее — 1 раз в полугодие (в конце II и IV четвертей). Используется анкета, представленная в приложении 3. Начиная с 5 класса возможно анкетирование самих учащихся.

У детей в зависимости от продолжительности, обилия и выраженности симптоматики невротические реакции могут быть слабо, умеренно или значительно выраженными.

Слабо выраженные невротические реакции диагностируются при наличии жалоб в одной или двух анкетах. Они проявляются чаще легкими астеническими или соматовегетативными расстройствами и не приводят к нарушению социальной адаптации. Умеренно выраженные невротические реакции фиксируются в нескольких анкетах и могут сохраняться до завершения периода адаптации. У этих детей, наряду с выраженной астенизацией, увеличивается частота соматовегетативных расстройств, появляются гипердинамический синдром, патологические привычные действия и различные страхи. В большинстве случаев эти нарушения могут быть скорректированы режимными и педагогическими мероприятиями. Значительно выраженные невротические реакции — это пограничные с неврозом состояния, требующие медицинской коррекции. Они сохраняются в течение всего периода адаптации, отличаются особой длительностью и выраженностью астенизации, соматовегетативными и гипердинамическими проявлениями.

3 критерий — определение уровня нервно-психического развития (используется у детей раннего возраста); проводится один раз в 5-7 дней.

4 критерий — динамика массы тела; измерение этого показателя проводит медицинская сестра у детей раннего возраста — 1 раз в 3 дня, у дошкольников — 1 раз в 5-7 дней, у первоклассников — в конце каждой четверти, при переходе к предметному обучению и на III ступень обучения — в конце каждого полугодия (конец II и IV четвертей).

5 критерий — контроль гемоглобина; проводится по назначению врача, если вес ребёнка снижается или не имеет тенденции к увеличению.

6 критерий — динамика остроты зрения (используется у школьников); ее измерение медицинская сестра проводит у первоклассников в конце каждого полугодия, а у подростков — в конце учебного года.

7 критерий — выявление нарушений осанки (используется у школьников); медицинская сестра проводит у первоклассников — в конце каждого полугодия, а у подростков — в конце учебного года.

8 критерий — контроль за артериальным давлением (используется у школьников); проводится медицинской сестрой на первом году обучения в конце I и II полугодия, в период перехода детей к предметному обучению и на III ступень — 4 раза в год (в конце каждой чет-

верти).

9 критерий — частота острой респираторной заболеваемости (ОРЗ), появление хронических заболеваний и число их обострений.

10 критерий — оценка полового развития (используется у школьников); проводится врачом в период перехода детей к предметному обучению и на III ступень в конце учебного года.

После каждой оценки эмоционально-поведенческих реакций медсестра анализирует результаты, выявляет детей, имеющих отрицательные оценки или значительное их снижение даже при положительном их значении (например, с +50 до +30). Такая динамика отражает нарастание психо-эмоционального напряжения и может предшествовать заболеванию ребенка. Медсестра информирует об этих детях врача-педиатра.

Медицинская сестра дошкольного учреждения еженедельно, а школы — в конце каждой четверти анализирует листы адаптации и выделяет детей, имеющих отклонения по перечисленным выше критериям. Эти дети консультируются педиатром, а по показаниям — психологом и врачами-специалистами. При необходимости даются рекомендации по облегчению адаптации. Результаты обследования и назначенные мероприятия вносятся в «Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений» (форма № 026/у-2000). В «Листе наблюдения за адаптацией» указываются медицинские рекомендации по ее облегчению.

За адаптацией детей наблюдают не только медицинские работники, но и педагоги, воспитатели и психологи. Психолого-педагогические критерии контроля за течением адаптации детей включают в себя:

- оценку эмоционально-поведенческих реакций (описана выше);
- оценку успеваемости ребенка, которую проводит по четвертям учитель, проставляя в лист адаптации средний балл по основным гуманитарным и естественным наукам. Слабо успевающим детям даются педагогические рекомендации;
- оценку адаптации в коллективе (социометрический статус) проводит психолог, а при его отсутствии — учитель. Выявляются дети непринятые, изолированные в коллективе, а также — лидеры и принятые. Эта оценка подчеркивается в листе адаптации. Дети, непринятые или изолированные в коллективе сверстников, имеют нарушение адаптации в коллективе.

Детям, имеющим негативную динамику эмоционально-поведенческих реакций, слабоуспевающим, с нарушением адаптации в коллективе, педагоги и психологи дают рекомендации по облегчению адаптации, которые заносятся в соответствующий раздел листа наблюдения за адаптацией.

Оценку течения адаптации детей к организованному коллективу проводят врач и медсестра.

У дошкольников течение адаптации считается благоприятным, если у ребенка не возникло никаких нарушений в состоянии здоровья, допускаются слабо выраженные симптомы невротизации в течение 1-2 недель, не требующие специальной коррекции, и кратковременная потеря массы тела не более чем на 50 граммов. Продолжительность адаптации в среднем составляет около 20 дней. Условно-благоприятным считается течение адаптации с умеренно выраженными симптомами невротизации, которые требовали проведения коррекционных мероприятий. У детей раннего возраста допускается временный регресс нервно-психического развития (НПР) не более чем на 1 эпикризный срок, потеря массы — не более 100-150 г, за период

адаптации ребенок не болел или перенес одно острое респираторное заболевание в легкой форме. Продолжительность адаптационного периода до 45 дней. В случае более выраженных изменений течение адаптации оценивается как неблагоприятное. Продолжительность адаптации затягивается до 75 дней и более.

Вариант заключения по течению адаптации подчеркивается в листе наблюдения за адаптацией, и, при необходимости, даются рекомендации по дальнейшему наблюдению за ребенком.

У первоклассников оценка течения адаптации проводится в конце учебного года педиатром и психологом. При этом педиатром обязательно учитываются результаты профилактического осмотра, проведенного в конце учебного года: лабораторного обследования учащихся и осмотра детей врачами-специалистами. Педиатр дает заключение по течению адаптации. При благоприятном течении адаптации допускается появление слабо выраженных невротических реакций и (или) снижение массы тела в одной учебной четверти. При условно-благоприятном течении допускаются проявления умеренно выраженных невротических реакций на протяжении двух-трех четвертей, но исчезающих к концу учебного года, и (или) наличие отдельных функциональных нарушений, и (или) недостаточная прибавка массы тела. При неблагоприятном течении наблюдаются выраженные невротические реакции, учащение острых респираторных заболеваний (ОРЗ), появление нескольких функциональных расстройств или хронических заболеваний.

В «Листе наблюдения за адаптацией» педиатром подчеркивается вариант заключения по ее течению у данного ребенка. В случае неблагоприятного течения указывается конкретная патология: развитие невротической реакции (какой), учащение ОРЗ, появление соматического заболевания или функциональных расстройств (каких).

В «Листе наблюдения за адаптацией» педагог-психолог школы дает заключение, указывая неуспеваемость и нарушение адаптации в коллективе, а педиатр подчеркивает вариант интегральной медико-психологической оценки течения адаптации ребенка к обучению, которая состоит из двух показателей: состояние здоровья (З) и течение адаптации (А) к учебе и коллективу.

Знак З (+) подчеркивается при отсутствии отклонений в состоянии здоровья в период адаптации, а знак З (-) — при их наличии.

Знак А (+) подчеркивается, если ребенок является лидером или принятым в коллективе и имеет хорошую успеваемость. Знак А (±) подчеркивается, если ребенок не принят или изолирован в коллективе или имеет удовлетворительную и неудовлетворительную успеваемость. Знак А (-) подчеркивается, если ребенок не принят или изолирован в коллективе и является неуспевающим.

По результатам интегральной медико-психолого-педагогической оценки детям даются рекомендации по дальнейшему обучению (табл.4):

Таблица 4

**Медико-педагогические рекомендации
в зависимости от интегральной оценки адаптации**

Оценка адаптации	Рекомендации
A+ З+	– Можно рекомендовать обучение по программам повышенной сложности
A± З-	– Рекомендуются перевод на

или А- 3-	обучение по программам меньшей сложности
А± 3+	– Необходимо в дальнейшем наблюдение психолога
А+ 3-	– Необходимо проведение совместной медико-психологической реабилитации
А- 3+	– Требуется консультация психолога

Учащимся, имеющим неблагоприятные варианты интегральной медико-психологической оценки течения адаптации, даются медико-педагогические рекомендации по наблюдению за ними во втором классе. В конце учебного года «Листы наблюдения за адаптацией первоклассников в школе» вклеиваются в «Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений» (форма № 026/у-2000).

Технология медико-психолого-педагогической оценки течения адаптации при переходе к предметному обучению и на III ступень обучения в школе и учреждениях начального и среднего профессионального образования аналогична таковой у первоклассников. Следует отметить, что прогностически неблагоприятными факторами при переходе к предметному обучению являются повышенные или сниженные варианты физического и интеллектуального развития, негармоничность развития, а также наличие неблагоприятного течения адаптации при обучении в первом классе, исходные пограничные нарушения нервно-психического здоровья.

Схема ориентировочной основы действий по контролю за состоянием здоровья детей в период адаптации представлена в таблице 5.

**ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ОСНОВА ДЕЙСТВИЙ
ПО КОНТРОЛЮ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ
В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ**

Указания к действию	Средства	Критерии самоконтроля
1	2	3
Оцените динамику эмоционально-поведенческих реакций.	Наблюдение за ребёнком, опрос и анкетирование родителей.	Наблюдение проводят до стабилизации суммарной оценки на уровне не ниже +40 баллов (две-три оценки). Выявляют детей, имеющих отрицательную сумму баллов и детей, у которых происходит значительное снижение суммы баллов даже при положительном их значении.
Выявите симптомы пограничных нервно-психических расстройств.	Анкетирование родителей, с 5-го класса — самих учащихся.	Могут быть выявлены гипердинамический синдром; синдром навязчивых движений; фобический синдром; астенический синдром; соматовегетативный синдром; синдром патохарактерологических реакций. Невротические реакции могут быть слабо, умеренно или значительно выраженными.
Определите уровень НПР и его динамику.	Сопоставление уровня НПР с возрастными нормативами в динамике.	Заключение: НПР — I _(1,2,3) II III, IV группы развития с указанием степени отставания. В динамике НПР может изменяться соответственно возрасту, не изменяться или отставать (регресс НПР).
Оцените динамику массы тела.	Взвешивание детей.	Выделяют детей со снижением массы не более 50 г, от 50 до 150 г, и более 150 г
Оцените уровень гемоглобина.	Назначение ан. крови на гемоглобин.	Контроль гемоглобина; проводится по назначению врача, если вес ребёнка снижается или не имеет тенденции к увеличению. Выявление анемии.
Определите динамику остроты зрения.	Исследование остроты зрения с помощью аппарата Рота.	Выявление детей с ухудшением остроты зрения в период адаптации.
Выявите нарушение осанки.	Проведение теста для выявления нарушений осанки.	Появление нарушений осанки. Варианты заключений: - нормальная осанка для данного возраста; - незначительные нарушения осанки; - выраженные нарушения осанки;
Оцените уровень артериального давления.	Измерение АД и сопоставление результатов с	Выявление гипер- или гипотонии.

	возрастными нормативами.	
--	-----------------------------	--

1	2	3
Оцените частоту острой заболеваемости, появление хронических заболеваний, число их обострений.	Учет заболеваемости по справкам, данным профилактических осмотров.	Ребенок может не болеть ОРЗ, перенести однократно ОРЗ в легкой форме или переболеть 2 и более раз. Могут быть впервые выявлены хронические заболевания (диагноз по МКБ 10) или увеличиться число обострений имеющихся заболеваний.
Оцените половое развитие.	Анкетирование, осмотр врачом.	<u>Варианты заключений:</u> - развитие соответствует возрасту; - развитие ускоренное; - развитие замедленное.
Оцените психолого-педагогические критерии контроля за адаптацией.	Заполнение эмоционально-поведенческих шкал.	См. выше.
	Средний балл по основным гуманитарным и естественным наукам.	Выявляются слабо успевающие дети (средний балл ниже 4).
	Социометрическое исследование.	Выявляются дети непринятые, изолированные в коллективе, а также лидеры и принятые.
Сделайте заключение по течению адаптации.	Анализ критериев контроля за адаптацией.	Течение адаптации может быть благоприятным, условно-

		благоприятным и неблагоприятным.
Оформите документацию.	«Листа наблюдения за адаптацией».	В «Листе наблюдения за адаптацией» <u>педиатр</u> подчеркивает вариант заключения по течению адаптации, указывая дизадаптационные проявления; <u>педагог-психолог</u> дает заключение, указывая неуспеваемость и нарушение адаптации в коллективе; у школьников <u>педиатр</u> подчеркивает вариант интегральной оценки течения адаптации: состояние здоровья (З) и течение адаптации (А) к учебе и коллективу. По результатам интегральной оценки даются рекомендации по дальнейшему обучению. «Листы наблюдения за адаптацией» вклеиваются в «Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений» (ф.№ 026/у)

ОРГАНИЗАЦИЯ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ (ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП)

Цель — создание оптимальных условий для повышения запаса прочности тех систем организма ребенка, которые испытывают напряжение в периоде адаптации к образовательному учреждению.

В целях облегчения адаптации детей к ДООУ очень важно правильно организовать момент первичного поступления. Первичный прием ребенка должен проводиться совместно врачом-педиатром (при его отсутствии — старшей медицинской сестрой или фельдшером) и педагогом (воспитателем). При этом собираются сведения по анамнезу жизни, состоянию здоровья и поведению ребенка, назначаются медико-педагогические мероприятия на период адаптации с учетом группы здоровья, и индивидуальных особенностей развития.

Необходимо соблюдение следующих правил ведения ребенка в период адаптации к ДООУ:

- постепенное формирование групп вновь поступающими детьми;
- укороченное пребывание в дошкольном учреждении (2-3 часа); время пребывания в группе увеличивается постепенно на 1-2 часа в день в зависимости от поведения ребенка;
- первые 1-2 дня разрешить присутствие родителей, если ребенок сильно плачет, отказывается есть и спать;
- разрешить привычный для ребенка способ кормления, укладывания на сон, если он отказывается от принятого в ДООУ;
- обеспечить состояние теплового комфорта; одевать ребенка так, как он привык дома, следить за появлением симптомов охлаждения (холодные руки, нос, ноги) или перегревания (потливость лба, верхней губы, покраснение кожи лица);
- чаще предлагать ребенку теплое питье в детском учреждении и дома, учитывая повышенное, как правило, мочеиспускание, слезоотделение;
- кормить осторожно, не настаивать при отказе от еды и в этом случае информировать родителей о необходимости дополнительного питания в домашних условиях;
- не проводить в ДООУ травмирующих медицинских манипуляций, прививок, которые могут вызвать отрицательные эмоциональные реакции у ребенка;
- в первые дни организовать бодрствование вновь поступившего ребенка в стороне от детей до тех пор, пока он сам не проявит интерес и желание играть с ними. Организовать деятельность малыша ближе к воспитателю, который должен общаться с ним каждые 2-3 минуты. В случае необходимости иногда брать на руки на 1-2 минуты, чтобы успокоить и направить на игру;
- не применять специальных мер закаливания до завершения периода адаптации;
- на физкультурных занятиях следить за реакцией ребенка, не настаивать на обязательном выполнении упражнений;
- чаще привлекать к любым занятиям, но, если ребенок дает на них негативную реакцию, не заставлять его;
- обеспечить психологический покой, ласковое обращение с ребенком.

При переводе детей из яслей в детский сад рекомендуется осуществлять постепенный переход от одного режимного момента к другому. В течение последних 10-15 дней полезно организовать посещение соответствующей группы в яслях-саду для знакомства детей с новыми

условиями жизни. Необходимо сформировать у ребенка мотивацию, желание перейти в детский сад, создать обстановку радостного события. Желателен переход всей группы детей из яслей в один детский сад. Работу по переводу детей из яслей в детский сад координирует заведующая яслями или яслями-садом при активном участии медицинских работников, педагога, воспитателя.

У первоклассников для облегчения адаптации важно сформировать психологическую мотивацию к обучению в школе и создать праздничную обстановку при поступлении в первый класс.

Организация условий жизни в период адаптации к обучению включает в себя создание в школе санитарно-гигиенических условий обучения, режима учебных занятий, расписания уроков, физического и трудового воспитания и питания, полностью соответствующих действующим санитарным нормам и правилам (СанПиН 2.4.2. 1178-02 «Гигиена детей и подростков. Учреждения общего среднего образования»). Необходим тщательный медицинский контроль за их соблюдением.

При организации продленного дня с пребыванием детей в школе до 17.00–18.00 часов обязателен двухчасовой дневной сон после обеда, 2,5-3-х часовая прогулка, трехразовое питание в школе. При невозможности организовать дневной сон время пребывания детей в школе ограничивается только учебными занятиями. Прогулки в течение дня необходимо проводить дважды: перед обедом и в конце продленного дня. Завтрак в школе должен быть организован на 1-й или 2-й перемене, обед — в 13.00–13.30, полдник — в 16.30.

Для массовой профилактики нарушений состояния здоровья учащихся дизадаптационного генеза могут использоваться такие же мероприятия, как и на этапе подготовки к школе: функциональная музыка; закаливающие процедуры; утренний оздоровительный бег (прил. 11); упражнения по профилактике близорукости (прил. 9); оптимизация двигательного режима и профилактика нарушений осанки (прил. 9). Работа в этом направлении требует объединения усилий школьного врача, педагогов и родителей.

Для снижения эмоционального напряжения эффективным средством является функциональная музыка; она может сопровождать основные режимные моменты: подготовку учащихся к утренней гимнастике, начало и окончание урока (вместо традиционного звонка), физкультминутки, игры на переменах, отход ко сну и подъем. Основным критерием подбора музыки является соответствие ее темпа и ритма функциональному состоянию ребенка. Так, в период засыпания должна звучать тихая мелодия, например, колыбельная; при подъеме — бодрая музыка с нарастающим темпом. Ритмичная, маршевая мелодия возбуждает, повышает эмоциональный тонус, позволяет быстрее сбросить напряжение урока. Медленная мелодичная музыка успокаивает, расслабляет. Выбрать музыку в соответствии с этими принципами может педагог совместно с врачом и музыкальным работником.

Немаловажное значение в режиме школьника имеют физкультминутки на уроках (см. СанПиН 2.4.2.1178-02 «Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях»). Эту форму физического воспитания можно активно использовать для профилактики близорукости и нарушений осанки.

Важным резервом оптимизации двигательного режима является рациональная организация динамического часа, в который рекомендуется включать ряд физических упражнений, направленных на профилактику нарушений осанки.

На переменах и динамических занятиях необходимо шире использовать игры с мячом (футбол, волейбол, настольный теннис, кегли, игры «лапта», «салочки»), в ходе которых сочетаются движения глаз, головы и туловища, а зрение постоянно переключается с ближнего расстояния на дальнее. Это способствует, наряду с оптимизацией двигательной активности, повы-

шению активности органа зрения в пространстве, что играет важную роль в профилактике близорукости.

В целях повышения резистентности организма применяют массаж биологически активных точек (прил. 12). Для профилактики перекрестного инфицирования проводят кварцевание групповых помещений, осуществляют ионизацию воздуха в помещениях и распыление летучих фитонцидов (анис, березовые и сосновые почки) при отсутствии у детей противопоказаний, связанных с непереносимостью используемых фитопрепаратов.

Для снятия психоэмоционального напряжения педагог может использовать методику мышечной релаксации, т.е. расслабления. Предполагается, что ребенок, расслабляя определенные группы мышц, может добиться состояния успокоения и хорошо отдохнуть. Релаксация достигается следующим образом: дети принимают удобную позу, закрывают глаза, слегка опускают нижнюю челюсть, будто пытаются произнести звук «ы», стремятся расслабить все мышцы лица, ни о чем не думать и вызвать у себя ощущение полного спокойствия. Сеанс мышечного расслабления длится 3-4 минуты и повторяется 4-5 раз в день.

Для профилактики пограничных нервно-психических расстройств возможно создание в школах комнат психологической разгрузки для детей и учителей, использование специальных игр психопрофилактической направленности, детских рисунков, сеансов аутогенной тренировки, обучение школьников и педагогов методам снятия психоэмоционального стресса.

Схема ориентировочной основы действий по организации жизни детей в период адаптации представлена в таблице 6.

Таблица 6

ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ОСНОВА ДЕЙСТВИЙ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ

Ука зания к действию	Ср едства	Критерии самоконтроля
1	2	3
I. Органи- зуйте ме- роприятия по облег- чению адаптации ребенка к ДОУ.		
1. Проведите прием при первичном поступле- нии ребен- ка в ДОУ.	Из учение педиат- ром ДОУ докумен- тации — ф. 026/у.	Сведения, представ- ленные участковым врачом: - комплексная оценка здоровья; - прогноз тече- ния адаптации; - рекомендации по облегчению адаптации.
	Ос	Группа НПР — I, II,

	мотор ребенка врачом ДОУ, комплексная оценка здоровья.	III, IV, V.
		ФР нормально или ФР с отклонениями (указать какими)
		Заключение: здоров или, при наличии отклонений, сформулировать предварительный диагноз.
		Оценка ОАК, ОАМ, анализ кала на я/г в ф. 026/у
		Группа здоровья I, II, III, IV, V.
2. Проведите прогноз адаптации при первичном поступлении ребенка в ДОУ.	Учет педиатром ДОУ результатов КОЗ, факторов риска неблагоприятного течения адаптации.	Прогноз адаптации: благоприятный или неблагоприятный.
3. Назначьте медико-педагогические мероприятия для облегчения адаптации ребенка к ДОУ.	Рекомендации педиатра ДОУ по режиму дня, питанию, закаливанию, физическому воспитанию, проведению прививок, с учетом группы здоровья, развития и индивидуальных особенностей	Правила ведения ребенка в период адаптации к ДОУ: - постепенное формирование групп вновь поступающими детьми; - укороченное время пребывания в ДОУ (2-3 часа) и постепенное его увеличение в зависимости от поведения ребенка; - первые дни разрешить присутствие родителей; привычный для ребенка способ кормления, укладывания на сон; - для обеспечения теплового комфорта одевать ребенка так, как он привык дома, следить за появлением симптомов охлаждения или перегрева-

	стей.	ния; - чаще предлагать теплое питье в ДОУ и дома; - не настаивать при отказе от еды и информировать родителей о необходимости докорма дома;
		- не проводить в ДОУ травмирующих медицинских манипуляций, прививок; не применять специальных мер закаливания до завершения периода адаптации; - организовать бодрствование ребенка в стороне от детей до тех пор, пока он сам не проявит желание играть с ними. Воспитатель должен чаще общаться с малышом, при необходимости брать его на руки; - на физкультурных занятиях не настаивать на обязательном выполнении упражнений; - чаще привлекать к любым занятиям, но, если ребенок дает на них негативную реакцию, не заставлять его; - обеспечить психологический покой, ласковое обращение с ребенком.
II. Органи- зуйте ме- роприятия по облег- чению адаптации к школе.		

1. Обеспечьте санитарно-гигиенические условия обучения	Организация контроля за соблюдением санитарно-гигиенических норм и правил.	Соответствие <u>санитарно-гигиенических условий</u> обучения, режима учебных занятий, расписания уроков, физического и трудового воспитания и питания действующим санитарным нормам и правилам.
2. Организуйте массовую профилактику нарушений состояния здоровья учащихся дизадапционного генеза.	Использование функциональной музыки.	Музыкальное сопровождение режимных моментов: утренняя гимнастика, начало и окончание урока, физкультминутки, игры на переменах.
	Проведение закаливания.	Приложение
	Проведение утреннего оздоровительного бега.	Приложение 11
	Проведение упражнений по профилактике близорукости.	Приложение 9
	Оптимизация двигательного режима и профилактика нарушений осанки.	Физкультминутки, рациональная организация динамического часа, игры на переменах. Приложение 9
	Повышение	Массаж биологически активных точек, квар-

	рези- стентно- сти орга- низма.	цевание групповых поме- щений, ионизация воздуха, распыление фитонцидов.
	Сн ятие пси- хоэмоци- онального напряже- ния.	Использование ме- тодики мышечной релакса- ции, игр психопрофилакти- ческой направленности, се- ансов аутогенной трени- ровки, занятия в комнатах психологической разгрузки.

4 **ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ, ВОЗНИКШИХ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ (КОРРЕКЦИОННЫЙ ЭТАП)**

Этап медико-психолого-педагогической коррекции всегда индивидуален, проводится по результатам диагностического этапа по мере выявления дизадаптационных расстройств. При выявлении признаков нарушения адаптации (симптомов пограничных нервно-психических расстройств, снижении массы тела, учащении ОРЗ и т.д.) педиатром назначаются корригирующие мероприятия. Он же решает вопрос о консультациях врачами-специалистами.

Корригирующие мероприятия можно отнести к трем основным группам:

- 1) повышение неспецифической резистентности организма ребенка;
- 2) нормализация метаболических процессов и функционального состояния центральной нервной системы (ЦНС);
- 3) уменьшение силы эмоционального стресса.

1. ПОВЫШЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

Для повышения неспецифической резистентности используется комплекс мероприятий, воздействующих на разные звенья патогенеза, задействованных в снижении защитных сил организма. Применяют иммуностропные средства, энерготропные препараты, энзимотерапию. Важно помнить, что на первом этапе реабилитации приоритет отдается немедикаментозным методам.

1. С профилактической целью бывает достаточно **провести коррекцию питания, режима дня, назначить массаж, рекомендовать комплекс дыхательных упражнений, закаливания, подобрать витаминные, витаминоподобные и элементные препараты** в дозах, оказывающих иммуностропный эффект (в т.ч. витаминно-минеральные комплексы 2-го поколения — Алвитил, Сана-сол, Мультитабс, Компливит, Алфавит, Центрум) и т.п.

