

Государственное бюджетное учреждение Новосибирской области, - Центр
психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям
«ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ»



**ОРГАНИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СЕССИИ И
ОСОБЕННОСТИ СОСТАВЛЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО
СОЗДАНИЮ СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
УСЛОВИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ
ПО ОБЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ**

Методические рекомендации для специалистов ПМПК

НОВОСИБИРСК 2018



Авторы-составители:

Наталья Александровна Богданова, руководитель ЦПМПК ГБУ НСО ОЦДК
Елена Борисовна Чанова, педагог-психолог ЦПМПК ГБУ НСО ОЦДК
Светлана Юрьевна Селянина, учитель-логопед ЦПМПК ГБУ НСО ОЦДК
Лариса Георгиевна Котова, учитель-дефектолог ЦПМПК ГБУ НСО ОЦДК
Валентина Ивановна Басалаева, врач-невролог ЦПМПК ГБУ НСО ОЦДК

Редактор:

Татьяна Петровна Абакирова, заместитель директора по НМР ГБУ НСО «ОЦДК», кандидат психологических наук

В методических рекомендациях представлены психологические особенности детей с соматическими заболеваниями и особенности организации диагностической сессии в условиях ПМПК. Специалистам ПМПК будут полезны образцы заключений для различных категорий детей с хроническими соматическими заболеваниями. В приложениях содержится нормативно-правовая база и документы, регламентирующие образовательный процесс, обзор литературы по различным хроническим соматическим заболеваниям, методические разработки и памятки для родителей и педагогических работников. Методические рекомендации предназначены специалистам ПМПК. Они так же будут полезны специалистам сопровождения образовательных организаций, специалистам федеральных учреждений медико-социальной экспертизы.



СОДЕРЖАНИЕ

Пояснительная записка	5
Понятие о соматических заболеваниях	7
Психологические особенности детей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями	8
Особенности организации диагностической сессии для детей-инвалидов по общим заболеваниям в условиях ПМПК	15
Примерные рекомендации пмпк для детей-инвалидов по общим заболеваниям	23
Образцы заключений ПМПК	27
Образец № 1 для ребенка с сахарным диабетом (школа)	27
Образец № 2 для ребенка с целиакией (школа)	33
Образец № 3 для ребенка с фенилкетонурией (школа)	38
Образец заключения № 4 для ребенка с сахарным диабетом (дошкольник)	46
Список литературы	50
Литература по теме соматические заболевания:	50
Литература по теме сердечно-сосудистые заболевания:	52
Литература по теме фенилкетонурия:	54
Литература по теме эпилепсия:	57
Литература по теме онкология:	59
Словарь	62
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 Нормативные правовые документы, регламентирующие образовательный процесс:	65
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 Методы педагогической поддержки	67
ПРИЛОЖЕНИЕ 3 Методическая разработка на тему: «современные здоровьесберегающие технологии, используемые в детском саду в соответствии с ФГОС ДО»	72



ПРИЛОЖЕНИЕ 4	Виды здоровьесберегающих педагогических технологий и возможности их применения в ДОУ	85
ПРИЛОЖЕНИЕ 5	Использование здоровьесберегающих технологий на уроках математики	91
ПРИЛОЖЕНИЕ 6	Профилактические программы в сфере охраны психического здоровья детей и подростков	102
ПРИЛОЖЕНИЕ 7	Рекомендации для воспитателя, учителя, медицинского работника.....	105
ПРИЛОЖЕНИЕ 8	Алгоритм по своевременному обращению родителей к врачу-кардиологу	116
ПРИЛОЖЕНИЕ 9	Признаки проблем с сердцем у ребенка	118
ПРИЛОЖЕНИЕ 10	«Предупреждение сердечно-сосудистых заболеваний».....	120
ПРИЛОЖЕНИЕ 11	Что необходимо знать о бронхиальной астме педагогам, родителям	122
ПРИЛОЖЕНИЕ 12	Дети с фенилкетонурией	138
ПРИЛОЖЕНИЕ 13	Дети с гемофилией.....	169
ПРИЛОЖЕНИЕ 14	Дети с сахарным диабетом	174
ПРИЛОЖЕНИЕ 15	Дети, страдающие онкологией	181
ПРИЛОЖЕНИЕ 16	Дети с эпилепсией.....	187
ПРИЛОЖЕНИЕ 17	Детские травмы	226



ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Ратификация Конвенции о правах инвалидов и последующие нормативные акты Правительства РФ способствовали развитию системы реабилитации в стране, в том числе в сфере образования.

Ежегодно на территории Новосибирской области первично устанавливается инвалидность 1200-1400 детям от 0 до 18 лет. Дети-инвалиды по психическим расстройствам, сенсорным нарушениям, болезням костно-мышечной системы, с врожденными аномалиями и пороками развития по результатам обследования ПМПК признаются обучающимися с ограниченными возможностями здоровья. Для этой категории детей разрабатываются специальные образовательные условия в соответствии с потребностями обучающегося и Федеральными государственными образовательными стандартами, способствующие успешному освоению образовательной программы.

В то же время до 19% детей инвалидность устанавливается по соматическим заболеваниям. Эти дети могут успешно обучаться без организации коррекционных занятий, использования специальных учебников и технических средств, без помощи тьютора и ассистента, т.е. специальных образовательных условий. Нуждаются ли они в дополнительной помощи со стороны образования?