Если встает вопрос о проведении иммунореабилитации, то начинать лучше с применения иммуномодуляторов растительного происхождения таких, как настойка эхинацеи, элеутерококка, иммунонорм (сок эхинацеи), синупрет (горечавка, первоцвет, щавель, вербена, бузина), тонзилгон (алтей, ромашка, хвощ полевой, орех грецкий, одуванчик), **Биоарон С®** (экстракт алоэ древовидного), олексин, гипорамин (экстракт облепихи), алпипразин (экстракт копеечника альпийского); а также природного происхождения, к которым относится **Деринат**.

Потенцируют фармакологические эффекты иммуномодуляторов следующие продукты питания (за счет содержания фитонцидов, лактоферрина, незаменимых аминокислот, витаминов, пектинов, органических соединений цинка, селена, мышьяка, кремния): чеснок, репа, редис, тыква, чечевица, орехи (особенно кедровые, кроме арахиса), гранат, печень и потроха животных, креветки, маслины, сельдерей, кинза, куркума, ягоды земляники, клюквы, морошки, голубики, козье и лосиное молоко.

При неэффективности указанных мероприятий рекомендуется подключать бактериальные лизаты: ИРС-19, брохомунал, имудон, бронховаксом и другие иммуномодуляторы.

С целью профилактики ОРВИ возможно применение противовирусных препаратов (*Арбидол* *, Анаферон детский, *Амиксин* *^С, *Афлубин*, *Виферон* *^В, *Гриппферон* *, *Интерферон* *^В человеческий лейкоцитарный, *Кипферон* *, *Осолиновая мазь*, *Оциллококцидум*, *Реаферон-ЕС-Липинт* *).

Если иммунологические показатели (активность макрофагов, клеточный и гуморальный иммунитет) превосходят критические уровни, то вопрос о назначении иммуномодуляторов решает иммунолог. Более подробная информация об иммунореабилитации и алгоритме назначения иммуномодулирующих препаратов представлена в пособии «Профилактическая и оздоровительная работа с группой часто болеющих детей», Иваново, 2010

2. Энерготропная терапия. С целью стимуляции анаболических процессов при дефиците роста и массы тела, для уменьшения астении, возбудимости, раздражительности. применяют энерготропные препараты, к которым относят: кофакторы энергообмена (витамины группы В, РР, липоевая кислота, биотин, L-карнитин), вещества, переносящие электроны (коэнзим Q₁₀, янтарная кислота, цитохром С, биофлавоноиды), препараты, снижающие степень лактацидоза (димефосфон), антиоксиданты (витамины С и Е). Целесообразнее использовать схемы с периодическим назначением этих препаратов (1-3 месяца) и отменой (примерно на такой же или несколько больший период). Прием лекарств, стимулирующих процессы клеточного энергообмена должно происходить главным образом утром и в первой половине дня.

Оротат калия обладает анаболическим действием, его используют при нарушениях белкового обмена и как общий стимулятор обменных процессов. При его назначении проводят расчет питания ребенка, особенно белкового компонента, и при недостаточном поступлении с пищей белка осуществляют коррекцию рациона питания. Оротат калия (таблетки 0,1 и 0,5) принимать внутрь за 1 час до или через 4 часа после еды. Назначают детям из расчета 10-20 мг на 1 кг массы тела в сутки в 2-3 приема, взрослым — 0,5-1,5 г в день (по 0,25-0,3 г 2-3 раза в день). Курс — 3-5 недель.

Элькар (левокарнитин) — 20% р-р — «витамин роста», витаминоподобное вещество, превращающее жиры в энергию, воздействующее на метаболизм, поставляющее энергию к мышцам и сердцу. Принимают внутрь за 30 минут до еды, разбавив жидкостью. Для детей до 1 года — по 10 капель 3 раза в день; с 1 года до 6 лет — по 14 капель 2-3 раза в день; с 6 до 12 лет — по ¼ ч.л. 2-3 раза в день в течение 1 месяца.

Карнитон — таблетки 0,5 г, детям 7-14 лет — ½ таблетки, старше 14 лет — 1 таблетка. Принимать 1 раз в день во время еды. Курс — 1 месяц.

Карнитон — 40% раствор. (1 мл — 0,5 г). Детям 3-7 лет — 4-5 капель (0,25 мл), 7-14 лет — 17 капель (1 мл), старше 14 лет — 34 капли (2 мл). Курс — 1 месяц.

Кудесан — водорастворимая форма коэнзима Q₁₀ — раствор для приема внутрь, 20 мл (1 мл — коэнзима Q₁₀ — 30 мг и витамина Е — 4,5 мг). Назначают взрослым и детям старше 12 лет — по 10-11 капель (0,5 мл) 1 раз в сутки, предварительно разводят в кипяченой воде или напитках, принимают во время еды.

3. Энзимотерапия — один из современных методов лечения и профилактики частых ОРЗ.

Вобэнзим — комбинированный препарат ферментов растительного и животного происхождения, обладает иммуномодулирующим, противовоспалительным, фибринолитическим, противоотечным, антиагрегантным и вторичным анальгезирующим действием (состав: панкреатин 345 ЕД, папаин 90 ЕД., рутозид 50 мг., бромелаин 225 ЕД., трипсин 360 ЕД., липаза 34 ЕД., амилаза 50 ЕД, химотрипсин 300 ЕД). Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, принимают не менее, чем за 30 минут до еды, не разжевывая, запивая водой (200 мл). Детям 5-12 лет — по 1 таблетке на 6 кг массы тела в сутки, старше 12 лет — по 3 таблетки 3 раза в сутки в течение 1,5 мес. Рекомендуется повторение курса 2-3 раза в год.

2. НОРМАЛИЗАЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЦНС

Всем детям с неблагоприятным и условно-благоприятным течением адаптации проводится терапия, направленная на нормализацию метаболических процессов и функционального состояния ЦНС.

Для этой цели используют витамины: витамины-антиоксиданты — витамин С; энзимовитамин (коферментные витамины) — витамины, работающие в составе активных центров различных ферментов: витамины В₁, В₂, липоевая кислота, пантотеновая кислота.

В настоящее время выпускается большое количество отечественных и зарубежных комбинированных витаминных препаратов в различных лекарственных формах. Многие из них являются многокомпонентными, содержат не только витамины, но и микроэлементы (табл. 7). Их использование приветствуется как при нарушениях адаптационного периода, в том числе и при учащении острой респираторной заболеваемости, так и при благоприятном течении периода адаптации.

Препаратом выбора может быть Мульти-табс® Интелло Кидс с Омега-3 — жевательные капсулы со смородиновым вкусом содержат: рыбий жир, Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты (докозагексаеновая и эйкозапентеновая кислота), витамины Е, С. Препарат нормализуют обмен веществ, способствуют повышению иммунитета, правильному усвоению знаний, развитию интеллекта и помогают противостоять стрессам. Детям 3-5 лет рекомендуется принимать по 2 капсулы в день, детям старше 6 лет — по 3 капсулы в день во время приема пищи. Продолжительность приема — не менее 1 месяца с повторным приемом 2-3 раза в год

Необходимо помнить о том, что витамины и микроэлементы обладают дозозависимым иммуномодулирующим эффектом. Например, витамин С проявляет иммуномодулирующие свойства в суточной дозе 2,5-7,5 мг/кг, витамин А — 3300-4500 МЕ, витамин Е — 10-15 мг/кг, витамин В₆ — 20-60 мг/кг. Врач-педиатр, ориентируясь на состав выпускаемых витаминно-минеральных комплексов, может подобрать необходимый препарат с целью достижения иммуномодулирующего эффекта.

Витаминно-минеральные комплексы, применяемые у детей

Название	Форма выпуска	Возраст, с которого возможно применение
«АЛВИТИЛ»*	Сироп	2,5-6 лет
«АЛВИТИЛ»*	Таблетки	старше 6 лет
«АЛФАВИТ детский сад»	Таблетки	3-7 лет
«АЛФАВИТ школьник»	Таблетки	7-14 лет
«ВИБОВИТ БЭБИ»	Порошок	для детей 1-го года жизни
«БИОВИТАЛЬ»	Гель	все возраста
«ВЕТОРОН ДЛЯ ДЕТЕЙ»	Раствор	с 3 лет и старше
«ВИБОВИТ БЭБИ»	Порошок	с 2 месяцев
«ВИТРУМ БЭБИ»	Таблетки	2-5 лет
«ВИТРУМ КИДС»	Таблетки	4-7 лет
«ВИТРУМ ЮНИОР»	Таблетки	с 7 лет и старше
«ДЖУНГЛИ С МИНЕРАЛАМИ»	Таблетки	с 4 лет и старше
«ДЖУНГЛИ»	Таблетки	с 4 лет и старше
КОМПЛИВИТ АКТИВ*	Таблетки	с 7 лет
«КАЛЬЦИНОВА»*	Таблетки	с 2 лет
«МУЛЬТИ-ТАБС БЭБИ»*	Раствор	для детей 1-го года жизни
«МУЛЬТИ-ТАБС МАЛЫШ»*	Таблетки	1-4 лет
«МУЛЬТИ-ТАБС МАЛЫШ КАЛЬЦИЙ+»*	Таблетки жевательные	с 2 лет
«МУЛЬТИ-ТАБС ЮНИОР»*	Таблетки	с 4 лет и старше

«МУЛЬТИ-ТАБС ИММУНО КИДС»*	Таб- летки	с 4 лет и старше
«МУЛЬТИ-ТАБС ТИНЕЙДЖЕР»*	Таб- летки жева- тельные	С 11 лет
«МУЛЬТИ-ТАБС ИНТЕНСИВ»*	Таб- летки	С 12 лет
«МУЛЬТИ-ТАБС ИММУНО»*	Таб- летки	С 12 лет
«МУЛЬТИ-ТАБС В-КОМПЛЕКС»*	Таб- летки	
«МУЛЬТИ-ТАБС ИНТЕЛЛО КИДС С ОМЕГА-3»*	Таб- летки жева- тельные	С 3 лет
«ПИКОВИТ»*	Па- стилки	с 4 лет и старше
«ПИКОВИТ»*	Си- роп	1-14 лет
«ПОЛИВИТ БЭБИ»	Кап- ли	для детей 1- го года жизни
«САНА-СОЛ»	Си- роп	1-10 лет
«САНА-СОЛ ЭКСТРАВИТ»	Таб- летки	С 4 лет и старше
СУПРАДИН	Таб- летки ши- пучие, табл. в оболочке	С 12 лет
«ЦЕНТРУМ ДЕТ- СКИЙ»	Таб- летки	с 2 лет и старше

* Препараты, включенные в Российский национальный педиатрический формуляр под редакцией А.А. Баранова, 2009.

3. УМЕНЬШЕНИЕ СИЛЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА

При возникновении пограничных нервно-психических расстройств, негативных эмоционально-поведенческих реакций для уменьшения силы эмоционального стресса применяют седативные фитосредства: валериану, пустырник, мяту, хмель, Melissa, душицу и др. Их используют в виде ванн, фиточаев, настоев, настоек и экстрактов, а также при проведении ароматерапии.

Валериана способствует естественному засыпанию, обладает слабым спазмолитическим действием, замедляет сердечный ритм.

Мята обладает умеренным седативным, антиангинальным, антигипоксическим эффектом, оказывает холеретическое, антисептическое, обезболивающее, противорвотное действие.

Боярышник оказывает седативное, гипотензивное, антиаритмическое, кардиотоническое, антиангинальное, антигипоксическое, спазмолитическое, гипохолестеринемическое, желчегонное действие.

Хмель оказывает седативное, болеутоляющее, противовоспалительное, антиаллергическое действие.

Чабрец оказывает успокаивающее, спазмолитическое, противовоспалительное, ранозаживляющее, отхаркивающее и болеутоляющее действие.

На ночь можно принять теплую ванну с отваром седативных трав.

Возможен прием успокоительных трав внутрь: 1 ч.л. травы (валериана, пустырник, мята, Melissa, душица) на 0,5 стакана кипятка, заварить, настоять 20 минут, принимать в теплом виде на ночь в течение 2 недель.

Валериана может использоваться также в виде настоя, настойки или экстракта. Для детей настой валерианы разводится водой из следующего расчета: детям раннего возраста — 2 г на 100 мл, старшим детям — 6-10 г на 180—200 мл. Препарат назначают в раннем возрасте — по 1 ч. л., в дошкольном — по 1 д.л. 3-4 раза в день.

Настойка валерианы на 70% спирте (1:5) во флаконах по 30 мл, разовая доза — 1 капля/год жизни.

Экстракт валерианы выпускается в виде таблеток, покрытых оболочкой, по 0,02 г. Действие их несколько слабее, чем у свежеприготовленного препарата валерианы (экстракта или настойки).

Настойка пиона выпускается во флаконах по 200 мл. Принимают из расчета 1 капля/год жизни (разовая доза) 3 раза в день, курс до — 1 месяца.

С седативной целью применяется также сбор успокоительный (*Species sedativae*), в состав которого входят: корневище с корнями валерианы — 1 часть, листья мяты перечной и трилистника водяного — по 2 части, шишки хмеля — 1 часть. Для приготовления настоя берут 1—2 ст. л. сбора, заливают 2 стаканами кипятка и настаивают в течение 30 минут, потом процеживают, охлаждают. Дозируют настой по 1/5—1/3 стакана дважды в день (утром и вечером).

Хорошим эффектом обладает сложный седативный сбор, составными компонентами которого являются *корень валерианы, лист шалфея, плоды боярышника, трава багульника, пустырника, зверобоя, мяты перечной и душицы* в равных частях. Для приготовления настоя берут 2 ст.л. сбора, заливают 2 стаканами кипятка и выдерживают в течение 2 часов в термосе. После процеживания и охлаждения настой употребляют внутрь до еды утром и вечером (дважды в сутки) в дозе 1/5—1/3 стакана в зависимости от возраста пациента.

Используют стандартизированные лекарственные средства, обладающие седативным и ноотропным эффектом: пассифит, ново-пассит, «Баю-бай».

Пассифит (сироп) содержит густой экстракт валерианы, жидкий экстракт хмеля и чабреца, настойку боярышника, мяту. Оказывает седативное действие, нормализует многие жизненно важные функции организма (сердечно-сосудистую деятельность, функционирование ЖКТ, иммунной системы).

При повышенной нервной возбудимости — по 5 мл 3 раза в сутки, курс 2—4 недели. При нарушении сна — по 10 мл за 30 минут до сна. Курс — 2—4 недели. Применяется у детей с 12 лет.

Ново-пассит представляет собой комбинацию экстрактов ряда лекарственных трав с седативным действием и гвайфенезина. Кроме успокаивающего, обладает также и легким миорелаксирующим и анксиолитическим эффектами. Выпускается во флаконах из темного стекла емкостью 100 мл.

«Баю-бай» (капли). Препарат содержит экстракт плодов боярышника, пустырника, душицы, пиона, мяты перечной. Принимать детям старше 5 лет 0,3—1,2 г (5—20 капель) 3 раза в день во время еды. Курс — 1 месяц.

При неэффективности перечисленных фитопрепаратов проводится консультация невролога для уточнения диагноза и необходимой коррекции.

Ноотропные препараты (пирацетам, ноотропил, аминалон, глутаминовая кислота, фенибут, пантогам и др.) назначаются неврологом детям, имеющим нарушение социальной адаптации, а также детям, имеющим в анамнезе перинатальное поражение нервной системы.

Пирацетам (ноотропил) (капсулы по 0,2 или 0,4 г и ампулы 20% раствора по 5 мл (1 г препарата в одной ампуле)). Принимают внутрь до еды дети до 5 лет — в суточной дозе до 0,8 г, в более старшем возрасте — до 1,2 г.

Аминалон (таблетки по 0,25, покрытые оболочкой). Применение: до еды — по 1/2 таблетки 3 раза в день (суточная доза колеблется от 0,5 до 3 г в зависимости от возраста). Курс — от 2—3 недель до 6 месяцев, при необходимости через 6—8 недель повторный курс.

Фенибут. Кроме ноотропного эффекта препарат обладает умеренным транквилизирующим действием. Назначают внутрь до еды 3 раза в день в первую половину суток, доза для детей до 8 лет — 50—100 мг, 8—14 лет — 200—300 мг. Формы выпуска — таблетки по 0,25.

Пантогам (таблетки по 0,25 и 0,5 г). Препарат принимают через 15—30 минут после еды внутрь в разовой дозе 0,125—0,5 г 1—2 раза в сутки.

Тенотен детский (таблетки). Препарат назначают с 3 лет по 1 таблетке (держать во рту до полного растворения) вне связи с приемом пищи. При необходимости таблетку, возможно, растворять в небольшом количестве кипячёной воды комнатной температуры. Прием осуществлять не позже, чем за 2 ч до сна. В зависимости от тяжести состояния принимают по 1 таблетке 1-3 раза в сутки. Курс лечения — от 1 до 3 месяцев; при необходимости курс можно продлить до 6 месяцев или повторить через 1-2 месяца.

Коррекции невротических расстройств способствуют занятия, проводимые в комнатах психологической разгрузки, организованных в школах. Комната психологической разгрузки должна иметь 6-10 мягких кресел, стены и шторы должны быть зеленого цвета, необходимо иметь магнитофон с записью медленной, спокойной мелодии, шума моря или леса. На этом фоне можно рекомендовать врачу проводить сеансы аутогенной тренировки с подростками, имеющими невротические реакции, неврозы, патохарактерологическое развитие.

Для коррекции пограничных нервно-психических расстройств могут быть использованы игры (прил. 14). Игра является важнейшим условием правильного, гармоничного развития личности ребенка, его воображения, самостоятельности, навыков адаптированного взаимодействия с людьми. В игре можно корректировать черты характера ребенка. В спонтанных играх педагог, предоставляя ведущую роль ребенку, выявляет у него отрицательные тенденции (чрезмерную обидчивость, настороженность, страхи, избегание или доминирование, агрессивность) и, доводя их до степени гротеска, способствует осознанию ребенком их нежелательного характера.

В импровизированной игре, создавая специальные стрессовые ситуации испуга, обвинения, спора, педагог предоставляет ребенку возможность их самостоятельного решения. Если ребенок не может сделать это приемлемым образом, ему подсказывают пути разрешения конфликта через соответствующее поведение персонажа, изображаемого педагогом.

Следует подчеркнуть, что медикаментозная коррекция нарушений, возникающих в процессе адаптации, носит индивидуальный характер и проводится только детям с неблагоприятным течением адаптационного периода, когда организационных и педагогических мероприятий оказывается недостаточно для предупреждения срыва адаптации.

Школьники с нарушением осанки и снижением остроты зрения получают коррекцию по назначению врачей-специалистов в кабинетах лечебной физкультуры и охраны зрения детской поликлиники.

Дети, у которых диагностировано неблагоприятное течение адаптации, должны быть взяты под **диспансерное наблюдение**. Врач должен составить план лечебно-реабилитационных мероприятий с учетом характера нарушений здоровья ребенка в адаптационный период (см. пособия «Алгоритм действий врача педиатра при диагностике и лечении перинатальной патологии центральной нервной системы и их последствий», Иваново, 2010 г. и «Профилактическая и оздоровительная работа с группой часто болеющих детей», Иваново, 2010 г.).

Важную роль в успехе дальнейшей реабилитации таких детей имеет семейное медико-психологическое консультирование.

Анализ эффективности всей системы профилактических мероприятий по предупреждению срыва адаптации рекомендуется осуществлять по следующим показателям:

- число детей, с благоприятной, условно благоприятной и неблагоприятной адаптацией;
- сравнение данных прогноза и реального течения адаптации.

Ориентировочная основа действий, проводимых по индивидуальной коррекции нарушений здоровья, возникших в период адаптации, представлена в таблице 8.

Таблица 8

ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ОСНОВА ДЕЙСТВИЙ ПО ИНДИВИДУАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ, ВОЗНИКШИХ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ

Указания к действию	Средства	Критерии самоконтроля
Обеспечьте <u>индивидуальную коррекцию</u> нарушений здоровья, возникших в период адаптации.	Повышение неспецифической резистентности организма при учащении ОРЗ в период адаптации.	Иммуномодулирующая терапия (ИРС-19, брехомунал, рибомунил, деринат, адаптогены (элеутерококк), иммунонорм, синупрет, тонзилгон, Биоарон С [®] , гипорамин, витаминные, витаминоподобные и элементные препараты в дозах, оказывающих иммуностропный эффект (в т.ч. ВМК «Алвитил», «Санасол», «Мультитабс», «Компливит», «Алфавит», «Центрум»).
	Стимуляция анаболических процессов при	- Контроль уровня гемоглобина. - Энерготропная терапия (оротат калия, витамины группы В, РР,

	снижении массы тела, астении, возбудимости, раздражительности.	липоевая кислота, биотин, L-карнитин, кудесан, антиоксиданты (витамины С и Е). - Энзимотерапия (вобэнзим).
	Коррекция уровня гемоглобина.	- Направление к участковому педиатру для лечения анемии.
	Коррекция пограничных нервно-психических расстройств, снижение силы эмоционального стресса.	- Направление на консультацию к неврологу, психологу. - Седативная фитотерапия, ноотропные препараты, занятия в комнатах психологической разгрузки, игротерапия.
	Нормализация метаболических процессов и функционального состояния ЦНС.	Назначение витаминов и витаминно-минеральных комплексов.
	Коррекция нарушений осанки.	- Консультация хирурга-ортопеда. - Занятия ЛФК в детской поликлинике. - Специальные упражнения для выполнения в ДОУ и дома (прил. 9).
	Коррекция нарушений зрения.	- Консультация окулиста. - Занятия в кабинете охраны зрения детской поликлиники. - Специальные упражнения для выполнения в ДОУ и дома (прил. 9).
	Коррекция	- Направление на консультацию к невро-

	уровня артериального давления.	логу, кардиологу для уточнения диагноза, назначения рекомендаций при СВД по гипер- или гипотоническому типу
	Коррекция отклонений полового развития.	- Направление на консультацию к гинекологу (для девочек), андрологу (для мальчиков).
Определите тактику ведения ребенка при неблагоприятном течении адаптации.	Диспансерное наблюдение.	- Продолжение медико-психолого-педагогической коррекции. - Семейное медико-психологическое консультирование.

ТЕСТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ АДАПТАЦИИ К ШКОЛЕ

Прогностическая таблица 1 может заполняться непосредственно родителями ребенка после соответствующих разъяснений педагогом детского сада, участковой медицинской сестрой (для неорганизованных детей). Для каждого из 21 фактора выбирается соответствующая градация. Затем суммируются прогностические коэффициенты (ПК), соответствующие подчеркнутым градациям факторов, с учетом знака «+» или «-».

При сумме ПК больше +13 баллов дается заключение о высоком риске неблагоприятного течения адаптации ребенка к школе. При сумме ПК меньше -13 баллов дается заключение о благоприятном прогнозе. При сумме ПК в интервале между -13 и +13 баллами прогнозируют условно благоприятное течение адаптации к школе.

Таблица 1

Определение риска неблагоприятного течения адаптации к школе

Ф.И.О. _____ Ад-
рес _____ Телефон _____ Детский сад № _____

	Название факторов	Градация факторов	К
	Вес ребенка при рождении	2500-3499 г	2,79
		3500 г и более	,98
	До какого возраста ребенка кормили грудью	до 2 месяцев	,2
		до 4 месяцев	
		до 5-6 месяцев	,09
		до 7-12 месяцев	7,7
	Болез ли ребенок на 1-м году жизни воспалением легких	да	7,58
		нет	1,98
	Был ли у матери токсикоз 1-й половины беременности (тошнота, рвота)	да	,02
		нет	2,25
	Был ли у матери токсикоз 2-й половины беременности (повышение артериального давления,	да	,42
		нет	

	изменения в моче)		1,95
	Была ли у ребенка асфиксия при рождении (закричал после рождения не сразу)	да	,74
		нет	1,43
	Социальное положение матери	рабочая	,02
		служащая	1,57
	Употребление алкоголя матерью	по праздникам	1,43
		по выходным дням	,74
	Курит ли мать	да	0,43
		нет	1,6
0	Социальное положение отца	рабочий	,3
		служащий	2,56

	Название факторов	Градация факторов	К
1	Употребление алкоголя отцом	по выходным дням	,93
		по праздникам	6,08
2	Курит ли отец	да	,2
		нет	4,15
3	Взаимоотношения между родителями	спокойные	2,5
		резкие	0,62
4	Имеются ли разногласия между родителями в воспитании ребенка	да	,42
		нет	1,95
5	Применяются ли в семье физические методы наказания	часто	,03
		редко, нет	2,26
6	Как ребенок проводит выходные дни	активно с родителями дома	3,17
		предоставлен сам себе, отправляют к родственникам	,48
7	Имеется ли у ребенка желание идти в школу	да	4,56
		нет	,48
8	Имеется ли у ребенка отдельная комната	да	6,47
		нет	,3
9	Появлялось ли у ребенка в период привыкания к детским яслям, саду расстройство сна, аппетита, нарушение поведения	да	,30
		нет	2,56
0	Появлялось ли у ребенка в период привыкания к детским яслям, саду, учащение простудных заболеваний	да	,56
		нет	

			5,56
1	Культурный уровень семьи	высокий	7,26
		средний	,9
		низкий	0,42
		Сумма ПК	

Приложение 2

ОПРЕДЕЛЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Общее количество постоянных зубов подсчитывается на верхней и нижней челюсти суммарно. Учитываются зубы всех стадий прорезывания — от четкого выступания режущего края зуба над десной до зуба полностью сформировавшегося. По степени развития зубов можно выделить детей, у которых прорезывание зубов соответствует паспортному возрасту, отстает или опережает паспортный возраст (таблицы 2, 3, 4).

Таблица 2

**Примерные сроки прорезывания постоянных зубов у детей
дошкольного и школьного возраста (в годах)**

Пол ребенка	Зубы Стадии прорезывания зубов	Центральный резец	Боковой резец	Клык	1-й премоляр	2-й премоляр	1-й моляр	2-й моляр
		Возраст, годы						
Мальчики	Начало прорезывания	5 ,8-6,0	6 ,0-6,2	,5	,5	,5	,5	0,5
	Средние сроки	6 ,5-6,7	7 ,3	0,5	1,5	1,5	,5	2,5
	Конец прорезывания	7 ,5	8 ,0	2,5	1,0	2,5	,5	3,0
Девочки	Начало прорезывания	5 ,5- 5,7	6 ,0	,5	,5	,5	,5	0,5
	Средние сроки	6 ,0- 6,2	7 ,0	0,5	,0	1,0	,0	2,0
	Конец прорезывания	7 ,5	8 ,0	2,5	0,0	2,0	,5	2,5

Таблица 3

Развитие постоянных зубов у девочек

Паспортный возраст, годы	Биологическая зрелость по отношению к паспортному возрасту		
	Отста-ет	Соответствует	Опережает
5,5	-	0-5	Более 5
6,0	-	1-6	Более 6
6,5	0-2	3-9	Более 9
7,0	5	6-11	Более 11
7,5	7	8-13	Более 13
8,0	10	11-14	Более 14

Таблица 4

Развитие постоянных зубов у мальчиков

Паспортный возраст, годы	Биологическая зрелость по отношению к паспортному возрасту		
	Отста-ет	Соответствует	Опережает

5,5	-	0-3	Более 3
6,0	0	1-5	Более 5
6,5	0-2	3-8	Более 8
7,0	4	5-10	Более 10
7,5	7	8-12	Более 12
8,0	7	8-14	Более 14

Приложение 3

ОЦЕНКА УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ

ТЕСТЫ БАЗОВОЙ СКРИНИНГ-ПРОГРАММЫ

1. Тест по определению максимальной силы

Динамометрия ручная.

Измерение силы правой и левой руки производится детским или взрослым ручным динамометром в положении стоя с выпрямленной и поднятой в сторону рукой. Динамометр берется в руку стрелкой к ладони. Выполняется 2-3 попытки сначала левой, затем правой рукой. Регистрируется лучший результат обеих кистей.

2. Тесты на определение силовой выносливости

Поднимание ног в положении лежа на спине.

Ребенок лежит на спине в положении «руки за голову». По команде он поднимает прямые и сомкнутые ноги до вертикального положения и затем снова опускает их до пола. Плечи фиксируются другим ребенком. Засчитывается число правильно выполненных подниманий за 30 секунд.

3. Тесты по определению скоростно-силовых качеств

Прыжок в длину с места.

Прыжки в длину с места можно проводить на площадке в теплое время года, а в помещении — в холодное время года. Прыжок выполняется в заполненную песком яму или взрыхленный грунт (площадью 1х2 м). При неблагоприятных погодных условиях прыжки можно проводить в физкультурном зале, для этого может быть использована резиновая дорожка.

Ребенок прыгает, отталкиваясь двумя ногами от размеченной линии отталкивания на максимальное для него расстояние и приземляется на обе ноги. При приземлении нельзя опираться сзади руками. Измеряется расстояние между линией отталкивания и отпечатком ног (по пяткам) при приземлении (в см). Засчитывается лучшая из 3 попыток.

Бросок набивного (медицинского) мяча (1 кг) двумя руками из-за головы из исходного положения стоя.

Испытание проводится на ровной площадке длиной не менее 10м. Ребенок встает у контрольной линии разметки и бросает мяч из-за головы двумя руками вперед из исходного положения стоя, одна нога впереди, другая сзади или ноги врозь. При броске ступни должны сохранять контакт с землей. Допускается движение вслед за произведенным броском. Делаются 3 попытки. Засчитывается лучший результат.

4. Тесты для определения координации движений и ловкости

Ловля мяча. Взрослый с расстояния 1 м бросает мяч об пол в сторону ребенка. Ребенок ловит подпрыгивающий мяч ладонями. Тест засчитывается, если ребенок выполняет 2 попытки из трех.

Подскоки:

- ребенок балансирует на одной ноге 5 сек и 10 сек (в 3-4 года);

- ребенок прыгает на одной ноге на месте (возраст 4 года);
- ребенок прыгает на одной ноге, продвигаясь не менее 1 м (с 5 лет).

Прыжки через скакалку. Ребенок держит скакалку за оба конца. Ее нужно держать не натянутой. Ребенок должен прыгать вперед через скакалку, не отрывая от нее кистей и не касаясь ее ступнями. Во время прыжков ребенок приземляется на обе ступни. Он не должен терять равновесия. Прыжки засчитываются только при этих условиях. Засчитывается число правильно выполненных прыжков. Делается 3 попытки. Тест предназначен для детей с 5 лет.

ТЕСТЫ РАСШИРЕННОЙ СКРИНИНГ-ПРОГРАММЫ

1. Исследование жизненной емкости легких (ЖЕЛ).

ЖЕЛ измеряется с помощью спирометра. Детям, обученным глубокому вдоху и медленному до «отказа» выдоху, предоставляется 3 попытки и фиксируется лучший результат.

2. Исследование становой силы.

Становая сила может измеряться ручным динамометром с предельным значением шкалы 90 кг, который вкладывается в специальное устройство для осуществления становой динамометрии. Фиксируется наибольший результат при двухкратном измерении.

3. Определение выносливости мышц спины к статическим нагрузкам.

Для определения выносливости мышц спины к статической нагрузке ребенка укладывают поперек кушетки лицом вниз, чтобы верхняя часть туловища до гребней подвздошных костей находилась на весу, руки исследуемый ставит на пояс, ноги удерживаются исследователем, который по секундомеру фиксирует время до полного утомления мышц спины.

4. Определение общей выносливости — бег на дистанции 90, 120, 150, 300 метров (в зависимости от возраста детей).

Проводится на стадионе или размеченной площадке двумя взрослыми. По команде «внимание» дети подходят к стартовой линии, по команде «марш» дается отмашка флажком и «старт» для бегущих, включается секундомер. При пересечении финишной линии секундомер выключается. Выполняется одна попытка. В 5 лет — дистанция 90 м, 6 лет — 120 м, 7 лет — 150 м. Тест-бег на дистанцию 300 м проводится детям 5-7 лет и старше.

5. Определение физической работоспособности — по пробе PWC₁₇₀ с применением степ-теста.

Используется дозированная физическая нагрузка: восхождение на ступеньку в течение 2 минут с частотой 30 подъемов в одну минуту. Высота ступеньки подбирается индивидуально для каждого ребенка в зависимости от длины его ноги (табл. 5).

Таблица 5

Определение высоты ступеньки при выполнении стептеста в зависимости от длины ноги ребенка

Длина ноги (см)	3	5	8	0	2	5	7	0	2
Высота ступени (см)	6	7	8	9	0	1	2	3	4

Ходьба проводится под счет взрослого. Движения при ходьбе имеют двухтактный характер:

- 1) ребенок ставит одну ногу всей ступней на ступеньку;
- 2) поднимает вторую ногу и приставляет к первой — в этот момент стоит обеими ногами на ступеньке;

- 3) опускает одну ногу на пол;
- 4) приставляет к ней другую ногу.

При движении можно оказать помощь ребенку, слегка придерживая его за руку, с целью поддержания ритма движения и необходимой его частоты.

Определение физической работоспособности (PWC_{170}) проводится расчетным методом по формуле (Л. И. Абросимовой, В.Е. Карасик, год):

$$PWC_{170} = \frac{(170 - \text{ЧСС покоя})}{N \text{ нагрузки, где } (\text{ЧСС нагрузки} - \text{ЧСС покоя})} \times$$

$N = P \times n \times h$;
 P — вес ребенка (кг);
 n — число подъемов на ступеньку в одну минуту (30);
 h — высота ступеньки (см).

Все исследования по определению уровня физической подготовленности табл. 6, 7) проводит методист по физическому воспитанию дошкольного учреждения, преподаватель физкультуры в школе.

Таблица 6

Показатели физической подготовленности детей 4-7 лет ($M \pm \delta$)

Показатели		ол	Возраст в годах			
			4 года	5 лет	6 лет	7 лет
Длина прыжка с места (см)			64,0 -91,5	82,0 -170,0	95,0 -132,0	112, 0-140,0
			60,0 -88,0	77,0 -103,0	92,0 -121,0	97,0 -129,0
Дальность броска набивного мяча (1кг) из-за головы (см)			125, 0-205,0	165, 0-260,0	215, 0-340,0	270, 0-400,0
			110, 0-190,0	140, 0-230,0	175, 0-300,0	220, 0-350,0
Сила мышц правой кисти (кг)			4,0- 8,0	6,0- 10,5	8,0- 12,5	10,0 -12,5
			3,5- 7,5	5,0- 10,0	6,0- 10,5	7,5- 12,0
Сила мышц левой кисти (кг)			3,5- 7,5	5,0- 10,0	6,0- 10,5	8,0- 11,5
			3,5- 6,5	4,5- 8,5	5,5- 9,5	7,0- 10,5
рост	На 90 м		-	37,3 -27,3	-	-

			-	37,0 -26,2	-	-
	Ha 120 м		-	-	38,6 -30,6	-
			-	-	40,8 -30,2	-
	Ha 150 м		-	-	-	41,6 -33,9
			-	-	-	43,9 -34,9
	Ha 300 м		-	-	105, 1-85,8	97,3 -81,8
			-	-	107, 2-84,2	101, 2-84,6

Стандарты для оценки физиометрических и функциональных параметров детей 5-6 лет и их распределение по уровню развития (по Ивановской области)

Показатель	Уровень развития	Значение показателя		
		В целом по группе	В зависимости от пола	
			Мальчики	Девочки
Становая сила (кг)	Высокий	Более 24,0	Более 24,9	Более 23,1
	Средний	23,4 ± 0,6	24,2 ± 0,7	22,5 ± 0,6
	Низкий	менее 22,8	менее 23,5	менее 21,9
Выносливость к статической нагрузке (с)	Высокий	Более 99,5	Более 101,1	Более 97,9
	Средний	97,2± 2,3	98,7 ±2,4	95,2 ±2,2
	Низкий	менее 94,9	менее 96,3	менее 93,5
Жизненная емкость легких (л)	Высокий	Более 1,28	Более 1,22	Более 1,3
	Средний	1,25± 0,03	1,19 ±0,03	1,26 ±0,04
	Низкий	менее 1,22	менее 1,16	менее 1,22
Физическая работоспособность (кг/м)	Высокий	Более 243,2	Более 250,1	Более 243,2
	Средний	235± 8,2	238 ±12,2	235 ±8,2
	Низкий	менее 226,8	менее 255,9	менее 226,8
Общая выносливость (с)	Высокий	Менее 25		
	Средний	25,0- 30,5		
	Низкий	более 30,5		

ТЕСТ КЕРНА-ИЕРАСЕКА

Тест состоит из трех заданий:

- а) нарисовать мужчину;

- б) срисовать фразу «Он ел суп»;
- в) срисовать группы точек.

Нужно заготовить карточки размером 7-8 см на 13-14 см: первая — с вертикальным размером букв 1 см, а заглавной - 1,5 см, вторая — с нарисованной группой точек диаметром 2 мм и расстоянием между ними в 2 см.

Ребенку (или группе детей из 10-15 человек) дается чистый лист нелинованной бумаги. В правом верхнем углу указываются фамилия, возраст ребенка, номер детского сада и дата исследования. Под рабочий лист подкладывают лист плотной бумаги. Карандаш кладется перед ребенком так, чтобы ему было одинаково удобно взять его правой и левой рукой.

Лицевая сторона отводится для выполнения первого задания, которому дается следующая инструкция: «Здесь (каждому показывается где) нарисуй какого-нибудь мужчину (дядю) так, как умеешь».

Дальнейшее объяснение, помощь или предупреждение по поводу ошибок и недостатков рисунка запрещается. Разрешается ребенка подбодрить, если он не может начать работу: «Видишь, как ты хорошо начал. Рисуй дальше». Если ребенок начал рисовать женскую фигуру, можно разрешить ему ее дорисовать, а затем попросить рядом нарисовать мужскую фигуру.

После того как ребенок закончит рисунок, рабочий лист переворачивается. Обратная сторона его делится горизонтальной линией пополам.

Для выполнения второго задания карточка с рукописной фразой «Он ел суп» кладется перед ребенком чуть выше рабочего листа.

Задание формулируется так: «Посмотри, здесь что-то нарисовано. Ты еще не умеешь писать, поэтому попробуй это нарисовать. Хорошо посмотри, как это написано, и в верхней части листа (показать где) напиши так же». Если кто-то из детей не рассчитает длину строки, и третье слово не будет помещаться на строке, нужно ребенку подсказать, что его можно написать ниже или выше.

После выполнения второго задания первая карточка у него отбирается, а на ее место кладется вторая (с группой точек) таким образом, чтобы острый угол пятиугольника, образованного точками, был направлен вниз. К 3-му заданию дается инструкция: «Здесь нарисованы точки. Попробуй нарисовать такие же в нижней части листа» (показать где).

Оценка результатов выполнения каждого из этих заданий проводится по пятибалльной системе: 1 балл — наилучшая, а 5 баллов — наихудшая оценка.

Рисунок мужчины:

- 1 балл — есть голова, туловище, конечности, шея, волосы, уши, на лице глаза, нос, рот, на руке 5 пальцев, мужская одежда;
- 2 балла — могут отсутствовать шея, уши, волосы, один палец;
- 3 балла — могут отсутствовать шея, уши, волосы, одежда, пальцы на руках, ступни ног;
- 4 балла — примитивный рисунок головы с конечностями;
- 5 баллов — каракули.

Фраза «Он ел суп»:

- 1 балл — фразу можно прочитать: буквы выше образца не более, чем в 2 раза, строка отклонена от прямой не более, чем на 30°;
- 2 балла — предложение можно прочитать, буквы по величине близки к образцу, их стройность не обязательна;
- 3 балла — буквы должны быть разделены не менее, чем на 2 группы, можно прочесть хотя бы 4 буквы;

- 4 балла — с образцом схожи хотя бы 2 буквы;
- 5 баллов — каракули.

Срисовывание группы точек:

- 1 балл — точное воспроизведение образца, нарисованы точки, а не кружочки, может быть уменьшение фигуры, уменьшение возможно не более, чем наполовину;
- 2 балла — незначительное нарушение симметрии, одна точка может выходить за рамки столбца или строки, допустимо изображение кружков, вместо точек;
- 3 балла — группа точек грубо похожа на образец, может быть нарушение симметрии, сохраняется подобие пятиугольника, может быть больше или меньше точек, но не менее 7 и не более 20;
- 4 балла — точки расположены кучно, могут напоминать любую геометрическую фигуру;
- 5 баллов — каракули.

Приложение 5

АНКЕТЫ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Анкета для выявления пограничных нервно-психических расстройств у детей дошкольного и младшего школьного возраста

Уважаемые родители! Для более полного суждения о состоянии здоровья вашего ребенка вам необходимо знать, не появились ли у него перечисленные ниже жалобы. Если появились, просим указать, какие, сроки их появления. Если эти жалобы были раньше, просим указать, с какого времени они появились и после чего.

1. Нарушение сна:
 - более длительный период засыпания _____
 - поверхностный беспокойный сон- _____
 - разговаривает во сне _____
 - вскакивает во сне _____
2. Нарушение аппетита:
 - отказ от пищи _____
 - снижение аппетита _____
3. Головные боли (указать время суток) _____
4. Боли в области сердца _____
5. Боли в животе (связаны ли с приемом пищи) _____
6. Повышенная потливость _____
7. Недержание мочи и кала _____
8. Заметная двигательная расторможенность, неусидчивость _____
9. Появились «лишние» движения, т. е. неспособность сидеть спокойно даже при чтении, просмотре телевизионных передач _____
10. Стал менее внимательным, неспособным длительно концентрировать внимание _____
11. Появилась беспричинная раздражительность, грубость, стремление ударить _____
12. Беспричинные колебания настроения (снижение настроения, повышенная плаксивость, вялость, другие) _____

13. Беспричинные страхи (темноты, одиночества, страх животных, ночные страхи) _____
14. Повторяющиеся навязчивые движения: мигания, наморщивания лба, носа, движения головой в сторону, облизывание губ, хмыканье, покашливание, сосание пальца, кусание ногтей, подергивание волос, онанизм)
15. Стремление к непослушанию, грубости (особенно в ответ на замечания), стремление сделать назло _____
16. Отказ разговаривать, уходить в ответ на замечания, отказ выполнять требования _____
17. Страх нового, чувство отчаяния, отказ от обычных желаний _____
- Другие жалобы _____

**Анкета для выявления пограничных
нервно-психических расстройств у подростков (10-17 лет)**

1 Часть

.	Нарушение сна:
	- более длительный период засыпания
	- поверхностный беспокойный сон
	- разговаривает во сне
	- вскакивает во сне
.	Нарушение аппетита:
	- отказ от пищи
	- снижение аппетита
.	Головные боли (указать время суток)
.	Боли в области сердца
.	Боли в животе (связаны ли с приемом пищи)
.	Повышенная потливость
.	Недержание мочи или кала
.	Заметная двигательная расторможенность, неусидчивость
.	Появились “лишние” движения, т.е. неспособность сидеть спокойно даже при чтении, просмотре телепередач
0.	Стал менее внимательным, неспособным длительно концентрировать внимание
1.	Появилась беспричинная раздражительность, грубость, стремление ударить
2.	Беспричинные колебания настроения (снижение настроения, повышенная плаксивость, вялость, другие)
3.	Беспричинные страхи (темноты, одиночества, страх животных, ночные страхи, страх перед школой: боязнь учителя, боязнь получить плохую оценку, отвечать)
4.	Повторяющиеся навязчивые движения: мигание, наморщивание лба, носа, движение головой в сторону, облизывание губ, хмыканье, покашливание, сосание пальца, кусание ногтей, подергивание волос, онанизм
5.	Стремление к непослушанию, грубости (особенно в ответ на замечания), стремление сделать назло
6.	Отказ разговаривать, уход в ответ на замечания, отказ выполнять требования
7.	Страх нового, чувство отчаяния, отказ от обычных желаний
8.	Другие жалобы

II Часть

9.	Мрачность, тревожность, беспокойство
0.	Уныние, подавленность, скука
1.	Боязнь за свое здоровье
2.	Стремление к уединению, замкнутость
3.	Повышенная потливость при волнении или появление красных пятен
4.	Головокружение, неустойчивость при смене положения тела, обмороки
5.	Сердцебиение, перебои в работе сердца
6.	Боли в пояснице
7.	Боли при мочеиспускании
8.	Запоры, поносы
9.	Реакция в виде сыпи, зуда, отек на какую-либо пищу, запахи лекарства
0.	Тошнота, отрыжка, изжога
1.	Повышенное слезотечение
2.	Повышенная потливость кистей и стоп
3.	Ощущение зябкости
4.	Плохая переносимость холода
5.	Непереносимость жары, душных помещений
6.	Всегда ли при простуде бывает высокая температура, если нет, то как часто простуда не сопровождается ее подъемом
7.	Повышенная жажда
8.	Усиление слюноотделения
9.	Часто ли слюна бывает густой
0.	Бывает ли повышенное газообразование, вздутие живота, тошнота
	Бывают ли отеки

1.	
2.	Боли в мышцах и суставах
3.	Бывает ли одышка, не связанная со значительной физической нагрузкой
4.	Кожный зуд и кожные сыпи
5.	Повышенная кожная чувствительность (болезненность даже при обычном прикосновении)
6.	Возникновение стойких идей физического недостатка
7.	Упорное ограничение себя в еде, доходящее до полного отказа от еды, с целью похудения
8.	Уходы из дома, бродяжничество

Приложение 6

ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ

Выявление дефектов звукопроизношения проводится медицинской сестрой. В обследовании могут участвовать педагог и психолог детского сада.

Используется специальный альбом, где изображены предметы, в названии которых есть глухие и звонкие согласные: Л, Р, З, С, Ц, а также шипящие: Ж, Ш, Ч, Щ. Рекомендуется следующий примерный набор слов:

Рог — ведро — топор;	река — гриб — фонарь;
Лопата — белка — стул;	лейка — олень — соль;
Самолет — бу- сы — колос;	сито — гуси — лось;
Заяц — коза — воз;	Зина — газета — витязь;
Земля — лыжи — ножи;	шишка — кошка — мышка;
Чашка — ба- бочка — ключ;	щетка — ящери- ца — плащ.

Приложение 7

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ

Таблица 8

Шкала для определения эмоционального профиля детей раннего возраста (Студеникин М. Я., Макаренко Ю.А., Баркан А. И., 1978)

	Характеристика поведенческих реакций	Баллы
--	---	--------------

	Отрицательные эмоции	
.1.	Нет	3
.2.	Хныканье за компанию	0
.3.	Хныканье с перерывом	1
.4.	Продолжительное, периодическое хныканье	2
.5.	Плач за компанию	3
.6.	Продолжительный плач	4
.7.	Приступообразный плач	5
.8.	Сильный продолжительный плач	7
.9.	Депрессия	8
.10.	Депрессия с приступами плача	10
I	Гнев	
.1.	Нет	2
.2.	Появляется редко и в слабой форме	1
.3.	Умеренный	1
.4.	Частый, хорошо выраженный	5
.5.	Очень частые приступы гнева	7
II	Страх	
.1.	Нет	3
.2.	Проявляется редко и в слабой форме	2
.3.	Умеренный	6
.4.	Частый, хорошо выраженный	8
.5.	Очень частые реакции страха	10
	Познавательная деятельность	

V		
.1.	Отсутствует	-
		4
.2.	Проявляется непостоянный интерес к играм	+
		1
.3.	Проявляется интерес к окружающим незнакомым людям	+
		3
.4.	Установившийся интерес к окружающим, может долго играть	+
		5
.5.	Долго играет, трудно отвлекается от игры, интересуется новыми предметами и людьми	+
		7
	Положительные эмоции	
.1.	Нет	-
		5
.2.	Слабо и редко вокалирует	+
		1
.3.	Адекватно улыбается	+
		5
.4.	Веселый жизнерадостный ребенок, мало плачет	+
		8
.5.	Много смеется, улыбается взрослым	+
		10
I	Социальные контакты	
.1.	Легко вступает в контакт	+
		5
.2.	Просится на руки, приглашает играть	+
		3
.3.	Сдержанно вступает в контакт	+
		2
.4.	Держится спокойно, не проявляет интереса к контактам	+
		1
.5.	Просится на руки с целью сочувствия	0
.6.	Робок	-
		2
.7.	Недоверчив, хмур, стремится убежать	-
		4
.8.	Плача, вступает в контакт, требуя отвести себя к родителям	-
		6
II	Двигательная активность	
.1.	Много лежит или сидит	-
		4
.2.	Замедлен, вял в движениях	-
		2

.3.	Средняя подвижность	5	+
.4.	Высокая подвижность	1	-
.5.	Очень большая подвижность	5	-
III	Сон		
.1.	Отсутствие сна, плач	8	-
.2.	Засыпает и просыпается с плачем	2	-
.3.	Неспокоен, засыпает с плачем	5	-
.4.	Беспокоен	3	-
.5.	Спокоен, засыпает с плачем	1	-
.6.	Засыпает с задержкой, без плача		0
.7.	Сон спокойный, засыпает с хныканьем	2	+
.8.	Сон спокоен	6	+
.9.	Сон очень спокоен, глубокий	8	+
X	Аппетит		
.1.	Отсутствует	4	-
.2.	Плохой	1	-
.3.	Средний	3	+
.4.	Хороший	6	+
.5.	Повышенный	2	+
.6.	Чрезмерный	3	-

Таблица 9

Шкала для определения эмоционального профиля детей дошкольного возраста

	Параметры поведения	Баллы
--	----------------------------	--------------

1	2	3
I	Пониженное настроение	
1	Поведение без признаков депрессии	+
.1.		9
1	Появление сниженного настроения эпизодически в связи с обидой, неудачами в игре и проч., сопровождающееся плачем	+
.2.		7
1	Легкая перемежающаяся депрессия в связи с поступлением в коллектив, из которой ребенок выходит, участвуя в играх и занятиях	+
.3.		2
1	Депрессия средней выраженности (умеренная): вял, рассеян, задумчив, с трудом вовлекается в игру, занятия, временами плачет	-4
.4.		
1	Отчетливая депрессия. Постоянная мимика скорби, плач без причин, отказ от участия в играх	-7
.5.		
1	Выраженная депрессия, негативное отношение к воспитателю, детям, нежелание идти в сад, отказ от пищи, приступы плача	-
.6.		10
I	Гнев (агрессия)	
2	Гнев проявляется редко и в адекватной форме	+
.1.		9
2	Отчетливые, не всегда адекватные и мотивированные проявления гнева в отношении детей (дерется)	-4
.2.		
2	Гнев отсутствует в силу сниженного настроения	-6
.3.		
2	Агрессия может принимать генерализованный характер по отношению к детям и персоналу (дерется, кусается, портит игрушки)	-8
.4.		
2	Агрессия порой принимает характер истерики	-
.5.		10
I	Страх	
II.		
3	Страх отсутствует. Чувствует себя в саду свободно, непринужденно	+
.1.		10
3	Поведение ровное, страх появляется только эпизодически, например, при проведении процедур	+
.2.		7
3	Ребенок несколько насторожен, робок, стеснителен	-3
.3.		
3	Расстается с матерью со слезами, но постепенно отвлекается. Эпизодически грустен, спрашивает, когда придет мама. Боится процедур, осмотра медсестры, врача	-6
.4.		
3	Ребенок боится детского сада и незнакомого коллектива, детей, персонала. На уход матери реагирует бурным плачем. Весь день тоскует по дому, пытается уйти домой	-
.5.		10
I	Игровая деятельность	
V.		
4	«Заводила» в играх, выдумывает варианты игр, проказничает, хохочет	+
.1.		10
4	Охотно участвует в играх наравне с другими, инициативен, часто	+

.2.	смеется	7
4 .3.	Присматривается к игре с любопытством, легко может быть вовлечен в игру, но шумных игр сторонится	+ 4
4 .4.	Интерес к играм слабый, предпочитает играть один, легко отвлекается	-2
4 .5.	Интереса к играм не проявляет, но при активном побуждении может кратковременно и без интереса участвовать в некоторых играх	-5
4 .6.	Не проявляет никакого интереса к играм. Попытки вовлечь в игру безуспешны	-9
V .	Социальные контакты	
5 .1.	Активно ищет и устанавливает контакты с детьми и воспитателем, дружелюбен.	+ 10
5 .2.	Контактирует без принуждения со сверстниками и воспитателем, доверчив.	+ 7
5 .3.	Контактирует с детьми осторожно, малоинициативен в общении	-1
5 .4.	Замкнут, недоверчив, предпочитает остаться один	-5
5 .5.	Попытки установить контакт встречают отрицательную реакцию (плач, агрессивные действия, страх)	-9
V I.	Дисциплина	
6 .1.	С особой тщательностью и усердием выполняет все требования, предъявляемые к нему. Послушен	+ 9
6 .2.	Старается быть послушным, но из-за рассеянности, отвлекаемости это не всегда удается	+ 5
6 .3.	Среднепослушен: требует постоянного присмотра и наставления воспитателя. Начатое дело не доводит до конца	-1
6 .4.	Малопослушен и трудноконтролируем. Реагирует на резкие окрики, ориентируется на поведение младших детей	-6
6 .5.	Непослушен, замкнут или негативно настроен. Игнорирует или крайне плохо воспринимает нормы поведения в коллективе	-9
V II.	Моторика	
7 .1.	Высокая подвижность. Часто бегает, играя со сверстниками	+ 8
7 .2.	Среднеподвижен	+ 8
7 .3.	Локомоторные акты вялые, замедленные	-3
7 .4.	Малоподвижен, большую часть времени сидит, мимика вялая	-7
7 .5.	Чрезвычайно высокая подвижность, ребенок мечется, не может найти себе подходящее место	-8
V	Сон	

III.		
8 .1.	Сон спокойный, засыпает и просыпается быстро	+ 9
8 .2.	Сон спокойный, но засыпает с трудом	+ 5
8 .3.	Сон беспокойный, долго не засыпает, часто просыпается	-4
8 .4.	Резко нарушен режим сна, бессонница, засыпает и просыпается не вовремя	-6
8 .5.	Отсутствие сна, хотя раньше дома спал спокойно	-9
I X.	Аппетит	
9 .1.	Хороший	+ 8
9 .2.	Умеренный, средний	+ 4
9 .3.	Повышенный	+ 3
9 .4.	Сниженный	-2
9 .5.	Чрезмерный	-4
9 .6.	Плохой	-5
9 .7.	Отсутствует	-8
X .	Познавательная деятельность	
1 0.1.	Активно участвует во всех видах групповых занятий. Старается делать лучше, чем другие. Долго играет	+ 10
1 0.2.	Без принуждения и с явным интересом участвует в играх и занятиях, старательно выполняет все задания, может достаточно долго играть	+ 8
1 0.3.	Проявляет только избирательный интерес к определенным видам занятий (лепка, рисование и др.) и относится безучастно к другим. Интерес к занятиям не постоянный	+ 4
1 0.4.	В групповых занятиях не проявляет собственной инициативы, участвует в них без особого желания, часто сидит без дела	-3
1 0.5.	Не проявляет никакого интереса к занятиям, явно не желает выполнять те или иные задания, мешает другим детям	-7

Таблица 10

Шкала для определения эмоционального профиля детей школьного возраста

	Параметры поведения	Баллы
--	----------------------------	--------------

.	Снижение настроения	
.1.	Поведение без признаков депрессии	+ 10
.2.	Эпизодические проявления сниженного настроения	+7
.3.	Легкая депрессия, из которой ребенок выходит в случае интересных занятий, игр	+2
.4.	Депрессия умеренная: задумчив, вял, рассеян, вовлекается в процесс с трудом	-3
.5.	Депрессия отчетливо выражена	-6
.6.	Выраженная “активная” депрессия: негативное отношение к школе	-8
.7	Полное нежелание идти в школу. Идет со слезами, в сопровождении родителей	- 10
I.	Социальные контакты	
.1.	Легко, уверенно входит в контакт	+1 0
.2.	Активно ищет и устанавливает социальные контакты с незнакомыми сверстниками	+8
.3.	Инициативы в установлении контактов не проявляет, но при случае выражает готовность “сотрудничать” со сверстниками	+4
.4.	Избирателен в общении из-за робости, малоинициативен	-9
.5.	Активно не поддерживает социальных контактов	-5
.6.	Замкнут, недоверчив, находится в добровольной изоляции	-9
II.	Познавательная деятельность	
.1.	Активно, с интересом участвует в занятиях. Старателен, стремится все делать лучше, чем другие	+1 0
.2.	Без принуждения участвует в занятиях, во всем пытается разобраться сам	+8
.3.	Проявляет избирательный интерес к определенным видам занятий и остается безучастным к другим	+2
.4.	Учится без видимого желания, формально, принуждая себя	-7
.5.	К учебе не проявляет интереса, тяготится ею	- 10
V.	Дисциплина	
.1.	С особой тщательностью и усердием выполняет все требования, нередко старается превосходить их	+1 0

.2.	Выполняет почти все требования родителей. Усидчив, старателен, мало отвлекается	+8
.3.	Пытается идти в ногу с классом, но это не всегда удается, ввиду несобранности и отвлекаемости	+2
.4.	Требования учителя выполняет неохотно, формально	-3
.5.	На уроках отвлекается, часто занят посторонним делом или отсутствует	-5
.6.	Игнорирует требования учителя, иногда поступает вопреки им	-9
.	Реакция агрессии (гнева)	
.1.	Гнев проявляется редко и в адекватной ситуации	+9
.2.	Гнев практически отсутствует в силу характерологических особенностей – умения все решать мирным путем, не унижая своего достоинства	+8
.3.	Гнев отсутствует в связи со сниженным настроением от пребывания в школе, но ребенок еще может защитить себя	-3
.4.	Гнев отсутствует совершенно, ребенок не может постоять за себя, а иногда убегает от обидчика	-9
.5.	Не всегда мотивированные проявления агрессии в отношении сверстника	-4
.6.	Отчетливые и частые проявления агрессии в отношении сверстников и даже учителя	-8
.7.	Агрессия иногда достигает силы аффекта. Школьник озлоблен, дерзит, вступает в пререкания с персоналом школы или учителем. В знак протеста хулиганит, паясничает, может уйти из школы	-10
I.	Страх	
.1.	Страх отсутствует	+10
.2.	Эпизодически робок, застенчив и стеснителен	+5
.3.	Ребенок явно робок и застенчив, легко теряется при попытке выяснить какой-либо вопрос	-3
.4.	Указанные черты выражены	-6
.5.	В случае выраженной тревоги и неуверенности ученик ищет защиты у учителя или более зрелых сверстников. В некоторых случаях предпочитает остаться дома	-9
II.	Игровая деятельность	
.1.	Заводила в играх, выдумывает новые варианты игр	+9
.2.	Эпизодически может принимать участие в играх по собственной инициативе	+6

.3.	Присматривается к игре с любопытством	+
		3
.4.	Интереса к играм не проявляет, но при активном побуждении может кратковременно и без особого желания участвовать в некоторых играх	-2
.5.	К играм не проявляет никакого интереса. Попытки привлечь к игре не приводят к успеху	-7
III.	Двигательная активность в перемену	
.1.	Двигательная активность очень высокая и проявляется в шумных развлечениях, шалостях	+
		8
.2.	Подвижен, оживлен, бегает по коридору, скачет и прочее	+
		6
.3.	Двигательная активность низкая	+
		1
.4.	Не может найти себе подходящего места и занятия. Двигательная активность крайне низкая	-8
X.	Общее самочувствие	
.1.	Жалоб не предъявляет, после занятий чувствует себя бодрым и свежим	+
		10
.2.	Активно не жалуется, но в беседе можно выявить чувство “рабочей” усталости после занятий	+
		7
.3.	Жалуется на недомогание, головную боль, дисфункцию желудочно-кишечного тракта и т.д. при отсутствии в анамнезе соответствующих заболеваний	-3
.4.	Усиление жалоб, имеющих в основе функциональную или органическую патологию	-6
.5.	Жалобы принимают характер устойчивой симуляции	-8
.6.	Появление или усиление вредных привычек или невротических расстройств	-
		10

Приложение 8

Лист наблюдения за адаптацией к ДОУ детей раннего возраста

Ф.И. ребенка _____ возраст _____ группа _____

Ф.И.О. педагога _____ Ф.И.О. врача _____ Ф.И.О. медсестры _____

Эмоционально-поведенческие реакции												Нервно-психическое развитие	
День адаптации	Дата регистрации	Исследовательские	Гнев	Страх	Взрывная деятельность	Желательные	Контактные	Активная	Сон	Аппетит	Сумма		
												Показатель	Неделя адаптации

Истощаемость внимания								Рекомендации по дальнейшему наблюдению за ребен- ком:
Страхи (ночные, темноты и др.)								
Навязчивые дви- жения								
Двигательная рас- торможенность								
Вредные привычки								
Число перенесен- ных заболеваний								
Появление других заболеваний								
Масса тела								
Контроль Hb по показаниям								
Прочие изменения здоровья								

Лист наблюдения за адаптацией к ДОУ детей дошкольного возраста

Ф.И. ребенка _____ возраст _____ группа _____

Ф.И.О. педагога _____ Ф.И.О. врача _____ Ф.И.О. медсест-

ры _____

Эмоционально-поведенческие реакции												
День адаптации	Дата регистрации	настро-женное	Гнев (агрессия)	Страх	Игровая деятельность	контакт-альные	Дисциплина	Мото-рика	Сон	Аппетит	Позна-вательная дея-	Сумма
2												
5												
8												
11												
14												
17												
20												
23												
26												
29												
32												
35												
38												
41												
44												
47												
50												

Педагогические рекомендации по облегчению адаптации

Во время контроля за течением адаптации лист находится у воспитателя, по завершении адаптации — вклеивается в медицинскую карту.

Окончание листа адаптации

Динамика состоя- ния здоровья по результа-	Неделя адаптации	Медицин- ские рекоменда-	Оценка течения адаптации
---	---------------------	-----------------------------	-----------------------------

там медицинского наблюдения и анкетирования родителей (заполняется медперсоналом)							ции по облегчению адаптации и заключения специалистов	(подчеркнуть)
Нарушения сна								Течение адаптации: – Благоприятное – Условно-благоприятное – Неблагоприятное Рекомендации по дальнейшему наблюдению за ребенком:
Нарушения аппетита								
Головные боли								
Боли в сердце								
Боли в животе								
Энурез, энкопрез								
Раздражительность								
Плаксивость								
Утомляемость (повышенная)								
Истощаемость внимания								
Страхи (ночные, темноты и др.)								
Навязчивые движения								
Двигательная расторможенность								
Вредные привычки								
Число перенесенных заболеваний								
Появление других заболеваний								
Масса тела								
Контроль Hb по показаниям								
Прочие изменения здоровья								

Лист наблюдения за адаптацией первоклассников к школе

Ф.И.О. ребёнка _____

Школа _____ Класс _____

Ф.И.О. педагога _____

Ф.И.О. врача _____ Ф.И.О.

мед.сестры _____

Эмоционально-поведенческие реакции (заполняет педагог)											
Учебная четверть	Неделя	Дата регистрации	Снижение настроения	Социальные контакты	Познавательная деятельность	Дисциплина	Агрессия, гнев	Страх	Игровая деятельность	Активность	Общее самочувствие
-я											
-я	8										
-я	9										
-я	0										

Педагогические рекомендации по облегчению адаптации

Адаптация в коллективе (социометрический статус) – по заключению психолога:
лидер, принятый, непринятый, изолированный

Во время контроля за адаптацией лист находится у педагога, по завершении адаптации
— вклеивается в медицинскую карту

Успеваемость (заполняет педагог)			
Учебная четверть	Средний балл		
	Чтение	Письмо	Математика

Динамика состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирования родителей (заполняется мед-персоналом)	Учебная четверть				Медицинские рекомендации по облегчению адаптации и заключения специалистов	Медико-педагогическая оценка течения адаптации (подчеркнуть)
Нарушения сна						Заключение педиатра: Благоприятное Условно-благоприятное Неблагоприятное: а) с развитием невротической реакции (какой) б) с учащением ОРЗ в) с появлением соматического заболевания или функциональных расстройств (каких) Заключение педагога-психолога: а) неуспеваемость б) нарушение адаптации в коллективе Интегральная оценка: А + 3 + А ± 3 – А + 3 – А ± 3 + А – 3 – А – 3 + Рекомендации по наблюдению за ребенком во втором классе:
Нарушения аппетита						
Головные боли						
Боли в сердце						
Боли в животе						
Энурез, энкопрез						
Раздражительность						
Плаксивость						
Утомляемость (повышенная)						
Истощаемость внимания						
Страхи (ночные, темноты и др.)						
Навязчивые движения						
Двигательная расторможенность						
Вредные привычки						
Число перенесенных заболеваний						
Снижение остроты зрения						
Нарушение осанки						
Масса тела						
Контроль Hb — по показаниям						
АД						
Прочие изменения здоровья						

Появление признака обозначается знаком «плюс»

Врач:

Педагог:

Знак * обозначает сроки, в которые обследования не проводятся

Лист наблюдения за адаптацией школьников при переходе к предметному обучению

Ф.И.О. ребёнка _____

Школа _____

Класс _____

Ф.И.О. педагога _____ Ф.И.О. врача _____ Ф.И.О.

мед.сестры _____

Эмоционально-поведенческие реакции (заполняет педагог)											
Учебная четверть	Неделя	Дата регистрации	Снижение настро-	Социальные кон-	Познавательная дея-	Дисциплина	Агрессия, гнев	Страх	Игровая деятель-	Двигательная актив-	Общее самочувствие
-я											
-я	8										
-я	9										
-я	0										

Успеваемость (заполняет педагог)		
Учебная четверть	Средний балл по основным предметам	
	Гу-манитар-ные	Есте-ственные

Педагогические рекомендации по облегчению адаптации

Адаптация в коллективе (социометрический статус) – по заключению психолога: лидер, принятый, непринятый, изолированный

Во время контроля за адаптацией лист находится у педагога, по завершении адаптации — вклеивается в медицинскую карту

Динамика состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирования родителей (заполняется мед-персоналом)	Учебная четверть				Медицинские рекомендации по облегчению адаптации и заключения специалистов	Медико-педагогическая оценка течения адаптации (подчеркнуть)
Нарушения сна						Заключение педиатра: Благоприятное Условно-благоприятное Неблагоприятное: а) с развитием невротической реакции (какой) б) с учащением ОРЗ в) с появлением соматического заболевания или функциональных расстройств (каких) Заключение педагога-психолога: а) неуспеваемость б) нарушение адаптации в коллективе Интегральная оценка: А + 3 + А ± 3 – А + 3 – А ± 3 + А – 3 – А – 3 + Рекомендации по наблюдению за ребенком во втором классе:
Нарушения аппетита						
Головные боли						
Боли в сердце						
Боли в животе						
Энурез, энкопрез						
Раздражительность						
Плаксивость						
Утомляемость (повышенная)						
Истощаемость внимания						
Страхи (ночные, темноты и др.)						
Навязчивые движения						
Двигательная расторможенность						
Вредные привычки						
Число перенесенных заболеваний						
Снижение остроты зрения						
Нарушение осанки						
Масса тела						
Контроль Hb — по показаниям						
АД						
Отклонения полового развития						
Прочие изменения здоровья						

Появление признака обозначается знаком «плюс»

Врач:

Педагог:

Знак * обозначает сроки, в которые обследования не проводятся

Лист наблюдения за адаптацией школьников при переходе на третью ступень обучения

Ф.И.О. ребёнка _____

Школа _____ Класс _____

Ф.И.О. педагога _____ Ф.И.О. врача _____ Ф.И.О.

мед.сестры _____

Эмоционально-поведенческие реакции (заполняет педагог)											
Учебная четверть	Неделя	Дата регистрации	Снижение настроe-	Социальные кон-	Познавательная дея-	Дисциплина	Агрессия, гнев	Страх	Игровая деятель-	Двигательная ак-	Общее самочувв-
-я											
-я	8										
-я	9										
-я	0										

Успеваемость (заполняет педагог)		
Учебная четверть	Средний балл по основным предметам	
	Гу-манитар-ные	Есте-ственные

Педагогические рекомендации по облегчению адаптации

Адаптация в коллективе (социометрический статус) – по заключению психолога: лидер, принятый, непринятый, изолированный

Во время контроля за адаптацией лист находится у педагога, по завершении адаптации — вклеивается в медицинскую карту

Окончание листа адаптации

Динамика состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирования родителей (заполняется мед-персоналом)	Учебная четверть				Медицинские рекомендации по облегчению адаптации и заключения специалистов	Медико-педагогическая оценка течения адаптации (подчеркнуть)
Нарушения сна						Заключение педиатра:
Нарушения аппети-						

Мероприятия, направленные на снятие зрительного утомления

Снятие зрительного утомления важно для профилактики миопии. При этом необходим комплекс мероприятий: контроль за естественным и искусственным освещением; рассаживание детей в классе в соответствии с медицинскими рекомендациями; проведение гимнастики для снятия зрительного утомления; чтение лекций для родителей об организации зрительного режима во внешкольное время (табл.11).

Таблица 11

Рекомендации по организации зрительного режима во внешкольное время

Класс	Зрительная нагрузка (мин.)	Перерыв (мин.)
1	20	10-15
2	20	10-15
3	20	10-15
4-5-6	25-30	10-15
7 и старше	35-40	10-15

Для максимального использования дневного света и равномерного освещения учебных помещений рекомендуется сажать деревья не ближе 15 метров, а кустарник — не ближе 5 метров от здания; не закрашивать оконные стекла; не расставлять на подоконниках цветы; не реже двух раз в год проводить очистку и мытье стекол.

Просмотр телепередач младшим школьникам рекомендуется на расстоянии не менее 3-4 м не чаще двух раз в неделю. Если ребенок носит очки, то смотреть телевизор можно только в очках. Между выполнением домашнего задания и просмотром телепередач должен быть перерыв не менее 30 минут.

Методика обучения грамоте в режиме дальнего зрения (В.Ф.Базарный с соавт.,1987)

Отличительной особенностью методики обучения в режиме дальнего зрения является то, что изучаемые объекты размещаются на максимально возможном удалении от детей. При таком режиме занятий сохраняется пространственно-метрический обзор, в том числе, глубина и стереоскопичность восприятия как основа для гармонического формирования не только собственно функции зрения, но и внешних его психических отражательных способностей. Процесс обучения условно подразделен на 3 этапа.

1 этап является вводным и базируется на произвольном зрительном запечатлении букв, а также осознании их с помощью мышечного тактильного и слухового анализаторов. «Букварем» на данном этапе являются стены одной из комнат. На них рисуются яркие сюжетные картинки типа «В лесу», «У реки» или сюжеты из хорошо знакомых детям сказок.

В различных участках картины фиксируются буквы. Целесообразно включать их в игровые сюжеты (например: зайчик держит букву «М», а ежик — букву «А» и т.д.). На другой стене

рисуются различные слоги и простейшие слова. Основой изучения букв является самоинициатива и стремление детей к распознаванию неизвестных образов.

Как только дети познакомятся таким способом с буквами, целесообразно, чтобы они осознали их через мышечно-тактильные чувства, а еще лучше — через действие. Воспитатель показывает на стене одну из букв, а дети должны не только отыскать ее в наборе и показать воспитателю, но и собрать ее из палочек. Этап конструирования букв является чрезвычайно важным, т.к. в восприятии и осознании букв участвуют зрительное и мышечное чувства (а при их чтении — и слуховой анализатор).

Описанный этап продолжается в среднем до 4-х месяцев, и лишь после этого можно приступать к следующему этапу обучения чтению.

II этап является основным в методике обучения чтению в режиме дальнего зрения. К нему приступают после того, как дети хорошо усвоят первичный необходимый запас слов. На данном этапе дети овладевают навыками слоگو- и словообразования. Занятия проводятся в условиях максимально возможного удаления от детей разучиваемых слогов и букв. Шрифтом служат разрезанные «Кассы букв и слогов». Важным моментом в это время является правильное рассаживание детей. С этой целью медицинский работник детского сада проверяет у всех детей остроту зрения. Поскольку у большинства детей из старших и подготовительных групп острота зрения выше общепринятой условной нормы (т.е. 1,0), ее проверяют по новым таблицам, позволяющим дифференцированно измерить ее в зоне, превышающей 1,0. Данные остроты зрения фиксируются в картах индивидуального развития. Повторные проверки проводятся один раз в полгода. Затем для каждого ребенка определяется его индивидуальная рабочая дистанция (рабочее место). С этой целью воспитатель берет в руки стандартную букву из «Кассы букв и слогов» и просит ребенка отходить от неё до тех пор, пока ее контуры не начнут терять свою четкость. С помощью штриха и цифры это место краской отмечается на полу. Каждый ребенок в последующем занимает свое рабочее место.

Занятия начинаются только после того, как все дети будут рассажены на предельные для зрения дистанции. Педагог берет в руки слоги, и начинается их коллективное разучивание известными педагогическими приемами.

Учитывая благоприятное влияние шагового ритма на синхронизацию различных анализаторов и сенсорных систем, в процессе таких занятий рекомендуется с его помощью широко использовать ритмизацию слогов. С этой целью воспитатель показывает слоги (слова) и просит детей медленно ходить по кругу и читать таким образом, чтобы на один шаг приходился один слог.

Особо важным моментом обучения остается постоянное общение педагога с детьми. Только это и позволяет воспитателю чувствовать предельную зрительную дистанцию для каждого ребенка и качество восприятия детьми букв и слов (по напряжению и сосредоточенности лица, положению корпуса и т.д.). Аспект взаимного диалога и общения педагога с детьми при обучении в режиме дальнего зрения является наиболее важным.

Для наиболее эффективного формирования функций зрения, и особенно стереоскопического и панорамного зрения, в теплое время года все занятия по обучению грамоте, в том числе и чтению, настоятельно рекомендуется проводить вне помещения, т.е. на открытом пространстве.

В процессе таких занятий предельная зрительная рабочая дистанция, которая, как показала практика, постоянно увеличивается, уточняется ежемесячно. При этом, если размеры кабинета не позволяют увеличивать дистанцию, рекомендуется перейти на более мелкие буквы, в том числе на «Азбуку» или «Букварь». С переходом на «Букварь» дистанцию от детей до разучиваемых букв и слов рекомендуется постепенно сокращать. Практика показала, что для при-

ближения «Азбуки» или «Букваря» с максимально удаленной дистанции до расстояния 1 м требуется приблизительно 1,5-2 месяца.

III этап предназначен для постепенного перехода в режим ближнего зрения. Главная цель его — сохранение и закрепление гармоничного зрительно-координаторного стереотипа, в том числе необходимой зрительной рабочей дистанции при самостоятельном чтении. Занятия проводятся по букварю либо детским книжкам, которые устанавливаются на подставке для книг у края противоположного конца стола (примерно на расстоянии 1-1,5 м). Воспитатель следит за тем, чтобы дети сидели прямо. В процессе таких занятий зрительная рабочая дистанция постепенно сокращается (примерно до 40-50 см от глаз).

Выработка у детей устойчивого динамического стереотипа-привычки поддерживать необходимую рабочую дистанцию между столом и органом зрения в условиях дошкольного воспитания — важнейшая задача заключительного этапа обучения чтению.

Установлено, что обучение детей чтению в режиме дальнего зрения способствует формированию ассоциативного восприятия (опознавание целого слова по отдельным элементам), т.е. наиболее экономного в информационно-энергетическом плане. Это обстоятельство в сочетании с индуцирующим влиянием зрительного сосредоточения в пространстве способствует системному, гармоничному развитию функций зрительного анализатора.

Метод офтальмотренажей

Один из источников утомления школьников связан с серым книжным фоном. С целью профилактики данных истоков утомления разработана **система школьных офтальмотренажей** (автоматизированная система с сигнальными лампами, упражнения с глазными сигнальными метками, а также зрительными траекториями). В автоматизированной системе офтальмотренажей цветовой ритм сигнальных ламп, размещенных на потолке каждого класса, не только снимает зрительно-психогенное напряжение и утомление, но и навязывает специфический двигательный ритм глазам и голове, тренирующий вестибулярный и зрительный анализаторы. Для профилактики близорукости можно также использовать **метод индивидуальных офтальмотренажей и специальных упражнений для глаз**.

Упражнение со зрительными метками. В различных местах комнаты, где проходят занятия, фиксируются (либо подвешиваются) привлекающие внимание объекты — яркие зрительные метки. Ими могут служить игрушки или красочные картинки. Располагать их рекомендуем в разноудаленных участках комнаты (например, две подвешиваются к потолку в центре комнаты, где проходят занятия, две фиксируются по углам у фронтальной стены).

Игрушки (картинки) целесообразно подбирать с таким расчетом, чтобы вместе они составили единый зрительно-игровой сюжет, например, из известных сказок и т.д. Один раз в 2 недели сюжеты рекомендуется менять. С целью активизации организма, в том числе общего чувства координации и равновесия, упражнения необходимо выполнять в положении «стоя». Воспитатель периодически дает соответствующие команды, и под счет 1, 2, 3, 4 дети быстро поочередно фиксируют взгляд на указанных зрительных метках, сочетая при этом движения головой, глазами и туловищем. Продолжительность — 1,5-2 минуты.

Выполнение тренажей с помощью плаката-схемы зрительно-двигательных траекторий. Для периодической активизации чувства общей, в том числе и зрительной координации можно использовать специально разработанную схему зрительно-двигательных траекторий (рис. 1).

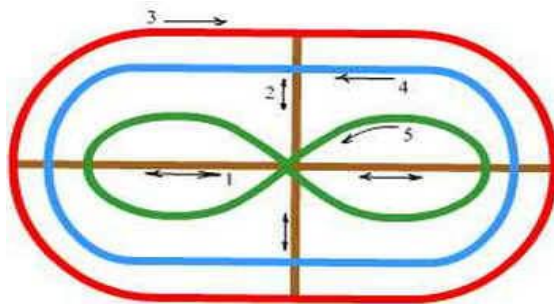


Рисунок 1. Схема зрительно-двигательных траекторий.

На листе ватмана рисуют разным цветом два эллипса, внутри которых другим цветом располагается восьмерка и две перпендикулярно расположенные линии — вертикальная и горизонтальная, перекрещивающиеся в центре листа. Дети следят за указкой учителя, конец которой плавно следует по наружному эллипсу в одну сторону — 10-15 раз, по внутреннему эллипсу в другую сторону — 10-15 раз, затем, по восьмиобразной линии — 10-15 раз и, наконец, по вертикально расположенной линии от центра вверх и вниз, по горизонтальной из центра вправо-влево — 10-15 раз. Все это делает схему яркой, красочной и привлекает внимание. Упражнение выполняется стоя.

Для индивидуального пользования издан специальный плакат, для коллективного — схема рисуется в максимально возможную величину на одной из боковых стен или на потолке.

Специальная гимнастика для глаз. В середине каждого урока в течение 2-3 мин. предлагается следующая гимнастика для глаз в физкультминутках, разработанная МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца.

Упражнения для учащихся 1-3 классов

1. И.п. — сидя, откинувшись на спинку парты. Глубокий вдох. Наклоняясь вперед, к крышке парты, выдох. Повторить 5-6 раз.
2. И.п. — сидя, откинувшись на спинку парты. Прикрыть веки, крепко зажмурить глаза, затем открыть. Повторить 4 раза.
3. И.п. — сидя, руки на поясе. Повернуть голову вправо, посмотреть на локоть правой руки; повернуть голову влево, посмотреть на локоть левой руки. Вернуться в исходное положение. Повторить 5-6 раз.
4. И.п. — сидя. Смотреть прямо перед собой на классную доску 2-3 сек; поставить руки по средней линии лица на расстоянии 15-20 см от глаз, перевести взор на конец пальца, смотреть на него 3-5 сек, опустить руку. Повторить 5-6 раз.
5. И.п. — сидя, руки вперед. Посмотреть на кончики пальцев, поднять руки вверх, следить глазами за руками, не поднимая головы, руки опустить, выдох. Повторить 4-5 раз.

Упражнения для учащихся 4-10 классов

1. И.п. — сидя, откинувшись на спинку парты. Глубокий вдох. Наклонившись вперед, к крышке парты, выдох. Повторить 5-6 раз.
2. И.п. — сидя, откинувшись на спинку парты. Прикрыть веки, крепко зажмурить глаза, затем открыть. Повторить 5-6 раз.
3. И.п. — сидя, руки на поясе. Повернуть голову вправо, посмотреть на локоть правой руки. Вернуться в исходное положение. Повторить 5-6 раз.

4. И.п. — сидя. Поднять глаза кверху, сделать ими круговые движения по часовой стрелке, затем против часовой стрелки. Повторить 5-6 раз.

5. И.п. — сидя, руки вперед, посмотреть на кончики пальцев, поднять руки вверх. Вдох. Следить за руками, не поднимая головы, поднять руки вверх. Вдох. Следить за руками, не поднимая головы. Руки опустить. Выдох. Повторить 4-5 раз.

6. И.п. — сидя. Смотреть прямо перед собой на классную доску 2-3 сек, перевести взор на кончик носа на 3-5 сек. Повторить 6-8 раз.

7. И.п. — сидя, закрыв глаза. В течение 30 сек. массировать веки кончиками указательных пальцев.

Физкультпаузу проводят преподаватели или учащиеся — физорги класса. Она способствует укреплению склеры глаза, повышению работоспособности цилиарной мышцы, благоприятно влияет на формирование рефракции глаз у школьников, улучшает кровообращение в глазах.

Разнообразить физкультпаузу можно путем использования следующего комплекса упражнений.

Комплекс 1

1. И.п. — стоя, руки сзади, пальцы в замок, 1-2 — отводя руки и голову назад, прогнуться — вдох, 3-4 — в и.п. — выдох. Повторите 4-6 раз.

2. И.п. — стоя. Частые моргания в течение 10-15 сек.

3. И.п. — стоя, кисти к плечам. Круговые движения в одну и другую сторону. Повторить 6-8 раз в каждую сторону.

4. И.п. — стоя, голову держать прямо. Посмотреть вверх, затем вниз, не изменяя положения головы. Повторить 6-7 раз.

5. И.п. — стоя. 1 — полуприсед; 2 — и.п. Повторить 10-12 раз.

6. И.п. — стоя, палец держать перед носом на расстоянии 25-30 см, переводить взгляд с дальнего предмета (смотреть в окно) на палец и обратно в течение 30-40 сек. Выполнять медленно.

Комплекс 2

1. И.п. — стоя. 1 — отвести согнутые руки назад, соединить лопатки — вдох, 2 — руки вперед, как бы обнять себя — выдох. Повторить 8-10 раз.

2. И.п. — стоя. Закрывать глаза, крепко зажмуриться на 1-2 сек., затем открыть глаза. Повторить 8-10 раз.

3. И.п. — стоя, кисти к плечам. Круговые движения в одну и в другую сторону. Повторить 6-8 раз каждой рукой.

4. И.п. — стоя. Круговые движения глазами в одну и в другую сторону. Повторить 10-15 раз в каждую сторону,

5. И.п. — стоя, ноги врозь. 1-3 — наклоны туловища в сторону и возврат в и.п. Повторить по 4-6 раз в каждую сторону.

6. И.п. — стоя, указательный палец правой руки держать перед носом на расстоянии 25-30 см. Смотреть на палец в течение 4-6 сек., затем закрыть ладонью левой руки глаз на 4-6 сек. Смотреть на палец правым глазом, затем открыть левый глаз и смотреть на палец двумя глазами. Прodelать то же, но закрыть правый глаз. Повторить 4-6 раз.

Комплекс 3

1. И.п. — стоя, кисти к плечам. 1 — отвести локти назад — вдох; 2 — локти вперед — выдох. Смотреть вперед. Повторить 8-10 раз.

2. И.п. — стоя. Частые моргания в течение 10-15 сек.

3. И.п. — стоя. 1-2 — разогнуться, голову отвести назад — вдох. 3-4 — слегка наклониться вперед — выдох. Повторить 6-8 раз.

4. И.п. — стоя, голову держать прямо. Переводить взгляд вверх — направо, после чего вниз — налево, затем переводить взгляд по другой диагонали вверх — налево — вниз — направо. Повторить по 6-8 раз в каждом направлении.

5. И.п. — кисти на затылок. 1-2-3 — пружинистые повороты туловища в сторону, 4 — и.п. То же в другую сторону. Повторить 4-6 раз.

6. И.п. — стоя. Палец правой руки держать перед носом на расстоянии 25-30 см, левый глаз закрыт. Переводить взгляд с дальнего предмета (смотреть в окно) на палец и обратно в течение 10-15 секунд. То же правым глазом.

Упражнения с меткой на оконном стекле. К оконному стеклу приклеить кружок диаметром 6 см на уровне глаз стоящего ребенка. Воспитатель (учитель) дает команду: «Все внимательно посмотрели на кружок (3-4 сек.). Теперь давайте посмотрим на то (дерево, здание), которое вы видите вдаль из окна (3-4 сек.). Теперь опять посмотрите на кружок на оконном стекле». Повторить упражнение 5-6 раз, поочередно переключая внимание каждого ребенка с метки на стекле на удаленные объекты, видимые из окна. Упражнение можно выполнять из исходных положений сидя и стоя.

Для детей с близорукостью это упражнение проводится (для профилактики прогрессирования заболевания) в кабинете охраны зрения или назначается в виде домашнего задания. Ребенок (в назначенных ему очках) становится у окна на расстоянии 30-35 см от оконного стекла. На стекле на уровне его глаз прикрепляется круглая метка красного цвета диаметром 3-5 мм. Вдали от линии взора, проходящей через метку, он намечает какой-либо предмет для фиксации, затем поочередно переводит взор то на метку на стекле, то на этот предмет. Упражнения проводятся два раза в день в течение 15-20 дней. При отсутствии стойкой нормализации аккомодационной способности такие упражнения повторяются систематически с перерывами в 10-15 дней. Первые два дня продолжительность каждого упражнения должна составлять 3 минуты, последующие два дня — 5 минут и в остальные дни — 7 минут.

При работе с видеодисплейными терминалами, персональными компьютерами с целью снижения утомления зрительного анализатора целесообразно через каждые 20-25 минут выполнять комплексы упражнений, которые следует менять через каждые 2-3 недели. Упражнения выполняют сидя или стоя, отвернувшись от экрана (при ритмичном дыхании, с максимальной амплитудой движения глаз).

Вариант 1

1. Закрывать глаза, сильно напрягая глазные мышцы, на счет 1-4, затем раскрыть глаза, расслабив мышцы глаз, посмотреть вдаль на счет 1-6. Повторить 4-5 раз.

2. Посмотреть на переносицу и задержать взор на счет 1-4. До усталости глаза не доводить. Затем открыть глаза, посмотреть вдаль на счет 1-6. Повторить 4-5 раз.

3. Не поворачивая головы, посмотреть направо и зафиксировать взгляд на счет 1-4, затем посмотреть вдаль прямо на счет 1-6. Аналогичным образом проводятся упражнения с фиксацией взгляда влево, вверх и вниз. Повторить 3-4 раза.

4. Перевести взгляд быстро по диагонали: направо вверх - налево вниз, потом прямо вдаль на счет 1-6; затем налево вверх - направо вниз и посмотреть вдаль на счет 1-6. Повторить 4-5 раз.

Вариант 2

1. Закрывать глаза, не напрягая глазные мышцы, на счет 1-4, широко раскрыть глаза и посмотреть вдаль на счет 1-6. Повторить 4-5 раз.

2. Посмотреть на кончик носа на счет 1-4, а потом перевести взгляд вдаль на счет 1-6. Повторить 4-5 раз.

3. Не поворачивая головы (голова прямо), делать медленно круговые движения глазами вверх-вправо-вниз-влево и в обратную сторону: вверх-влево-вниз-вправо. Затем посмотреть вдаль на счет 1-6. Повторить 4-5 раз.

4. При неподвижной голове перевести взор с фиксацией его на счет 1-4 вверх, на счет 1-6 прямо, после чего аналогичным образом вниз-прямо, вправо-прямо, влево-прямо. Прodelать движение по диагонали в одну и другую стороны с переводом глаз прямо на счет 1-6. Повторить 3-4 раза.

Вариант 3

1. Голову держать прямо. Поморгать, не напрягая глазные мышцы, на счет 10-15.

2. Не поворачивая головы (голова прямо), с закрытыми глазами, посмотреть направо на счет 1-4, затем налево на счет 1-4 и прямо на счет 1-6. Поднять глаза вверх на счет 1-4, опустить вниз на счет 1-4 и перевести взгляд прямо на счет 1-6. Повторить 4-5 раз.

3. Посмотреть на указательный палец, удаленный от глаз на расстояние 25-30 см, на счет 1-4, потом перевести взор вдаль на счет 1-6. Повторить 4-5 раз.

4. В среднем темпе проделать глазами 3-4 круговых движений глазами в правую сторону, столько же в левую сторону и, расслабив глазные мышцы, посмотреть вдаль на счет 1-6. Повторить 1-2 раза.

Методика Э.С. Аветисова (1985).

По данным Э.С. Аветисова, близорукость чаще возникает у детей с отклонениями в общем состоянии здоровья. Несомненна связь близорукости с простудными, хроническими, тяжелыми инфекционными заболеваниями. У близоруких детей чаще, чем у здоровых, встречаются изменения опорно-двигательного аппарата — нарушения осанки, плоскостопие. Нарушение осанки, в свою очередь, угнетает деятельность внутренних органов и систем, особенно дыхательной и сердечно-сосудистой. Следовательно, у тех, кто с самых ранних лет много и разнообразно двигается, хорошо закален, реже возникает близорукость даже при наследственной предрасположенности.

Специальные упражнения для глаз по Э.С. Аветисову — это движение глазными яблоками во всех возможных направлениях вверх-вниз, в стороны, по диагонали, а также упражнения для внутренних мышц глаз. Их надо сочетать с общеразвивающими, дыхательными и корригирующими упражнениями. При выполнении каждого из них (особенно с движениями рук) можно выполнять и движения глазного яблока, фиксируя взгляд на кисти или удерживаемом предмете. Голова при этом должна быть неподвижной. Амплитуда движения глазного яблока максимальная, темп средний или медленный. Важно строго соблюдать кратность повторений специальных упражнений. Начинать следует с 4-5 повторений каждого из них, постепенно увеличивая до 8-12.

Упражнения состоят из трех групп упражнений. Исходное положение в двух первых группах — сидя.

Группа первая — упражнения для улучшения циркуляции крови и внутриглазной жидкости.

1. Сомкните веки обоих глаз на 3-5 секунд, затем откройте их на 3-5 секунд; повторите 6-8 раз.

2. Быстро моргайте обоими глазами в течение 10-15 секунд, затем повторите то же самое 3-4 раза с интервалами 7-10 секунд.

3. Сомкните веки обоих глаз и указательным пальцем соответствующей руки массируйте их круговыми движениями в течение одной минуты. Упражнение расслабляет мышцы и улучшает кровообращение.

4. Сомкните веки обоих глаз и тремя пальцами соответствующей руки слегка надавливайте на глазные яблоки через верхние веки в течение 1-3 секунд; повторите 3-4 раза.

5. Прижмите указательными пальцами каждой руки кожу соответствующей надбровной дуги и закройте глаза, при этом пальцы должны оказывать сопротивление мышцам верхних век и лба; повторите 6-8 раз.

Группа вторая — упражнения для укрепления глазодвигательных мышц).

1. Медленно переведите взгляд с пола на потолок и обратно, не меняя положения головы; повторите 8-12 раз.

2. Медленно переводите взгляд вправо, влево и обратно; повторите 8-10 раз.

3. Медленно переводите взгляд вправо-вверх, затем влево-вниз и обратно, после этого переводите взгляд по другой диагонали — влево-вверх, вправо-вниз и обратно; и так — 8-10 раз.

4. Делайте круговые движения глазами в одном, затем в другом направлении и повторите 4-6 раз.

Группа третья — упражнения для улучшения аккомодации — способности хрусталика менять форму, т.е. становиться более или менее выпуклым и соответственно сильнее или слабее преломлять попадающие в глаз лучи солнца. В этой группе упражнения выполняются из положения стоя.

1. Смотрите обоими глазами вперед в течение 2-3 секунд, затем переводите взгляд на палец правой руки, поставив его перед лицом до уровня носа на расстоянии 25-30 сантиметров, и через 3-5 секунд руку опустите; повторите так 10-12 раз.

2. Обоими глазами смотрите 3-5 секунд на указательный палец левой руки, вытянутый перед лицом, затем, сгибая руку, приближайте палец к носу до тех пор, пока палец не начнет двоиться; и так — 6-8 раз. Упражнение облегчает работу на близком расстоянии.

3. В течение 3-5 секунд смотрите обоими глазами на указательный палец вытянутой правой руки, после чего прикройте левой ладонью левый глаз на 3-5 секунд, а правую руку в это время сгибайте и разгибайте. То же самое делайте, закрывая правой рукой правый глаз; повторите 6-8 раз.

4. Его называют «Метка на стекле». Находясь в 30-35 сантиметрах от оконного стекла, прикрепите к нему на уровне глаз круглую цветную метку диаметром 3-5 мм., затем вдали от линии взора, проходящего через метку, наметьте для зрительной фиксации какой-либо объект. Смотрите, не снимая очков, обоими глазами на эту метку 1-2 секунды, затем переведите взор на намеченный объект в течение 1-2 секунд, после чего поочередно переводите взор то на метку, то на объект. В первые два дня — 5 минут, в остальные дни — 7 минут. Повторяйте систематически с перерывами в 10-15 дней. Упражнение можно выполнять не только двумя, но и одним глазом 2-3 раза в день.

Упражнения, предназначенные для тренировки внутренних сред (цилиарной мышцы глаз), окружающих хрусталик.

1. Подбросить мяч обеими руками и поймать 7-8 раз.

2. Подбросить мяч одной рукой вверх, поймать другой (либо двумя). 8-10 раз.

3. Бросить мяч сильно о пол и поймать одной или двумя руками 6-7 раз.

4. Передача мяча (волейбольного, баскетбольного, набивного) от груди партнеру, стоящему на расстоянии 5-7 метров. 12-15 раз.

5. Передача мяча партнеру из-за головы. 10-12 раз.
6. Передача мяча партнеру одной рукой от плеча. По 7-10 раз каждой рукой.
7. Броски теннисного мяча в стену на расстоянии 5-8 метров. По 6-8 раз каждой рукой.
8. Броски теннисного мяча в мишень. По 6-8 раз каждой рукой.
9. Бросить теннисный мяч с таким расчетом, чтобы он от пола отскочил к стене, затем поймать его. Повторить каждой рукой 6-8 раз.
10. Броски мяча в баскетбольное кольцо двумя или одной рукой с расстояния 3-5 метров. 12-15 раз.

Все приведенные выше упражнения легко вписываются в урок физической культуры, т.к. являются элементами подводящих упражнений в спортивных играх. При выполнении упражнений в парах следует контролировать поведение учащихся, целесообразно пары формировать по типу: близорукий – нормально видящий. Это поможет избежать возможности травматизма от удара мячом.

Профилактика нарушения осанки

Методические советы.

1. Целевая установка предлагаемого комплекса упражнений (табл.12) — укрепление мышц плечевого пояса, спины, живота, формирование навыка правильной осанки.
2. Гимнастику рекомендуется проводить непосредственно после дневного сна.
3. Желательно, чтобы дети проводили зарядку в той одежде, в которой отдыхали, а затем — водные процедуры и одевание.
4. Помещение, где проводится гимнастика, должно быть проветрено.
5. Рекомендуется меньше пользоваться счетом, заменяя его пояснительными словами, произносимыми в нужном темпе.
6. Темп выполнения упражнений должен быть медленным, что облегчает правильное выполнение движений, но тон проводящего занятия бодрый, веселый, твердый.
7. Отдельные упражнения данного комплекса рекомендуется включать в утреннюю гигиеническую гимнастику и физкультурную зарядку.
8. Упражнения комплекса в положении лежа, как правило, проводятся летом, в период пребывания детского сада на оздоровительной даче.

Таблица 12

Комплекс упражнений, применяемых для предупреждения нарушения осанки у детей подготовительной и старшей групп детского сада (Н.Г.Иванникова, 1972 г.)

	Описание упражнений	Методические указания
	Построение в шеренгу. Основная стойка — голова прямо, плечи развернуты, живот подтянут, ноги выпрямлены.	Построить детей в одну шеренгу, показать положение в основной стойке, исправить осанку детей, пройдя спереди и сзади вдоль шеренги.
	<i>Упражнения в движении</i>	
	Ходьба обычным шагом с сохранением правильной осанки. 20-30 шагов.	Стоя вне круга, проверить и исправить осанку каждого проходящего мимо ребенка.
	«Журавлик». Ходьба с высоким подниманием бедра. Руки на поясе. 20-25 шагов.	Следить за правильным положением тела: спину и голову дети должны держать прямо, локти отводить назад, носок согнутой ноги оття-

		гивать.
	«Вырастем большими». Ходьба на носках, руки вверх, в замке, 20-25 шагов	Следить за тем, чтобы колени и лопатки были выпрямлены, шаги мелкими. Выше подниматься на носках, тянуться вверх
	«Мишка косолапый». Руки на поясе. Ходьба на наружном крае стопы под стихи «Мишка косолапый по лесу идет. Шишки собирает и в карман кладет. Шишка отскочила прямо Мишке в лоб, Мишка рассердился и ногою — топ!»	Следить за тем, чтобы дети держали спину прямо, не наклоняли голову. Ноги ставить точно на наружный край стопы, слегка приводя носки внутрь, пальцы должны быть поджаты. Локти отводить назад. При выполнении упражнения рекомендуется, чтобы дети произносили стихи.
	Ходьба с ускорением, бег и ходьба с последующим замедлением.	Следить за тем, чтобы дети бежали легко на носках, поднимая выше колени. Руки согнуты в локтях. При ходьбе следить за правильностью осанки.
	Дыхательное упражнение. Отводя плечи назад, вдох на два шага. 2 раза	Вдох делается глубокий через нос, выдох — продолжительный, делается через губы, сложенные трубочкой. Воздух как бы выдувается.
	Упражнения в положении стоя	
	«Воробышек». И.п. — ноги на ширине плеч, руки к плечам. Круговые движения руками назад. 6-8 раз	В и.п. локти прижаты к бокам, круги назад делать, приподнимая локти и отводя их назад, сближая лопатки.
	«Лягушонок». И.п. — ноги на ширине плеч, руки перед грудью. На счет 1-2 — руки к плечам, ладони вперед, пальцы врозь, на счет хором 3-4 — вернуться в и.п. 4-6 раз.	В и.п. локти должны быть на уровне плеч, лопатки сближены. В положении «руки к плечам» локти должны быть прижаты к бокам. Дети говорят «Квак» на счет 1-2.
	«Большие круги». И.п. — ноги врозь на ширине плеч, руки в стороны на уровне плеч, кисти в кулаках, круги назад. 6-8 раз	При выполнении упражнения руки слегка приподнимаются и отводятся назад для сближения лопаток. Следить за тем, чтобы дети опускали руки ниже уровня плеч.
0	«Мельница». И.п. — ноги врозь на ширине плеч, руки в стороны. На счет 1 — левая рука на затылок правая на спину, на счет 2 — поменять положение рук. 6-8 раз	Следить за тем, чтобы плечи были развернуты, локти отведены назад, голова держалась прямо.
1	Дыхательные упражнения. И.п. — основная стойка. На счет 1-2 — отвести плечи назад, вдох.	Следить за тем, чтобы вдох был глубоким, а выдох — продолжительным. Воздух должен «выдуться».
2	«Резинка». И.п. — ноги врозь, руки согнуты перед грудью на уровне плеч. На счет 1-2 — отвести руки в стороны — вдох, на счет 3-4 — выдох вернуться в и.п., произнося звук «ш-ш».	При отведении рук в стороны — сближать лопатки, не следует опускать руки ниже уровня плеч.
	«Вместе ножки — покажи ладо-	Следить за тем, чтобы дети держали спи-

3	шки». И.п.— основная стойка. На счет 1 — подняться на носки, отвести плечи назад, повернуть ладони вперед, на счет 2 — вернуться в и.п. 4-6 раз	ну и не выпячивали живот.
4	«Потягивание». И.п.— основная стойка. На счет 1 — подняться на носки, левая рука вверх, правая назад, на счет 2 — вернуться в и.п. То же с другой рукой 4-8 раз.	Следить за тем, чтобы плечи были развернуты, колени выпрямлены, живот не выпячивался.

	Описание упражнений	Методические указания
Упражнения в положении «лежа на спине»		
5	Дыхательное упражнение. 2 раза.	Следить за тем, чтобы вдох глубоким, а выдох продолжительнее вдоха. При выдохе губы складывать «трубочкой».
6	«Здравствуйте — прощайте». И.п.— руки вдоль тела ладонями вверх. На счет 1 — сжать кулаки, согнуть стопы на себя, на счет 2 — разжать кулаки, оттянуть носки до отказа. 6-8 раз.	При оттягивании носков рекомендуется слегка разводить пятки.
7	«Волна». И.п.— руки под головой. На счет 1 — согнуть ноги, подтянуть колени к животу, на счет 2 — выпрямить, на счет 3 — согнуть, на счет 4 — опустить. 4-5 раз	Следить за тем, чтобы локти были прижаты к коврику. Носки во время упражнения должны быть оттянуты.
8	Дыхательное упражнение.	См. п.15
Упражнения в положении «лежа на животе»		
9	«Воробышек». И.п.— руки к плечам, ноги приподняты. Круги согнутыми руками назад. 5-8 раз.	Следить за тем, чтобы голова была приподнята
0	«Рыбка». И.п.— руки вдоль тела. На счет 1 — поднять голову, отвести плечи назад, приподнять руки, приподнять ноги, держать 4 счета, на счет 6 — расслабиться. 3-4 раза.	Следить за тем, чтобы дети не прогибались в пояснице
1	«Лягушонок». И.п.— руки под подбородком. На счет 1-2 — руки к плечам, ладонями вперед, поднять голову, ноги врозь, на счет 3-4 — вернуться в и.п. 6-8 раз.	
Упражнения в положении «лежа на спине»		
2	Дыхательное упражнение.	См.п.15
3	«Пляска». И.п.— руки под головой, ноги подняты. На счет 1 — развести ноги врозь, на счет 2 — вернуться в и.п. 6-8 раз	Следить за тем, чтобы локти были прижаты к коврику.
4	«Велосипед». И.п. — руки под головой, колени подняты, подтянуться к животу. Имитация езды на велосипеде. 20-30 раз	Следить за тем, чтобы дети при выполнении выпрямляли колени и прижимали локти к коврику. Рекомендуется делать в такт стихам, произносимым детьми хором: «Ехали медведи на велосипеде».

5	Построение, ходьба обычным шагом (один круг)	Проверка правильности осанки и в положении «стоя» и в движении обязательна.
---	--	---

РАЗВИТИЕ КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ И РУЧНОЙ ЛОВКОСТИ

Комплекс упражнений по развитию ручной ловкости

(Т.С.Комарова, 1984).

С помощью специального пособия «Тетрадь для подготовки дошкольников к письму» один-два раза в неделю рекомендуется заниматься специальной подготовкой руки к письму. Заменить эту тетрадь можно обычной тетрадью в линейку. Занятия призваны научить тем приемам и движениям пальцев и кисти, с помощью которых выполняются различные прописи. Кроме того, эти занятия будут способствовать воспитанию усидчивости, внимания, сосредоточенности, привычки заниматься регулярно и сохранять при этом относительную неподвижность — всего того, что требуется в школе.

В начале каждого занятия следует показать ребенку на маленькой доске или листе бумаги, как должны двигаться пальцы и кисть при выполнении очередного элемента. Затем отработать это движение вместе с ребенком в воздухе. Потом необходимо предложить ему воспроизвести отработанное движение: обвести по пунктирной копии образец элемента. После этого небольшая физкультминутка: ребенок несколько раз должен сжать пальцы в кулачок и энергично разжать. Затем ребенок должен самостоятельно изобразить заданный элемент письма на бумаге.

Необходимо помнить: 5-6-летний ребенок не может писать непрерывно более трех минут — появляются ошибки. Через 2-3 мин. работы — за это время ребенок успеет заполнить 1-2 строчки — нужен перерыв, чтобы повторить упражнения для рук, дать им отдохнуть.

Второе занятие (через 2-3 дня) нужно провести для воспроизведения этого же элемента еще на 3-4 строчках. Осваивать более одного элемента в неделю не следует, так как навык движения не закрепится.

Каждое занятие должно длиться не дольше 20-25 минут. После этого у 5-6-летних детей наступает утомление, внимание становится неустойчивым.

Стол, за которым работает ребенок, и стул, на котором он сидит, должны соответствовать его росту, а согнутые в коленях под прямым углом ноги — твердо стоять на полу или подставке.

Комплекс упражнений для развития ручной ловкости.

1. И.п. — стоя или сидя, руки вытянуты перед грудью, пальцы разведены. Сильно сжать пальцы в кулаки, задержаться в этом положении на 3 секунды, затем разжать, расслабить кисти и встряхнуть ими. Повторить 4-6 раз.

2. И.п. — стоя или сидя, руки вытянуты перед грудью, пальцы правой руки сжаты в кулак. Разжать пальцы правой руки и одновременно сжать в кулак пальцы левой руки. Повторять 15-20 раз.

3. И.п. — стоя или сидя, ладони вместе, пальцы переплетены. Поочередно сгибать и разгибать пальцы. Повторить 20-30 раз.

4. И.п. — сидя, руки с разведенными пальцами лежат на ровной горизонтальной поверхности. В течение 30-60 сек поочередно постукивать пальцами по опоре то одной, то другой рукой, то обеими руками сразу.

5. И.п. — сидя или стоя, руки согнуты перед собой. Касаться большим пальцем поочередно указательного, среднего, безымянного, мизинца. Темп выполнения и сила надавливания постепенно возрастают. Повторить 15-20 раз.

6. И.п. — стоя или сидя, ладони вместе, пальцы переплетены. Сгибать и разгибать кисти в лучезапястных суставах. Повторить 10-20 раз.

7. И.п. — то же, что в упражнении 1. Развернуть ладони наружу, вернуться в и.п. Повторить 15-20 раз.

8. И.п.— стоя или сидя, руки согнутые в локтях, в стороны, расслабленные кисти свободно опущены. Потряхивая руками, сгибать и разгибать расслабленные кисти. Повторить 15-20 раз.

9. И.п. — стоя или сидя, руки согнуты в локтях, перед грудью, ладонями кверху. Потряхивая руками, сгибать и разгибать расслабленные кисти. Повторить 15-20 раз.

**Комплекс упражнений для развития координации движений
и ручной ловкости у детей 5-7 лет**
(А.Д. Добогай, 1985)

Степень развития ручной ловкости у детей 5-7-летнего возраста определяется по количеству бросков мяча диаметром 10 см о стену с расстояния 1 м. Если за 30 сек. ребенок бросил и поймал мяч больше 24 раз — координация движения его рук хорошая, от 24 до 19 раз — удовлетворительная, меньше 19 — плохая.

Совершенствовать координацию движений рук помогают ежедневные специальные физические упражнения. Это переключивание, затем и перебрасывание мяча из руки в руку; подбрасывание мяча на разную высоту и ловля его двумя или одной рукой; ловля мяча после дополнительных движений (хлопка в ладоши перед собой, за спиной, поворота на 360°, приседания).

Проверить эффективность выполнения следует с помощью контрольных упражнений:

- 1) удар мяча о пол и ловля его после отскока хватом снизу и сверху;
- 2) удар мяча о пол, стоя на месте; затем, передвигаясь в разных направлениях, ловить мяч поочередно каждой рукой, затем обеими;
- 3) броски мяча о стену с расстояния 1,5-2 м и ловля его двумя, а затем одной рукой, темп бросков постепенно ускорять;
- 4) метание в цель, расположенную на высоте 1 м; 1,5 м; 2 м, мячей разного диаметра попеременно правой и левой рукой.

Приложение 11

МЕТОДИКА УТРЕННЕГО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО БЕГА

Оздоровительный бег проводится на открытом воздухе в одежде, соответствующей температуре воздуха (табл. 13).

Таблица 13

**Комплекты одежды для утреннего бега в зависимости
от температуры наружного воздуха**

Тем- пература воздуха (при скорости вет- ра до 5 м/сек	Одежда
---	--------

по метеосводке) в °С	
+20 и выше	Трусы, майка, х/б носки, спортивные тапочки
15 +19	Х/б трикотажный тонкий костюм, спортивные трусы, х/б носки, кеды
+10 +14	Х/б трикотажный тонкий костюм спортивный, майка, трусы, х/б носки, кеды
+3	Спортивный костюм с начесом, майка, трусы, х/б носки, шерстяные носки, кеды, шерстяная шапочка (на х/б подкладке)
+2 –5	Спортивный костюм с начесом, майка, футболка, трусы, колготы, шерстяные носки, кеды, шерстяная шапка на х/б подкладке
–6 –10	Спортивный костюм с начесом, рубашка фланелевая, майка, трусы, колготы, шерстяная шапка на х/б подкладке
–11-18	Спортивный костюм с начесом, рубашка фланелевая, футболка с рукавами, майка, трусы, колготы, рейтузы, шерстяные носки, кеды, шерстяная шапка на х/б подкладке, варежки, ветровка

1. Медленный бег — бег со скоростью 1,2-1,6 м/с.

Во время медленного бега дети держат туловище прямо, плечи развернуты, взгляд направлен вперед, голова поднята. Нога мягко ставится на всю ступню с небольшим опережением постановки ее на носок. Шаг короткий — 2-3 ступни. Руки расслаблены. Частота пульса во время бега увеличивается до 135-145 уд./мин.

2. Бег со средней скоростью — скорость бега 2,4-2,7 м/с, что составляет 50-60 % от максимальной скорости бега у детей каждого возраста.

Во время бега туловище у детей слегка наклонено вперед, голову надо держать прямо, бедро маховой ноги активно выносится вперед, ногу опускают на пятку с дальнейшим перекатом на носок, слегка согнутые в локтях руки не напряжены, кисти расслаблены. Частота пульса во время бега колеблется от 160 до 170 уд./мин. При обучении бегу в медленном темпе и среднем темпе на первых занятиях педагог бежит вместе с детьми по площадке с нужной скоростью. Во время пробежек должно действовать правило: «Не обгонять, не толкать, не отставать». Бег проводится на спортивной площадке, по прилегающим дорожкам, вокруг здания. Дети должны четко знать, сколько кругов им нужно пробежать. Каждый месяц дистанции увеличиваются (табл. 14, 15).

Таблица 14

Медленный бег (по 2 пробежки)

Месяц	Х		I	II		I	II	V
Длина одной про-	00	00	00	00	00	50	50	50

бежки (м)								
Время про- бежки	мин 0 сек	мин 0 сек	мин	мин	мин	мин 0 сек	мин 0 сек	мин 0 сек

Таблица 15

Бег со средней скоростью (по 1 пробежке)

Ме- сяц	Х		І	ІІ		І	ІІ	V
Дл- ина од- ной пр- обежки (м)	00	00	00	50	50	50	00	00
Вр- емя пр- обежки	мин 0сек	мин 0сек	мин 0сек	мин 0сек	мин 0сек	мин 0сек	мин 5сек	мин 5сек

Оздоровительный бег на открытом воздухе включает комплекс упражнений утренней гимнастики, которую проводят по следующей схеме:

Вводная часть начинается (в теплое время года) с построения на площадке и ходьбы (50 м), во время которой дети выполняют 3-5 дыхательных упражнений. В холодный период года построение проводится в помещении и вводная часть начинается с выхода детей на улицу. После непродолжительной ходьбы с общеразвивающими упражнениями в течение 3-5 минут дается медленный бег в течение 3 минут 20 секунд. Длина дистанции — 300 м.

Основная часть включает ходьбу с дыхательными упражнениями (50 метров). С ходьбы дети переходят на бег со средней скоростью в течение 1 минуты 20 секунд. Длина дистанции — 200 м. Затем опять дается ходьба (50 м). Заканчивается основная часть медленным бегом (300 м) в течение 3 минут 20 секунд.

Заключительная часть. Ходьба широким шагом с упражнениями на дыхание 3-4 минуты (100 м).

Приложение 12

МАССАЖ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ТОЧЕК

Точечный массаж является разновидностью рефлекторного массажа. В его основе лежит механическое воздействие пальцем на биологически активные точки, имеющие рефлекторную связь (через нервную систему) с различными внутренними органами и функциональными системами. Доказано, что массаж определенных биологически активных точек является одним из самых простых, эффективных и безвредных методов повышения резистентности и функциональной активности. Для массажа могут использоваться следующие точки (табл. 16):

Биологически активные точки, используемые при точечном массаже

Точки	Расположение точек	Эффект от массажа
1	Бугорок на груди (чуть выше середины грудины). Связана с слизистой трахеи, бронхов, а также с костным мозгом.	Уменьшение кашля.
2	Бугорок на груди (чуть выше середины грудины). Связана с слизистой трахеи, бронхов, а также с костным мозгом.	Уменьшение кашля.
3	На шее в развилке сонных артерий (симметричная).	Повышение защитных свойств слизистой оболочки глотки и гортани.
4	На шее сзади (симметричная).	Активизация кровоснабжения головы, шеи, туловища.
5	Область 7-го шейного и 1-го грудного позвонков. Связана со слизистой трахеи, глотки, пищевода, нижний шейным симпатическим узлом.	Нормализация деятельности сосудов сердца, бронхов, легких.
6	Симметричная, у крыльев носа. Связана с передней и задней долями гипофиза.	Улучшение кровоснабжения слизистой оболочки носа, гайморовой полости. Дыхание через нос становится свободным.
7	Симметричная, у начала бровей. Связана с слизистой оболочкой решетчатых полостей носа и лобных пазух, с лобными отделами головного мозга.	Улучшение кровообращения слизистой оболочки верхних отделов полости носа.
8	Провести массаж под мочкой уха, на сосцевидном отростке и массаж всей ушной раковины, растирая ее сверху вниз.	Тонизирующее действие на весь организм.
9	Симметричная на	Нормализация

	кистях рук между большим и указательным пальцами.	многих функций организма.
--	---	---------------------------

Массаж биологически активных точек можно начинать у детей с 1,5 лет. Проводить массаж рекомендуется 2-3 раза в день кончиком указательного, большого или среднего пальцев, надавливая на кожу-до легкого болезненного состояния и делая вращательные движения по ходу часовой стрелки (6-9 раз) и против нее. Движения должны быть быстрые и энергичные, продолжительность воздействия на точку не менее 3-5 секунд. Курс массажа в течение 1-2 месяцев, в год рекомендуется проводить 2 курса.

Массажу можно подвергать целые зоны, например, массаж области стоп, кистей рук, ушных раковин.

Массаж стоп. Подошвы ног находятся в рефлексорной связи со слизистой оболочкой верхних дыхательных путей и многими органами (сердце, бронхи, легкие, кишечник и др.), на стопах расположены тепловые и холодовые точки. Массаж стоп проводится в положении лежа на спине или сидя, чтобы не напрягаться. Можно смазать подошвы стоп миндальным, подсолнечным маслом, любым кремом.

Массаж стоп включает:

- поглаживание всей стопы (свод стопы по направлению от пальцев к голеностопному суставу, подошву от пятки к пальцам);
- разминание стопы (тыла и подошвенной поверхности);
- граблеобразное поглаживание подошвы по направлению к пальцам;
- похлопывание подошвы стопы в том же направлении;
- активное поднятие стопы вверх и опускание стопы вниз;
- растирание подушечкой большого пальца руки всей подошвенной поверхности с оптимальным нажимом;
- закончить общее растирание поглаживанием всей стопы;
- надавливание подушечкой большого пальца на все точки подошвы и щиколоток с целью обнаружения особо болевых точек;
- граблеобразное поглаживание подошвы;
- катание подошвами взад и вперед палки, скакалки, или использование массажера для стоп.

Такой полный массаж стоп следует делать 1-2 раза в неделю. Повседневно можно массировать стопы на круглой палке, массажере для стоп.

Массаж кистей рук. Регулярная разминка (самомассаж) большого пальца повышает функциональную деятельность головного мозга, тонизирует весь организм. Воздействие на указательный палец укрепляет желудок, на средний — кишечник, мизинец — сердце.

Разогревающий (тонизирующий) массаж ладоней — более интенсивная процедура. Он проводится глубоким надавливанием большим пальцем одной руки на всю поверхность ладони другой руки. Особое внимание уделить массажу пальцев, сначала надавливая на их ладонные, затем на задние и боковые отделы.

Массаж ушных раковин. На ушных раковинах имеются нервные окончания, связанные со всеми внутренними органами, поэтому массаж ушных раковин очень полезен. Используют следующие приемы:

- *загибание вперед ушных раковин:* быстро загните уши вперед всеми пальцами рук, прижать их, затем отпустить, ощущая в ушах хлопок. улучшение гибкости ушных раковин способствует общему укреплению организма;

– *оттягивание ушных раковин*: кончиками большого и указательного пальцев потянуть с силой вниз обе мочки ушей 5-6 раз. на мочке уха расположены зоны полости рта, верхней и нижней челюсти, по этому эта процедура полезна при закаливании горла и полости рта;

– *массаж козелка*: захватить большим и указательным пальцами козелок, сдавливать, поворачивать его во все стороны в течение 20-30 секунд, проводить массаж регулярно. Он стимулирует функцию надпочечников, укрепляет нос, горло, гортань;

– *массаж противозавитка*: зажмите большим и указательным пальцами противозавиток — хрящевой выступ, находящийся сзади наружного слухового прохода. Водить по нему пальцами вверх и вниз. Это повышает чувствительность к холоду позвоночника. В нижней части противозавитка расположена проекция шейного отдела позвоночника, а в верхней части — поясницы.

Самомассаж биологически активных точек в периоды, предшествующие повышенной заболеваемости, можно включать в физкультурные минутки. Курс 1-2 месяца 2 раза в год, процедуру повторять 3-4 раза в день.

Приложение 13

ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА

Проведение дыхательной гимнастики способствует повышению резистентности организма, укреплению дыхательной мускулатуры, увеличению подвижности грудной клетки и диафрагмы, улучшению деятельности сердечно-сосудистой системы.

Занятия могут проводиться инструкторами ЛФК или учителями физкультуры, прошедшими обучение методикам дыхательной гимнастики, 2-3 раза в неделю в облегчённой одежде в хорошо проветренном помещении. Температура воздуха должна быть не выше 17°C, время занятий — утренние часы, не ранее, чем через час после приёма пищи. В зависимости от возраста занятие длится 10-12, максимально 30 минут.

Наиболее частая модификация дыхательной гимнастики (табл. 17) — упражнения с удлиненным и усиленным выдохом: произношение гласных звуков (ааа, ууу, ооо); шипящих (ш, ж) и слогов (ах, ух, ох) на фоне общеукрепляющих и общеразвивающих физических упражнений. Дыхательные упражнения с произношением звуков желательно проводить в игровой форме (жужжание пчелы, самолет, поезд и т.д.). Соотношение общеукрепляющих и дыхательных упражнений составляет 2:1. Нагрузка на занятиях постепенно увеличивается за счет увеличения числа повторений и усложнения упражнений. В комплекс упражнений входит надувание резиновых мячей или игрушек в заключительной части занятия.

Надувание следует начинать с 3-4 выдохов, постепенно увеличивая их количество на 2-3 выдоха каждое занятие, до полного заполнения игрушки воздухом. При этом необходимо контролировать, чтобы ребенок производил вдох только через нос.

Примерный комплекс упражнений дыхательной гимнастики

	Содержание занятия	ози- ровка	Методические указания
	Спокойная ходьба по залу, с переходом на ходьбу с высоким подниманием ног, согнутых в коленных и тазобедренных суставах.	мин.	Дыхание через нос, соблюдение правильной осанки.
	Бег «самолетики» — руки разведены в стороны на уровне плеч.		Время бега увеличивается на каждом занятии на 8-10 сек. до 1 мин. За 10-15 сек. до окончания бега темп постепенно замедляется. При беге произносится звук «УУ».
	Ходьба по скамейке.	-2 раза	Поддерживать ребенка за руки, в конце скамейки прыгивание.
	И.П. — ноги на ширине плеч, руки на поясе - наклоны в стороны: наклоны вправо — «тик», влево — «так» (часики).	-5 раз	Громкое произношение слов, следить за правильной осанкой
	Произношение звуков и слогов — дыхание через одну ноздрю; дует ветер — «фу» (тихо, сильно); жужжит жук — «ж-ж-ж»; поет петух — «ку-ка-ре-ку»; лает собака — «гав-гав».	-4 раза	Ребенок указательными пальцами поочередно закрывает ноздрю. Следить за правильной осанкой, сидя на стульчиках, руки на коленях.
	Перешагивание через палку	-2 раза	Палку держать на высоте 40-50 см.
	Приседание (маленькие — большие) «маленькие» — присесть, руками обхватить колени; «большие» — встать,	-5 раз	При приседании произносится слог «ах», при подъеме — «ох».

	руки поднять вверх над головой.		
	Бросание мяча в обруч.	-3 раза	2 Держать обруч на высоте роста ребёнка на расстоянии 1 метра от него. Ребёнок бросает мяч двумя руками.
	Подтягивание на руках вдоль гимнастической скамьи	-2 раза	1 Подтягивание производится лёжа на животе, голова приподнята.
0	Подлезание под скамейку	-2	1
1	Имитация движений косца	-4 раза	3 Следить за осанкой, на выдохе произносится звук «жух». Упражнение проводится в правую и левую стороны.
2	Сидя на стульчиках — надувание резиновых игрушек или мяча.	раз	1 Вдох производится через нос постепенно, начиная с 3-4 выдохов.

Другая модификация дыхательной гимнастики представлена методикой А.Н. Стрельниковой, которая построена на особом вдохе через нос, при котором происходит раздражение обширной зоны рецепторов на слизистой оболочке носа, находящейся в рефлекторной связи со всеми человеческими органами. Под благотворное воздействие гимнастики попадают все физиологические процессы организма. Она восстанавливает функции голосового аппарата, улучшает работу сердца, органов пищеварения, укрепляет сосуды, опорно-двигательный аппарат.

Правила исполнения:

- 1) думайте только о ВДОХЕ носом, тренируйте только ВДОХ. Вдох — шумный, резкий и короткий, как хлопок в ладоши;
- 2) воздух при выдохе должен уходить из груди самостоятельно, естественно — через рот. Не задерживайте и не торопите выдох. Вдох — предельно АКТИВНЫЙ (носом), выдох — абсолютно ПАССИВНЫЙ (через рот);
- 3) вдох делается одновременно с движениями;
- 4) все вдохи-движения выполняются в темпе строевого шага или, если вам это удобнее представить, в темпе работы здорового сердца (72-80 ударов в минуту);
- 5) счет в гимнастике идет только на восемь. Считать МЫСЛЕННО, не вслух.

Первое упражнение «Насос». Исходное положение (И.п.): встаньте прямо, ступни расположены чуть уже ширины плеч. Сделайте легкий наклон вперед (руками тянуться к полу, но НЕ КАСАТЬСЯ его) и одновременно резкий, короткий вдох носом. Вдох должен завершиться в самой нижней точке поклона. Выпрямиться, но НЕ ПОЛНОСТЬЮ, и снова поклон и короткий шумный вдох. Представьте, что накачиваете шину автомобиля. Покло-

ны делаются ритмично и легко, слишком низко НЕ КЛАНЯЙТЕСЬ, достаточно поклона в пояс. Спина круглая (а не прямая), голова опущена. «Накачивать шину» нужно в темпе строевого шага. Подряд сделайте 4 резких, шумных вдоха носом («шмыгнуть» 4 раза). Затем опустите руки и отдохните 3-4 секунды — ПАУЗА. Еще сделать 4 коротких и шумных вдоха и снова пауза. Выдох уходит после каждого вдоха самостоятельно (пассивно) через рот. Потом сделайте уже не 4 вдоха-движения, а 8. Затем отдых 3-4 секунды, и снова 8 вдохов-движений. На следующем этапе переходите к схеме 16 вдохов-движений — отдых 3-4 секунды — 16 вдохов-движений. Норма: прошмыгайте 6 раз по 16. Упражнение «Насос» очень результативно, часто останавливает приступ бронхиальной астмы, сердечный приступ и припадки, связанные с поражением печени.

Второе упражнение «Обними свои плечи». И.п.: руки согнуты в локтях и подняты на уровень плеч. Бросайте руки навстречу друг другу пружинисто, до отказа, как бы обнимая себя за плечи, и одновременно с каждым «объятием» «шмыгайте» носом. Руки в момент объятий идут параллельно друг другу (а не крест-накрест), ни в коем случае их НЕ МЕНЯТЬ (все равно, какая рука сверху — правая или левая); широко в стороны НЕ РАЗВОДИТЬ и НЕ НАПРЯГАТЬ. Освоив упражнение, в момент встречного движения рук можно слегка откидывать голову назад (вдох с потолка). Норма: 3 раза по 32 вдоха-движения. После каждых 32 вдохов-движений отдых 3-4 секунды.

Третье упражнение «Кошка». И.п.: встаньте прямо, ступни расположены чуть уже ширины плеч (ступни в этом упражнении НЕ ДОЛЖНЫ отрываться от пола). Сделать легкое, по-кошачьи мягкое, танцующее приседание и одновременно с ним поворот туловища вправо — резкий короткий вдох. Затем такое же приседание с поворотом влево, и тоже короткий шумный вдох носом. Вправо — влево, вдох справа — вдох слева. Выдохи происходят сами собой. Колени слегка сгибаются и выпрямляются (приседания пружинистые, глубоко НЕ ПРИСЕДАТЬ). Руки делают хватательные движения справа и слева на уровне пояса. Спина абсолютно прямая, поворот делается только в талии. Выполнять подряд 32 вдоха-движения. Затем отдых 3-4 секунды и снова 32 вдоха-движения. Норма: сделать 3 раза по 32 вдоха-движения.

Четвертое упражнение «Голова-маятник». И.п.: встаньте прямо, ступни расположены чуть уже ширины плеч, руки опущены вдоль туловища (основная стойка). Поверните голову вправо — сделайте шумный, короткий вдох носом. Затем поверните голову влево — опять «шмыгните» носом. Вдох справа, вдох слева. Посередине фазы движение головы НЕ задерживать, шею НЕ напрягать, вдох НЕ тянуть. ПОМНИТЕ! Воздух при выдохе должен уходить самостоятельно через рот. Норма: «прошмыгайте» носом 3 раза по 32. После каждых 32 вдохов-движений отдых 3-4 секунды.

Пятое упражнение «Китайский болванчик». И.п.: основная стойка. Опустите голову вниз (посмотрите на пол) — резкий, короткий вдох. Поднимите голову вверх (посмотрите на потолок) — опять вдох. Вниз — вверх, вдох с пола, вдох с потолка. Воздух при выдохе должен успевать уходить самостоятельно (пассивно), НЕ задерживайте и НЕ выталкивайте выдохи. Норма: 3 раза по 32 вдоха.

Шестое упражнение «Рок-н-ролл». И.п.: основная стойка. Поднимем левую ногу, согнутую в колене, вверх до уровня живота (голень — под прямым углом к полу, носок тянуть вниз, как в балете). В этот момент легко приседаем на правой ноге и делаем шумный, короткий вдох носом. После приседания обе ноги на одно мгновение выпрямляются, занимая исходное положение. Затем поднимаем вверх правую ногу, согнутую в колене, на левой ноге слегка приседаем и шумно «шмыгаем» носом. Левое колено вверх — исходное положение, правое колено вверх — исходное положение. Нужно обязательно слегка при-

сесть, тогда другая нога, согнутая в колене, легко поднимается вверх до уровня живота. Можно одновременно с каждым приседанием и поднятием согнутого колена делать легкое встречное движение кистей рук на уровне пояса.

Рекомендуем учителям в середине урока сделать перерыв и 5-6 минут пошмыгать с учениками «по-стрельниковски» носом. Сразу же повысится работоспособность, легче будет усваиваться материал.

Приложение 14

ИГРОВОЙ ТРЕНИНГ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Основная цель занятий — помощь детям в адаптации к школе посредством развития навыков эмоциональной регуляции поведения, предупреждение и снижение повышенной тревожности и страхов, повышение уверенности в себе, развитие коммуникативных навыков.

Отработка навыков проходит в три этапа: получение информации о содержании того или иного навыка, применение полученных знаний в конкретных ситуациях (отработка навыка), перенос навыков, освоенных на занятиях, в повседневную жизнь ребенка

Важно отметить, что последнее осуществимо только при тесной связи педагога-психолога с учителями и родителями детей, посещающих занятия

Общие рекомендации по проведению занятий:

- перед началом работы ведущему (педагогу-психологу) следует провести беседы, консультации или семинары с учителями и обязательно встретиться с родителями детей для выяснения индивидуальных характерологических особенностей детей, их реагирования в разных ситуациях, взаимоотношений в коллективе сверстников, с учителями, родителями;
- занятия включают в себя элементы социально-психологического тренинга, поэтому проводить их лучше в кабинете психолога или в специальном помещении, в котором участники могут свободно располагаться и передвигаться;
- продолжительность занятия не должна превышать 40 минут (время одного школьного урока);
- оптимальная периодичность встреч участников игр — 1-2 раза в неделю;
- игры рассчитаны на работу в группе из 10-12 человек, поэтому рекомендуется делить учебный класс на подгруппы;
- ведущий должен специально работать над созданием доверительной обстановки в классе во время занятий, чтобы каждый ребенок имел возможность проявить себя, быть открытым и не бояться ошибок.

Тематика и планы занятий могут меняться в зависимости от задач и проблем конкретной группы детей. Но необходимо соблюдать последовательность, взаимную преемственность тем, и обязательно оставлять время на закрепление приобретенных навыков

Сюжеты историй и рассказов (текстов для обсуждения) объединяет игровой персонаж — собачка Тоша. Дети «преодолевают» возникающие проблемы и «усваивают» приемы саморегуляции вместе с ним. Сюжеты рассказов можно брать непосредственно из реальной жизни детей или придумывать их заранее. В ходе занятия рассказы обсуждаются и обыгрываются детьми. Каждая тема прорабатывается на 1-4 занятиях с использованием разных приемов. Способы подачи материалов могут меняться в зависимости от состава и особенностей конкретной группы детей.

Пример занятия №1.

Цели:

- создать в группе доверительную обстановку, позволяющую детям проявлять свои чувства и говорить о них;
- ознакомить детей с понятием «настроение»;
- ввести наглядные образы, символизирующие разные настроения.

Материалы:

- мягкая игрушка — собачка Тоша;
- три стакана с водой;
- блестки;
- кусок глины;
- аудиокассета с записью песенки «Ганец утят».

Ход занятия.

1. Знакомство. Ведущий рассказывает о том, что на занятиях ребята будут учиться справляться с проблемами, которые нередко возникают у школьников и портят им настроение. Часто не получается сделать что-то так, как хотелось бы, иногда бывает грустно без близких людей, бывает обидно и т.д. Затем ребята знакомятся с игровым персонажем — собачкой Тошей, и ведущий объясняет, что Тоша будет учиться справляться с трудностями вместе с ними.

2. Работа с текстом. Ведущий читает детям рассказ «Тоша грустит». В самом центре города, в большом доме, где много квартир, живет маленькая собачка Тоша. Это — особенная собачка. Дело в том, что она умеет думать и очень любит учиться! Она уже умеет считать и знает буквы. Но самое удивительное у Тоши — это ее мысли, которые бывают очень разными. Иногда они похожи на праздничный салют — яркие, быстрые, как разноцветью искорки, они похожи на салют, блестят, играют, мчатся, а мир вокруг кажется таким разноцветным. В голове Тоши появляются замечательные идеи, у нее прекрасное настроение, она мечтает, чтобы это продолжалось как можно дольше.

Но мысли не всегда похожи на салют, иногда они как озеро в центре весеннего луга — спокойные и тихие, очень-очень светлые. Все краски — как отражение в чистой и прозрачной воде. Когда ее мысли такие, то она чувствует себя хорошо и уверенно. Она мечтает, чтобы так было всегда, и тогда душевное спокойствие никогда не покинет ее.

Но иногда Тоши чувствует себя очень плохо, даже отвратительно. То, что происходит с ней, напоминает что-то неприятное и мрачное. И тогда мысли Тоши похожи на мутную лужу в плохую погоду: они темные и вязкие. Тоша называет их гадкими. Когда у нее такие неприятные мысли, она чувствует себя просто несчастной: ей очень плохо, она расстроена. В такие моменты Тоша хочет только одного — чтобы поскорее прошло неприятное состояние, она ждет, ждет и ждет... Тоша даже устает от этого ожидания, и ей хочется знать, когда же снова будет хорошо, когда же она снова почувствует себя счастливой? Оно понимает: для того, чтобы плохие мысли ушли, что-то должно произойти, а что именно — Тоша не знает.

После чтения рассказа ведущий берет три стакана с водой и говорит следующее:

— Когда Тоша чувствует себя хорошо, у нее все получается, она всем довольна и всех любит. В это время ее настроение похоже на чистую воду, и мысли — ясные и «чистые» (показывает стакан с чистой водой).

— Когда в ее голову приходят отличные идеи, то настроение бывает прекрасным, радостным и мысли становятся похожи на салют: они блестят и переливаются, как вода в этом стакане (бросает во второй стакан блестки и палочкой их размешивает).

— Но бывает, что Тошины мысли грустны и неприятны, ей или плохо, или обидно. Тогда ее мысли похожи на темную, мутную воду (бросает кусочек глины в третий стакан)

3. Обсуждение. Примерные вопросы для обсуждения:

- Бывало ли у вас такое грустное настроение, как у собачки Тоши? Когда?
- Что бы чувствовали при этом?
- О чем вы думали?
- Как вы выходили из грустного состояния?
- Нужно ли ждать, когда отойдет плохое настроение?
- Что же нужно делать, чтобы оно прошло?

4. Учим правило. Ведущий открывает детям «правило-секрет» — наше настроение зависит от наших мыслей. Поэтому, если хочешь, чтобы у тебя было хорошее настроение, думай о хорошем.

Затем ведущий приводит примеры мыслей, которые создают хорошее или плохое настроение, и записывает их на доске, например:

- У меня трудности. — Я справлюсь.
- Я не умею. — У меня получится.
- Я не справился. — Я научусь.
- Меня обидели. — Все будет хорошо.
- Я боюсь. — Я буду храбрым.

5. Домашнее задание. Предложите детям:

- в течение недели последить за своим настроением, отметить каким оно чаще всего бывает;
- если «настроение станет плохим», попытаться исправить его при помощи хороших мыслей;
- принести на следующее занятие рабочие тетради и изготовить карточки, изображающие три настроения («чистое», «блестящее», «темное»).

6. Завершение занятия. Закончить занятие можно танцем с собачкой. Танец основан на игре «Дракон ловит свой хвост» и исполняется под музыку веселой песенки «Танец утят». Дети, взявшись за руки цепочкой, изображают дракона: впереди стоящий ребенок — «голову», замыкающий — «хвост». Задача «головы» — поймать «хвост».

На этом занятии вводится ритуал приветствия и прощания в конце занятия. Тоша при встрече на занятии говорит: «Привет!», спрашивает: «Как дела?», при прощании всегда с детьми, говорит слово: «До свидания», желает доброго дня.

Комментарии для ведущего.

Представляя Тошу, следует рассказать немного о нем. Ему столько же лет, сколько и детям (7 лет). Он уже многое знает, умеет считать, знает буквы и т. д. Но он еще не научился справляться с плохим настроением и не знает, как прогонять плохие мысли.

Желательно, чтобы ведущий дал возможность «пообщаться» с игрушкой каждому ребенку (например, потрогать ее, поздороваться с ней) Это помогает детям включиться в игровую ситуацию, почувствовать себя свободнее.

Пример занятия №2.

Цели:

- учить детей различать эмоциональные ощущения, определять их характер (хорошо, радостно, неприятно);
- знакомить их с разными способами выражения эмоций;
- тренировать умение выражать эмоции в мимике.

Материалы:

- мягкая игрушка — собачка Тоша;
- раскраски двух видов для каждого ребенка;
- цветные карандаши или фломастеры;
- аудиокассета с записью спокойной, грустной и веселой музыки;
- карточки с изображением трех настроений для каждого ребенка

Ход занятия.

1. Игра-разминка. Ведущий просит детей показать при помощи мимики:

- свое сегодняшнее настроение;
- то настроение, которое наиболее часто было у них на прошедшей неделе;
- грустное настроение;
- как справляться с плохим настроением.

При выполнении этого задания нужно, чтобы дети вспомнили положительные мысли, помогающие улучшить настроение.

2. Работа с раскрасками. Ведущий раздает детям по две раскраски (на одной Тоша изображена в грустном настроении, а на другой — в веселом) и просит раскрасить их цветными карандашами или фломастерами. Затем дети все вместе рассматривают рисунки, обсуждают, как они раскрашены. Важно, чтобы дети пришли к выводу, что когда нам плохо, то все вокруг кажется мрачным, темным, неприятным, а когда хорошо — все изменяется, светлеет, словно оживает.

3. Работа с музыкальными отрывками. Звучат отрывки веселой, грустной и спокойной мелодий. Дети должны поднять карточку, которая соответствует настроению каждого отрывка.

4. Домашнее задание. Предложите детям попробовать дома самостоятельно нарисовать собачку Тошу.

Комментарии для ведущего.

Для этого занятия следует заранее приготовить рисунок-раскраску и сделать копии по количеству детей. После окончания работы дети забирают раскраски домой.

Пример занятия №3.

Цели:

- учить детей управлять своим настроением;
- учить детей искать выход из трудных ситуаций.

Материалы:

- мягкая игрушка — собачка Тоша,
- сломанная игрушка.

Ход занятия:

1. Эмоциональный настрой. Упражнение «Подарим друг другу улыбку». Ведущий задает вопрос: «Можно ли грустить, когда улыбаешься?» и предлагает, подумав о грустном, улыбнуться. В результате дети должны сделать вывод: когда улыбаешься, настроение меняется само собой, поэтому улыбка может помочь справиться с плохим настроением.

2. Работа с текстом. Ведущий читает рассказ о том, как Тоша грустит из-за того, что папы нет дома, уехала мама, взрослые не играют с ней.

Однажды в выходной день Тоша и ее друг песик Степа грелись на солнышке, лежа на травке. У Тоши было такое несчастное лицо, какого Друг раньше не видел у нее никогда.

— Эх, — сказала Тоша, — если бы все было по-другому!

— Что ты имеешь в виду? — спросил Степа.

— А то, — ответила Тоша, — что я могу быть счастлива только тогда, когда все будет не так, как сейчас. — С этими словами Тоша сделала вздох великого несчастья и отчаяния.

— Вот если бы я умела громко лаять как взрослые собаки, ходить на охоту, охранять дом как папа. Вот если бы мне не надо было гулять с младшим братиком, то у меня было бы больше времени на игры с друзьями.

Тогда Степа ответил так:

— Тоша, у всех вещей и явлений есть свои светлые и темные стороны, а ты видишь только темные стороны. Тебе нужно научиться видеть и светлые стороны, тогда ты будешь чувствовать себя отлично. Если видеть только темную сторону, то будешь чувствовать себя плохо, тебе всегда будет грустно. Научись выбирать.

— Я хочу, чтобы мне было хорошо, но не знаю, как это сделать, — сказала Тоша. — Я хочу различать и правильно выбирать свои мысли. Хочу прогнать плохое настроение. Научи меня, Друг!

3. Обсуждение. После чтения дети обсуждают, как можно изменить описанную ситуацию. Ведущий делает вывод, что бывают ситуации, которые нам не нравятся, которые мы не можем изменить, но зато мы можем изменить свое отношение к этим ситуациям.

4. Опыт «Сломалась игрушка». Ведущий показывает сломанную игрушку и спрашивает:

- Может ли игрушка вновь стать целой?
- А если долго ждать?
- А если заплакать?
- А если закричать?

Вывод: ситуацию изменить нельзя, но можно изменить наше отношение к ней

5. Домашнее задание. Предложите детям подумать над тем, как Тоша может изменить отношение к ситуациям, которые ее огорчают.

Комментарии для ведущего.

В этом задании не обязательно показывать именно сломанную игрушку, можно показать разорванную книгу, разбитую чашку и т.д. Главное — продемонстрировать детям ситуацию, которая подтверждает, что «слезами горю не поможешь», и настроить детей на поиск выхода из создавшейся ситуации.

Пример занятия №4.

Цели:

- предупреждение и коррекция страхов.

Материалы:

- мягкая игрушка — собачка Тоша;
- рассказ «Ночные страхи»;
- бумага и цветные карандаши.

Ход занятия.

1. Рисуем свой страх. Ведущий задает детям вопросы:

- Что такое страх?
- Нужен ли страх?
- Вы его боитесь?

Ведущий предлагает детям нарисовать свой страх, затем все рисунки вывешиваются на доску, и все дети рассматривают их

2. Работа с текстом. Ночные страхи

Вот уже несколько ночей подряд Тоша не спала. Как только выключали свет, и становилось темно и тихо, в углу комнаты что-то начинало шевелиться и блестеть. Это очень пугало Тошу, она залезала под одеяло с головой, закрывала глаза и уши, но страх все равно не давал ей уснуть. Но однажды Тоша не выдержала, она встала на кровати и громко сказала:

— Эй, кто там? Ты кто такой? Отвечай сейчас же!

В углу все сразу стихло. Тоша спросила еще раз:

— Есть там кто-нибудь?

Эти слова помогли ей немного успокоиться, и она уже не так боялась. Через некоторое время в углу снова что-то зашевелилось, и раздался очень тихий, робкий голос:

— Ты не могла бы мне помочь?

— Помочь? — переспросила Тоша, — Разве привидению нужна помощь? — Она считала, что привидения могут только пугать.

— Если тебе нужна помощь, то выходи из угла и давай поговорим, — сказала Тоша.

— Хорошо, только ты, пожалуйста, не бойся меня, — раздался шепот из угла и оттуда вышло маленькое пушистое Привидение с добрыми светящимися глазами.

Оно рассказало Тоше, что давно хотело познакомиться с кем-нибудь, но почему-то все пугались и убегали от него.

— Меня можно увидеть только в темноте, — сказала Привидение, но темнота многих пугает, а я так хочу, чтобы кто-нибудь научил меня танцевать.

— Если ты хочешь, — сказала Тоша, — то я с удовольствием научу тебя танцевать.

Она взяла Приведение за руки, и они начали весело кружиться и подпрыгивать.

3. Обсуждение.

— Чего боялась Тоша?

— Чего боялось Приведение?

— Как им удалось справиться со страхом?

— Можно ли сказать, что страх — это боязнь Неизвестности?

— Как справиться с неизвестностью?

— Вам удавалось справляться со страхом?

4. Игра «Найди способ выйти из круга». Все дети встают в круг, взявшись за руки. Один ребенок стоит внутри круга и должен постараться любым способом выйти из него.

5. Работа с рисунками. Ведущий предлагает детям нарисовать рядом со своим страхом себя (как можно крупнее) а затем зачеркнуть свой страх и оставить только себя. Если кому-то жаль зачеркивать свой рисунок можно предложить назвать рисунок по-другому, например, «Чего я уже не боюсь».

Комментарии для ведущего.

Это занятие направлено на предупреждение и коррекцию детских-страхов. Его можно построить на содержании тех страхов, которые характерны для конкретной группы детей (по обращениям родителей).

Важно научить детей понимать, что часто мы боимся чего-то неизвестного. Чтобы победить такой страх, нужно сначала понять, чего конкретно мы боимся. Например, если ребенок боится темноты, то нужно помочь ему понять, что если включить свет, то в комнате никого не будет, а значит, мы боялись того, чего нет.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ по разделу
«МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОБЛЕГЧЕНИЮ
АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ»

Выберите один или несколько правильных ответов:

1. РАБОТУ ПО ПОДГОТОВКЕ ДЕТЕЙ К ДОУ ВОЗГЛАВЛЯЕТ
- ☐ главный врач (заведующий) поликлиники
 - ☐ заведующий педиатрическим отделением поликлиники
 - ☐ заведующий отделением организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях
 - ☐ участковый педиатр
2. ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ К ДОУ ВКЛЮЧАЕТ
- ☐ только общую подготовку
 - ☐ только специальную подготовку
 - ☐ и общую и специальную подготовку
3. ОБЩАЯ ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ К ДОУ ПРЕДПОЛАГАЕТ
- ☐ назначение индивидуальных оздоровительных мероприятий
 - ☐ профилактические осмотры детей на педиатрическом участке с комплексной оценкой здоровья, назначением индивидуальных оздоровительных и корригирующих мероприятий
 - ☐ назначение индивидуальных корригирующих мероприятий
4. ОБЩАЯ ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ К ДОУ НАЧИНАЕТСЯ
- ☐ с рождения ребенка
 - ☐ с момента указания родителями срока поступления ребенка в ДОУ
 - ☐ за 6 месяцев до поступления ребенка в ДОУ
 - ☐ за 2 месяца до поступления ребенка в ДОУ

5. СПЕЦИАЛЬНУЮ ПОДГОТОВКУ ДЕТЕЙ К ДОУ
РЕКОМЕНДУЮТ НАЧИНАТЬ

- ☐ с рождения ребенка
- ☐ с момента указания родителями срока поступления ребенка в ДОУ
- ☐ за 6 месяцев до поступления ребенка в ДОУ
- ☐ за 2 месяца до поступления ребенка в ДОУ

6. БОЛЕЕ ЛЕГКО АДАПТАЦИЯ К ДОУ ПРОТЕКАЕТ
У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ

- ☐ до 6 месяцев жизни
- ☐ с 7 до 18 месяцев жизни
- ☐ старше 18 месяцев жизни

7. СПЕЦИАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ К ДОУ
ВКЛЮЧАЕТ МЕРОПРИЯТИЯ

- ☐ прогнозирование течения адаптации
- ☐ гигиеническое обучение и воспитание родителей
- ☐ профилактический осмотр
- ☐ проведение оздоровительных мероприятий
- ☐ реабилитация детей с выявленными нарушениями здоровья

8. ДИАГНОСТИКУ ГОТОВНОСТИ ДЕТЕЙ К ШКОЛЕ
НАЧИНАЮТ

- ☐ за 1 месяц до поступления в школу
- ☐ за 3 месяца до поступления в школу
- ☐ за год до поступления в школу

9. ДИАГНОСТИКУ ГОТОВНОСТИ ДЕТЕЙ К ОБУ-
ЧЕНИЮ В ШКОЛЕ ПРОВОДЯТ

- ☐ однократно за год до поступления в школу

- однократно перед поступлением в школу
-)
- дважды: за год до поступления и перед поступ-
-) лением в школу

10. В ПРОГРАММУ ПОДГОТОВКИ РЕБЕНКА К ШКОЛЕ ВХОДЯТ МЕРОПРИЯТИЯ

- прогнозирование течения адаптации
-)
- ранняя диагностика нарушений здоровья и раз-
-) вития ребенка и оценка его функциональной готовно-
- сти к обучению в школе
- общие и индивидуальные оздоровительные ме-
-) роприятия
- индивидуальная коррекция нарушений
-)

11. ПРОГНОЗИРУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ АДАПТАЦИИ:

- благоприятное и неблагоприятное
-)
- легкое, средне тяжелое, тяжелое
-)

12. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ АДАПТАЦИИ РЕБЕНКА К ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ (ОУ) РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ

- однократно вначале подготовки к ОУ
-)
- однократно в конце подготовки к ОУ
-)
- дважды вначале и в конце подготовки к ОУ
-)

13. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ПРИ ПОДГОТОВКЕ РЕБЕНКА К ДОУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ

- за 3 дня до поступления
-)
- за месяц до поступления
-)
- за 2 месяца до поступления
-)
- за 6 месяцев до поступления
-)

14. ПРОФОСМОТР РЕБЕНКА ПЕРЕД ПОСТУПЛЕНИЕМ В ДОУ ПРОВОДИТ

- участковый педиатр
-)
- педиатр ДОУ
-)
- заведующий педиатрическим отделением
-)

15. ПРОФОСМОТР НЕОРГАНИЗОВАННОГО РЕБЕНКА ПЕРЕД ПОСТУПЛЕНИЕМ В ШКОЛУ ПРОВОДИТ

- участковый педиатр
-)
- педиатр школы
-)
- заведующий отделением организации медицин-
-) ской помощи детям в образовательных учреждениях

16. ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ДОУ РЕБЕНКА ОСМАТРИВАЮТ ВРАЧИ-СПЕЦИАЛИСТЫ

- окулист
-)
- невролог
-)
- отоларинголог
-)
- хирург
-)
- стоматолог
-)

17. ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ШКОЛЕ РЕБЕНКА ОСМАТРИВАЮТ ВРАЧИ-СПЕЦИАЛИСТЫ

- невропатолог, окулист, отоларинголог, хирург-
-) ортопед, стоматолог, по показаниям — логопед, психи-
атр
- окулист, отоларинголог, хирург-ортопед, стома-
-) толог
- невропатолог, психиатр, логопед
-)

18. ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ДОУ РЕБЕНКУ ПРОВОДЯТ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- клинический анализ крови
-)
- общий анализ мочи
-)
- анализ кала на яйца глистов
-)

19. ПОДГОТОВКУ К ШКОЛЕ ДЕТЕЙ, НЕ ПОСЕЩАЮЩИХ ДОУ, ПРОВОДИТ

педиатр ДОУ

)

школьный врач

)

участковый педиатр

)

20. ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ РЕБЕНКА В ДОУ РОДИТЕЛЯМ ВЫДАЮТ В ПОЛИКЛИНИКЕ ДОКУМЕНТЫ

«Медицинскую карту ребенка для образова-

) тельных учреждений» (форма № 026/у-2000)

выписку из истории развития (ф.№191)

)

справку об отсутствии контактов с инфекцион-

) ными заболеваниями по месту жительства

справку произвольной формы о готовности ре-

) бенка к ДОУ

историю развития ребенка (форма 112/у)

)

21. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ТЕСТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ СКРИНИНГ-ПРОГРАММЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФОСМОТРА РЕБЕНКА ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ШКОЛЕ

определение биологического возраста

)

расширенная оценка физической подготовлен-

) ности

оценка психологической готовности

)

выявление пограничных нервно-психических

) расстройств

выявление дефектов звукопроизношения

)

22. ОПРЕДЕЛЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНИКОВ ПРОВОДИТСЯ ПО

темпам второй дентации

)

вторичным половым признакам

)

уровню НПП

)

23. ТЕСТ КЕРНА-ИЕРАСЕКА ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

- ☐ интеллектуальное развитие ребенка
- ☐ нервно-психическое развитие ребенка
- ☐ психологическую готовность ребенка к школе
- ☐

24. РЕБЕНОК СЧИТАЕТСЯ НЕГОТОВЫМ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ ПРИ ОЦЕНКЕ ПО ТЕСТУ КЕРНА-ИЕРАСЕКА

- ☐ 3 балла
- ☐ 6 баллов
- ☐ 9 и более баллов
- ☐

25. ТЕСТЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ПРОВОДИТ

- ☐ медицинская сестра ДОУ
- ☐ педиатр ДОУ
- ☐ воспитатель группы
- ☐ преподаватель физкультуры
- ☐

26. ОЦЕНКУ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРОВОДИТ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ ПРОВОДИТ

- ☐ медицинская сестра
- ☐ воспитатель (учитель)
- ☐ врач
- ☐

27. У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОЦЕНКУ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРОВОДЯТ

- ☐ ежедневно
- ☐ 1 раз в 3 дня
- ☐ 1 раз в неделю
- ☐ 1 раз в месяц
- ☐

28. У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОЦЕНКУ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРОВОДЯТ ежедневно

)

1 раз в 3 дня

)

1 раз в неделю

)

1 раз в месяц

)

29. У ШКОЛЬНИКОВ ОЦЕНКУ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРОВОДЯТ в конце каждой четверти

)

в конце каждого полугодия

)

в 1 четверти — один раз в две недели, а во II, III,

) IV четвертях — в конце каждой четверти

30. НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ТЕЧЕНИЕМ АДАПТАЦИИ ПРОВОДЯТ ДО СТАБИЛИЗАЦИИ СУММАРНОЙ ОЦЕНКИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА УРОВНЕ не ниже +70 баллов

)

не ниже +60 баллов

)

не ниже +50 баллов

)

не ниже +40 баллов

)

31. ВЫЯВЛЕНИЕ СИМПТОМОВ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К ДОУ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ при осмотре детей неврологом

)

при осмотре детей педиатром

)

путем анкетирования родителей

)

32. ОЦЕНКА УРОВНЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА ТЕЧЕНИЕМ АДАПТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

у детей любого возраста

-) у детей дошкольного возраста
-) у детей раннего возраста
-)

33. КОНТРОЛЬ МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ЯСЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ ПРОВОДЯТ

- 1 раз в 3 дня
-) 1 раз в 5-7 дней
-)

34. КОНТРОЛЬ МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ ПРОВОДЯТ

- 1 раз в 3 дня
-) 1 раз в 5-7 дней
-)

35. КОНТРОЛЬ МАССЫ ТЕЛА У ПЕРВОКЛАССНИКОВ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ ПРОВОДЯТ

- в конце каждой четверти
-) в конце каждого полугодия (конец II и IV четвертей)
-)

36. КОНТРОЛЬ МАССЫ ТЕЛА У ШКОЛЬНИКОВ ПРИ ПЕРЕХОДЕ К ПРЕДМЕТНОМУ ОБУЧЕНИЮ И НА III СТУПЕНЬ ОБУЧЕНИЯ ПРОВОДЯТ

- в конце каждой четверти
-) в конце каждого полугодия (конец II и IV четвертей)
-)

37. КОНТРОЛЬ ГЕМОГЛОБИНА В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ ПРОВОДЯТ

- всем детям
-) никому не проводят
-) детям, имеющим снижение массы тела в процессе адаптации
-)

38. КАКИЕ КРИТЕРИИ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА АДАПТАЦИЕЙ ДЕТЕЙ К ДОУ

-) динамика остроты зрения
-) выявление нарушений осанки
-) контроль за артериальным давлением
-) частота острой респираторной заболеваемости
-) оценка полового развития
-)

39. КАК ФОРМУЛИРУЮТСЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ТЕЧЕНИИ АДАПТАЦИИ

-) благоприятное, условно благоприятное, неблагоприятное
-) хорошее, удовлетворительное, плохое
-) легкое, средне тяжелое, тяжелое
-)

40. ПРИ ИНТЕГРАЛЬНОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ТЕЧЕНИЯ АДАПТАЦИИ РЕБЕНКА К ОБУЧЕНИЮ УЧИТЫВАЮТ ПОКАЗАТЕЛИ

-) состояние здоровья
-) течение адаптации к учебе
-) течение адаптации к коллективу
-)

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТАМ ПО разделу
«МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОБЛЕГЧЕНИЮ
АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ»**

1. 1	11. 1	21.	31. 3
		1,2,3,4,5	
2. 3	12. 3	22. 1	32. 3
3. 2	13. 4	23. 4	33. 1
4. 1	14. 1	24. 3	34. 2
5. 3	15. 1	25. 4	35. 1
6. 1, 3	16.	26. 2	36. 2
	1,2,3,4,5		
7.	17. 4	27. 1	37. 3
1,2,3,4,5			
8. 3	18.	28. 2	38.
	1,2,3		1,2,3,5
9. 3	19. 3	29. 3	39. 1
10.	20. 1,2	30. 4	40.
1,2,3,4		1,2,3	

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

На прием к участковому врачу пришла мать с девочкой 3 лет для решения вопроса об устройстве ребенка в дошкольное образовательное учреждение.

Ребенок из полной семьи, материально-бытовые условия удовлетворительные, родители молодые с высшим образованием. Ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне гестоза второй половины, ОРЗ в 32 недели беременности. Роды в срок 39 недель, длительностью 15 часов, закричал сразу, оценка по Апгар 8/9 баллов. К груди приложен в первые сутки. Вес при рождении 3100 г, рост 50 см. Из роддома выписан на 5 день жизни в удовлетворительном состоянии. В периоде новорожденности отмечалась физиологическая желтуха. Грудное вскармливание до 2 месяцев. На первом году жизни отмечались проявления атопического дерматита в виде гиперемии щек. На втором году жизни болел ОРЗ 5 раз. На третьем году жизни перенес ОРЗ 4 раза, острый бронхит 2 раза.

Объективно: состояние ребенка удовлетворительное. Антропометрия: масса тела – 13 кг, длина – 90 см. Нервно-психическое развитие: ребенок говорит многословными предложениями, много спрашивает: «Когда?», «Почему?», по образцу подбирает предметы различной геометрической формы и разного цвета, пытается играть, выполняя определенные роли (продавец в магазине), пытается строить из конструктора домик с забором (сюжетные постройки), рисует простые предметы и называет их, пытается одеваться сам, но не умеет застегивать пуговицы, ест аккуратно, перешагивает через препятствия чередующимся шагом.

Кожные покровы чистые, обычной окраски. Слизистые чистые, розовые, 5 кариозных зубов. Носовое дыхание свободное. Лимфатические узлы по основным группам, не увеличены. По внутренним органам без отклонений. Физиологические отправления в норме.

ЗАДАНИЯ

1. ПРОВЕДИТЕ КОМПЛЕКСНУЮ ОЦЕНКУ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА.
2. ВОЗМОЖНО ЛИ УСТРОЙСТВО РЕБЕНКА В ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СРАЗУ ПОСЛЕ ПОСЕЩЕНИЯ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА? ОБОСНУЙТЕ ОТВЕТ.
3. СОСТАВЬТЕ ПЛАН ПОДГОТОВКИ РЕБЕНКА К ДОШКОЛЬНОМУ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ.
4. КАКИЕ СОВЕТЫ ДАДИТЕ МАМЕ РЕБЕНКА В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К ПОСТУПЛЕНИЮ В ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ?
5. КАКИЕ ДОКУМЕНТЫ ВЫ ОФОРМИТЕ ДЛЯ ПОСТУПЛЕНИЯ ЭТОГО РЕБЕНКА В ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ.
6. НАЗОВИТЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СРЫВА АДАПТАЦИИ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ.

Задача № 2

Вы врач дошкольного образовательного учреждения.

2-х летняя девочка посещает детский сад в течение 3-х месяцев.

Со слов матери ребенок стал пугливым, трудно засыпает, часто просыпается с плачем, сон беспокойный, стал кусать ногти. Аппетит снижен. За это время ребенок 3 раза переболел ОРВИ, похудел на 200 грамм.

Из анамнеза известно, что девочка от молодых, здоровых родителей. Развивалась соответственно возрасту. На 1-м году жизни наблюдалась неврологом по поводу перинатального поражения нервной системы.

В группе детского сада замедлена, вялая в движениях, робка, часто просится на руки к воспитателю, не проявляет интереса к контактам с детьми, эмоционально лабильна.

При осмотре: рост 85 см, масса 14 кг. Гиперестезия кожных покровов, белый дермографизм. Слизистые оболочки чистые. Дыхание пузрыльное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС — 128 уд/мин, АД — 85/55 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренная болезненность без четкой локализации. Печень +1 см, селезенка не увеличена.

ЗАДАНИЯ

1. ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА НА МОМЕНТ ОСМОТРА, ДАЙТЕ КОМПЛЕКСНУЮ ОЦЕНКУ ЗДОРОВЬЯ.
2. КТО И ПО КАКИМ КРИТЕРИЯМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ КОНТРОЛЬ ЗА ТЕЧЕНИЕМ АДАПТАЦИИ РЕБЕНКА К ДОШКОЛЬНОМУ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ?
3. ОЦЕНИТЕ ТЕЧЕНИЕ АДАПТАЦИИ У ДАННОГО РЕБЕНКА.
4. НАЗОВИТЕ
5. ОЦЕНИТЕ ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК у ДАННОГО РЕБЕНКА В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ.

Задача № 3

Вы врач образовательного учреждения.

Мальчик 7 лет посещает подготовительную группу детского сада. Ребенок осенью поступает в 1 класс.

Ребенок от 1 беременности на фоне гестоза II половины, хронического аднексита. Роды в срок 40 недель, физиологичные. Вес при рождении 3450 г, рост 52 см. Рос и развивался соответственно возрасту. С 2 месяцев переведен на искусственное вскармливание смесью «НАН».

Болеет ОРЗ 2-3 раза в год. Родители молодые, у отца хронический гастродуоденит. Материально-бытовые условия семьи хорошие.

Жалоб на момент профилактического осмотра нет.

Антропометрия: рост 109 см, масса 20 кг.

Психометрия: мышление и речь — умеет составлять рассказ по картинке, ориентируется в событиях прошлого, настоящего и будущего; моторика — умеет прыгать в длину с места, самостоятельно с трудом застегивает пуговицы, неаккуратно закрашивает круг диаметром 2 см; внимание и память — внимателен, быстро запоминает стихи; социальные контакты — контактен, хорошо играет с другими детьми, соблюдает правила игры; нервно-психические расстройства не выявлены.

Состояние удовлетворительное. Правильного телосложения. Повышенного питания. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Слизистые чистые, розовые. Имеется 6 постоянных зубов. Носовое дыхание свободное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 22 в минуту. Тоны сердца громкие, чистые, ритм правильный. ЧСС 90 в минуту. АД 90/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

ЗАДАНИЯ

1. ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА НА МОМЕНТ ОСМОТРА, ДАЙТЕ КОМПЛЕКСНУЮ ОЦЕНКУ ЗДОРОВЬЯ.
2. КАКИЕ СКРИНИНГ-ТЕСТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРОВЕДЕНЫ ДАННОМУ РЕБЕНКУ?
3. КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОВОДЯТСЯ ПЕРЕД ПОСТУПЛЕНИЕМ В ШКОЛУ? ОЦЕНИТЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ.
4. КАКИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСМОТРЕН ДАННЫЙ РЕБЕНОК ПЕРЕД ПОСТУПЛЕНИЕМ В ШКОЛУ?
5. ОЦЕНИТЕ ГОТОВНОСТЬ К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ.
6. ДАЙТЕ РЕКОМЕНДАЦИИ МАТЕРИ.

Задача 4

Вы врач школы.

Девочка 8 лет заканчивает 1 класс школы с углубленным изучением иностранного языка.

Ребенок от I беременности на фоне легкой анемии, гестоза II половины, роды в срок 39 недель. Оценка по Апгар при рождении 7/8 баллов. Росла и развивалась соответственно возрасту. С рождения на искусственном вскармливании. Наследственность неотягощена. Ребенок из благополучной семьи, проживающей в отдельной благоустроенной квартире. Детское дошкольное учреждение девочка не посещала.

Жалобы на частые простудные заболевания в течение последнего года (6 раз ОРЗ), имеющие затяжное течение, снижение остроты зрения.

При осмотре: антропометрия: рост 120 см, масса 21 кг.

Психометрия: интеллектуальное развитие — достаточно эрудированна, сообразительна, способна к обобщению и аналогиям, способна оперировать числами, считает до 300; оценка эмоционально-поведенческих реакций +45 баллов, характер гармоничный. В коллективе принята, успевает на «хорошо» и «отлично». Пограничные нервно-психические расстройства не выявлены.

Состояние удовлетворительное. Правильного телосложения. Пониженного питания. Кожные покровы чистые, обычной окраски, сухие на ощупь. Слизистые чистые, бледно-

розовые. Носовое дыхание свободное. В зеве гиперемии нет. Лимфатические узлы по основным группам, не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца громкие, чистые, ритм правильный. ЧСС 92 в минуту. АД 85/55 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

ЗАДАНИЯ

1. КАКИЕ СКРИНИНГ-ТЕСТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРОВЕДЕНЫ ДАННОМУ РЕБЕНКУ?
2. КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРОВЕДЕНЫ ДАННОМУ РЕБЕНКУ?
3. КАКИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСМОТРЕН ДАННЫЙ РЕБЕНОК?
4. ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА НА МОМЕНТ ОСМОТРА. ДАЙТЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ.
5. ОЦЕНИТЕ ТЕЧЕНИЕ АДАПТАЦИИ К 1 КЛАССУ.
6. В КАКИХ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ И КОРРЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ НУЖДАЛСЯ ДАННЫЙ РЕБЕНОК В ХОДЕ ОБУЧЕНИЯ?
7. ДАЙТЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДАЛЬНЕЙШЕМУ ОБУЧЕНИЮ РЕБЕНКА.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

Эталон ответа к ситуационной задаче №1

1. Физическое развитие: масса тела 3 коридор, длина тела 1 коридор – низкий рост. НПР II группа, задержка 2 степени. Резистентность низкая. Гипертрофия небных миндалин II степени. Кариес. Группа здоровья II.
2. Нет, не проводилась подготовка ребенка к поступлению в ДООУ.
3. Прогнозирование течения адаптации, санитарно-просветительная работа с родителями, профилактический осмотр ребенка до поступления с участием окулиста, невролога, отоларинголога, хирурга, стоматолога и участкового педиатра, проведение лабораторных исследований: клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов. К моменту поступления в ДООУ ребенок должен быть привит в соответствии с календарем профилактических прививок.
4. Необходимо создать мотивацию у ребенка к поступлению в ДООУ, гулять около детского сада, максимально приблизить домашний режим ребенка к режиму детского учреждения, избавиться от вредных привычек.
5. Оформляется форма 026/у и справка об отсутствии контактов с инфекционными больными.
6. В целях облегчения адаптации детей к ДООУ необходимо: постепенное формирование групп вновь поступающими детьми, укороченное пребывание в дошкольном учреждении, разрешить привычный для ребенка способ кормления, укладывания на сон, обеспечить состояние теплового комфорта; чаще предлагать ребенку теплое питье в детском учреждении и дома, кормить осторожно, не проводить в ДООУ травмирующих медицинских манипуляций, не настаивать на обязательном выполнении упражнений на физкультурных занятиях.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 2

1. Имеют место пограничные нервно-психические расстройства, связанные с периодом адаптации: фобический синдром, синдром навязчивых движений. Физическое развитие нормальное. Резистентность снижена. Функциональное состояние органов и систем ухудшенное. Группа здоровья II.

2. Контроль за адаптацией к ДОО у детей раннего возраста осуществляется по следующим критериям:

- динамика эмоционально-поведенческих реакций - ежедневно.
- возникновение симптомов пограничных нервно-психических расстройств (невротических реакций). - 1 раза неделю
- динамика массы тела 1 раз в 3 дня,
- контроль гемоглобина (по назначению врача),
- частота острых респираторных заболеваний.

3. Адаптация неблагоприятная, т.к. имелись проявления навязчивого и фобического синдромов, потеря массы тела 200 грамм, учащенная заболеваемость, продолжительность адаптационного периода более 90 дней.

4. ПРАВИЛА ВЕДЕНИЯ РЕБЕНКА В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ:

- постепенное формирование групп вновь поступившими детьми;
- укорочение пребывания в ДДУ (2-3 часа)
- первые 1-2 дня разрешено присутствие родителей на группе.
- разрешить привычный способ кормления, укладывания на сон
- обеспечить состояние теплового комфорта
- чаще предлагать ребенку пить
- кормить осторожно, не настаивать при отказе от еды и в этом случае информировать родителей о необходимости дополнительного питания дома.
- не проводить травмирующих медицинских манипуляций
- организовать деятельность ближе к воспитателю, общаться с ним каждые 2-3 минуты, при необходимости брать на руки
- не применять специальных мер закаливания
- чаще привлекать к занятиям, играм, но не заставлять
- обеспечить психологический покой.

5. Прививки не противопоказаны.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 3

1. Физическое развитие - сниженная длина тела при нормальном значении массы тела. НПР - с отклонениями (нарушение развития моторики рук). Резистентность высокая. Функциональное состояние органов и систем хорошее. Группа здоровья II.

2. *Базовая программа:* анкетный тест, оценка ФР, измерение АД, тест для выявления нарушений осанки, тест для выявления плоскостопия, исследование остроты зрения и слуха, оценка уровня физической подготовленности. *Расширенная программа:* выявление невротических расстройств с помощью анкеты, тест Керна-Иерасека, выявление дефектов звукопроизношения, прогнозирование течения адаптации, оценка уровня биологической зрелости, оценка уровня физической подготовленности.

Оценка скрининг-тестов: оценка физического развития: рост 2 кор., масса 3 кор. – сниженная длина тела при нормальном значении массы тела; АД: 90/60 – норма; выявление нарушений осанки - незначительное нарушение осанки в виде «крыловидных лопаток, поэтому

необходимо наблюдение педиатра, занятия лечебной физкультурой; плантограмма- норма; исследование остроты зрения: ребенок видит буквы 9, 10 строки; исследование остроты слуха: ребенок правильно повторяет слова, произнесенные шепотом на расстоянии 6 м; анкета на выявление нервно-психических расстройств – норма. Тест Керна-Иерасика: норма. Выявление дефектов звукопроизношения: ребенок неправильно произносит слова: рог - ведро - топор - река - гриб – фонарь. Заключение: У ребенка дефект произношения звука «р» - нуждается в консультации логопеда. Уровень биологической зрелости: соответствует возрасту. Тесты на физическую подготовленность соответствуют возрасту.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца глистов — без патологии.
4. Ребенок должен быть осмотрен неврологом, окулистом, отоларингологом, хирургом-ортопедом, стоматологом, по показаниям — логопедом и психиатром.
5. Ребенок психофункционально не готов к обучению в школе: дефекты звукопроизношения, незначительные нарушения осанки. Прогноз адаптации благоприятный. Медицинская группа по физкультуре - подготовительная.
6. У данного ребенка выявлено 3 фактора, указывающих на риск неблагоприятного течения адаптации к школе: мужской пол ребенка, гестоз, группа здоровья II, прогноз адаптации благоприятный.
7. Разъяснительная работа с родителями по созданию здорового образа жизни и формированию мотивации к обучению. Консультация психолога, логопеда. Коррекционные занятия с психологом и логопедом в летний период. Комплексы специальных упражнений по обучению элементам письма, по развитию ручной ловкости и координации движений, занятия лепкой, вырезанием аппликаций, мозаикой, рисованием. В физическом воспитании ребенка использовать элементы лечебной физкультуры.

Анализы к задаче №3

Общий анализ крови: эритроциты – 4,2Т/л, гемоглобин – 130 г/л, цветовой показатель – 0,92, лейкоциты – 7,4 Г/л, эозинофилы – 1 %, нейтрофилы палочкоядерные – 1%, нейтрофилы сегментоядерные – 58%, лимфоциты – 32%, моноциты – 6%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, кислая, удельный вес – 1020, белка нет, эпителий плоский – 1-2-1 в поле зрения, лейкоциты – 1-2-3 в поле зрения.

Яйца глистов кале не обнаружены.

Заключения специалистов:

невролог - здоров,

окулист - vis OD= 0,9 vis OS=1,0. Глазное дно в норме

отоларинголог - ГНМ II ст., аденоиды I ст.

стоматолог – полость рта санирована.

хирург-ортопед – «крыловидные лопатки»

Планто- грамма:



Результаты скрининг-тестов:

тесты	результат	н
-------	-----------	---

		орма
анкетный	все отрица- тельные ответы	
оценка физического раз- вития		
артериальное давление	90/60	
выявление нарушений осанки	сильное от- ставание лопаток - «крыловидные ло- патки»	
плантография		
острота зрения	ребенок ви- дит 9, 10 строчки таблицы	
острота слуха	Шепотная речь - 6м	
выявление нервно- психических расстройств	не выявлено	
тест Керна-Иерасика	8 баллов	
выявление дефектов зву- копроизношения	неправильно произносит слова - рог - ведро - топор - река - гриб - фонарь	
биологическая зрелость	6 постоянных зубов	3 -8
физическая подготов- ленность		
<i>длина прыжка с места (см)</i>	130 см	1 12,0- 140,0
<i>дальность броска набивного мяча (1кг) из-за голо- вы</i>	300 см	2 70,0- 400,0
<i>сила мышц правой кисти (кг)</i>	10 кг	1 0,0-12,5
<i>сила мышц левой кисти (кг)</i>	10 кг	8 ,0-11,5
<i>скорость бега (сек) на 150 метров</i>	40 сек	4 1,6-33,9
<i>скорость бега (сек) на 300 метров</i>	90 сек	9 7,3-81,8
<i>становая сила (кг)</i>	24,5 кг	2 4,2 ± 0,7
<i>выносливость к стати- ческой нагрузке (с)</i>	99 сек	9 8,7±2,4
<i>жизненная емкость лег-</i>	1,2 л	1

ких (л)		,19±0,03
физическая работоспособность (кг/м)	240 кг/м	2 38±12,2
общая выносливость (с)	30 сек	2 5,0-30,5

Эталон ответа к ситуационной задаче №4

1. *Базовая программа:* анкетный тест, оценка ФР, измерение АД, тест для выявления нарушений осанки, тест для выявления плоскостопия, исследование остроты зрения и слуха шепотной речью, оценка уровня физической подготовленности. *Расширенная программа:* выявление невротических расстройств с помощью анкеты, оценка уровня физической подготовленности. Проводятся медсестрой (фельдшером школы), педагогами.

Оценка скрининг-тестов: анкетный тест - реакция на сладкое, цитрусовые, запахи, цветы, пыль, лекарства - с отклонениями; оценка физического развития - ФР: длина тела 3 кор., масса тела 2 кор. - сниженная масса тела при нормальном значении длины тела; измерение АД - норма; выявление нарушений осанки: выраженное увеличение грудного кифоза, неравенство треугольников талии. Заключение: значительное нарушение осанки - консультация ортопеда, ЛФК; тест для выявления плоскостопия - обе линии выходят за пределы отпечатка стопы; исследование остроты зрения - ребенок не видит 9 строчку - снижение остроты зрения; исследование остроты слуха шепотной речью - норма; анкета на выявление нервно-психических расстройств – не выявлены; оценка уровня физической подготовленности - соответствует возрасту; анкета на пограничные невротические расстройства - не выявлены.

2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца глистов – патологии не выявлено

3. Невролог, окулист, ЛОР, хирург-ортопед, стоматолог.

4. Течение адаптации неблагоприятное с учащением ОРЗ (6 раз за год), формированием нарушения осанки, снижением остроты зрения

5. Мероприятия по облегчению адаптации:

– оздоровительные мероприятия: создание оптимальных санитарно-гигиенических условий, сбалансированное и рациональное питание, снижение эмоционального напряжения, закаливание, оздоровительный бег, специальные упражнения для профилактики близорукости и нарушения осанки, массаж биологически активных точек, профилактика перекрестного инфицирования,

– коррекционные мероприятия: повышение неспецифической резистентности (адаптогены, витамины), уменьшение психоэмоционального напряжения (психотерапевтические беседы, занятия с психологом, деловые игры);

– занятия лечебной физкультурой по поводу нарушения осанки;

– занятия в кабинете охраны зрения (после консультации окулиста).

6. Сколиоз. Аномалия рефракции. Ребенок из группы ДЧБ. Физическое развитие – сниженная масса тела при нормальной длине. НПР соответствует возрасту. Резистентность низкая. Функциональное состояние органов и систем ухудшенное. Неблагоприятное течение адаптации. Группа здоровья III. Медицинская группа по физкультуре – специальная.

7. Интегральная оценка: А + 3 – данный ребенок принят в коллективе, имеет хорошую успеваемость и отклонения в состоянии здоровья.

8. Рекомендуются консультация психолога, семейное консультирование, комплексная медико-психологическая реабилитация.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ

1. Приказ МЗ РФ №154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста» от 5.05.99.
2. Приказ МЗ РФ № 566 «Об охране репродуктивного здоровья мальчиков и юношей-подростков» от 25.11.03.
3. Приказ МЗ РФ № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей» от 30.12.03.
4. Приказ МЗ РФ № 151 «Временные отраслевые стандарты объема медицинской помощи детям» от 07.05.1998:
 - Временные отраслевые стандарты по профилактической работе с детьми в возрасте до 3-х лет (приложение 23)
 - Временные отраслевые стандарты по профилактической работе с детьми в возрасте от 4-х до 14-ти лет (приложение 24).
5. Приказ МЗ РФ № 60 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возраста на основе медико-экономических нормативов» от 14.03.95г.
6. Приказ МЗ и МОбр РФ №186/272 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях» от 30.06.92 г.
7. Приказ МЗ РФ № 241 «Об утверждении «Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений» от 3.07.00 г.
8. Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях: СанПиН 2.4.2.1178-02.
9. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях: СанПиН 2.4.1.2660-10

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / Под ред. А.С. Калмыковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 624 с.
2. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 608 с.

Дополнительная

1. Алгоритм действий врача педиатра при диагностике и лечении перинатальной патологии центральной нервной системы и их последствий: Учеб. пособие / Л.А. Жданова, М.Н. Салова, И.Е. Бобошко, О.С. Рунова, С.И. Мандров, А.В. Шишова, Л.К. Молькова, Г.Н. Нуждина. Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, — 2010. —
2. Закаливание детей: Методические разработки для студентов педиатрических факультетов медицинских вузов/ Л.А. Жданова, Т.В. Русова, Е.В. Селезнева, А.В. Шишова и др. — Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 2005. -59с.
3. Медико-педагогическое сопровождение детей в процессе адаптации к образовательным учреждениям: Учеб. пособие / Л.А. Жданова, А.В.Шишова, Т.В.Русова, Е.В.Селезнева, Г.Н.Нуждина. Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, — 2008. — 60 с.
4. Медико-психолого-педагогическое сопровождение детей в учреждениях здравоохранения и образования: Учеб.- метод. пособие /Л.А. Жданова, Т.В. Русова, Шишова А.В., Бобошко И.Е. и др.: Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава,2003. — 81 с.

5. Межведомственная интеграция в охране здоровья детей школьного возраста/ Л.А. Жданова, А.В. Шишова, И.Е. Бобошко, Н.Н. Нежкина и др. – Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, Иваново, 2004. -359с.
6. Нервно-психическое развитие детей: прогнозирование и диагностика его нарушений/Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов. Издание второе. /Л.А.Жданова, Г.Н. Нуждина, Т.В. Русова, С.И. Мандров и др.: ГОУ ВПО ИвГМА МЗ РФ – Иваново, 2006. -146с. (гриф УМО)
7. Оздоровление детей и подростков в образовательных учреждениях: Учеб. пособие / Л.А. Жданова, Т.В. Русова, А.М. Ширстов, А.Г. Андреев, Е.А. Мягкова, А.В. Шишова, Е.В. Селезнева, Н.Н. Нежкина. — Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава,, 2002. - 92 с.
8. Организация и медицинский контроль физического воспитания и закаливания детей в образовательных учреждениях: учебное пособие / Л.А. Жданова, Т.В. Русова, Е.В. Селезнева, А.В. Шишова и др. – Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 2008. -86с. (гриф УМО)
9. Поликлиническая педиатрия: учебное пособие / В.И. Чернышов, А.А. Лебедев, А.А. Сависько и др.; под ред. В.И. Чернышова.— М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2004.— 334 с.
10. Профилактическая и оздоровительная работа с группой часто болеющих детей: Учеб. пособие / Л.А. Жданова, Г.Н. Нуждина, С.И. Мандров, А.В. Шишова, Л.К. Молькова, О.А. Лиманова, И.Е. Бобошко, М.Н. Салова, О.С. Рунова. Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, — 2010. — с.
11. Профилактика и коррекция нарушений адаптации детей к образовательным учреждениям. Учеб. пособие / Л.А. Жданова, Т.В.Русова, А.В.Сорокина, Е.В.Селезнева. Иваново. — 2000. — 48 с.
12. Профилактические осмотры детей: Учебное пособие для самостоятельной работы студентов/ Л.А. Жданова, А.В. Шишова, Т.В. Русова, Г.Н. Нуждина, и др. – Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 2006. -234с. (гриф УМО)
13. Российский национальный педиатрический формуляр / Под ред. А.А. Баранова.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.— 912 с.
14. Реестр (Государственный) лекарственных средств. — М.: МЗ РФ, 2008.
15. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: Справочник.— М.: АстраФармСервис, 2009.— 1760 с.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БАТ	— биологически активные точки
ВМК	— витаминно-минеральный комплекс
ДОУ	— дошкольное образовательное учреждение
ЖЕЛ	— жизненная емкость легких
КОЗ	— комплексная оценка здоровья
НПР	— нервно-психическое развитие
ОАК	— общий анализ крови
ОАМ	— общий анализ мочи
ОРВИ	— острые респираторно-вирусные инфекции

ОРЗ	— острые респираторные заболевания
ОУ	— образовательное учреждение
ПК	— прогностический коэффициент
ЦНС	— центральная нервная система

Жданова Людмила Алексеевна
Шишова Анастасия Владимировна
Нуждина Галина Николаевна
Мандров Сергей Иванович
Молькова Лилия Кавиновна
Бобошко Ирина Евгеньевна
Салова Марина Николаевна

**МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОБЛЕГЧЕНИЮ
АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ**

Редактор С.Г.Малытина

Подписано к печати Формат 60х84 1/16
Печ. л. 7,25 Усл печ.л. 6,74 Заказ Тираж 100 экз
ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
153012, г. Иваново, просп. Ф.Энгельса, 8.