Многие из детей-инвалидов с самого рождения имеют длительный опыт эмоциональной травматизации. У них имеются разнообразные по степени тяжести эмоциональные нарушения, связанные с переживанием страха, тревоги, физической боли, что негативно сказывается на их поведении. Такое состояние может длиться годами и настолько затрудняет жизнедеятельность ребёнка, что значительно ограничивает возможности общения, снижает активность деятельности, патологически влияет на формирование личности. Болезненные переживания, связанные с частым и длительным пребыванием в больнице, обуславливают негативное отношение к окружающему миру. «Особым» воспитанникам, независимо от вида и сложности дефекта, часто свойственны трудности мотивационной и эмоционально-волевой сфер.

Другим важным аспектом служит повышенная утомляемость детей-инвалидов, которая может проявляться не постоянно, только в периоды ухудшения состояния, но способствует увеличению времени на прохождение ими некоторых тематических разделов образовательной программы, а также снижает степень усвоения пройденного материала.



Таким образом, ситуационная педагогическая поддержка, психологическая помощь по формированию позитивного отношения к миру для таких детей, а так же учет особых жизненных потребностей не связанных с системой образования носит реабилитационный характер и должен отражаться в рекомендациях ПМПК.

Методические рекомендации предназначены для специалистов ПМПК. Они так же будут полезны специалистам сопровождения образовательных организаций, специалистам федеральных учреждений медико-социальной экспертизы.



ПОНЯТИЕ О СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Соматические заболевания являются второй по значимости (после органических повреждений головного мозга) причиной, вызывающей нарушения психофизического здоровья детей и затрудняющей их личностно-социальное развитие и успешное обучение.

В современной зарубежной психологии существует даже специальное направление "педиатрическая психология" ("PediatricPsychology"), целью которого является разработка научных и практических аспектов психологического сопровождения детей и подростков с различными соматическими заболеваниями.

Исследования как отечественных (В.В.Николаева, Е.Н.Соколова, А.Г.Арина, В.Е.Каган, Р.А. Даирова, С.Н. Ратникова), так и зарубежных исследователей (В. Александер, М.Шура, А. Митчерлиха и др.) показывают, что тяжелое соматическое заболевание создает особую дефицитарную ситуацию развития. Даже не осознавая сути заболевания, ее последствий, ребенок попадает в ситуацию выраженных ограничений на активность, самостоятельность, способы самореализации, что задерживает его познавательное и личностно-социальное развитие. Такие дети в зависимости от уровня психосоциального развития могут оказаться как в системе специального образования (в группах и классах для детей с задержкой психического развития), так и включенными в единый образовательный процесс со здоровыми детьми.

Итак, понятие "соматический" относится к явлениям и болезням, связанным с телом

Соматическое заболевание (от др.-греч. σῶμα — тело) — телесное заболевание, в противоположность психическому заболеванию.

В данную группу заболеваний входят болезни, вызываемые внешними воздействиями или же внутренними нарушением работы органов и систем, не связанные с психической деятельностью человека.

К соматическим заболеваниям относятся:

Заболевания сердца и сосудов

Заболевания дыхательной системы

Поражения печени и почек, ряд поражений желудочно-кишечного тракта

Травмы, ожоги и ранения

Наследственные генетические заболевания

Органические поражения нервной системы

Инфекции и спровоцированные ими поражения внутренних органов

Паразитарные инвазии

Эндокринные заболевания



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Здоровые и крепкие дети чаще спокойны, жизнерадостны, легче приспосабливаются к яслям и детскому саду, школе, чем слабые. Это естественно. Крепкий и здоровый реже испытывает неприятные, болезненные ощущения, реже болеет, а значит, и более приспособлен к трудностям, более уверен в себе. Такого ребенка и воспитывают спокойно, поскольку его физическое состояние не вызывает опасений. Он самостоятелен, уважаем сверстниками, часто - лидер.

У физически слабого, болезненного все по-иному. Слабость, болезненность угнетающе воздействуют как на ребенка, так и на его родителей. Ребенок испытывает болезненные ощущения, чувство психофизического дискомфорта. Слабый ребенок переносит одно простудное заболевание за другим. Он не успевает окрепнуть, как заболевает вновь. Родители нервничают, и их состояние и тревога передаются ребенку. Его раздражает сама необходимость лечения. То он у врача, то врач у него. Лекарства, процедуры, ребенок не понимает происходящего. Для него все это - стресс, насилие, страх, беда. Он вздрагивает, когда звонят в дверь, и прячется под стол, но его вытаскивают и вновь смотрят горло. Это само по себе превращается в психическую травматизацию. Такой ребенок становится плаксивым, капризным, возбудимым, раздражительным.

Соматически ослабленные дети, процесс и результаты их социализации наряду с общими имеют особые, специфические, характерные черты и рожденные ими проблемы.

Подрастая и оставаясь слабым и болезненным, ребенок мало общается со сверстниками, поскольку те его не принимают: он портит игру. Он сам избегает сверстников, испытывая страх перед сильным и боясь осрамиться. Бывает, что он, напротив, стремится в их среду, но делает это конфликтно или играя роль шута. То и другое деформирует складывающуюся личность. Слабый, болезненный испытывает чувство бессилия, что психологически противоестественно для ребенка. *Детство - это жизнерадостность и бьющая через край энергия.* А больной ребенок, как человек, чувствующий себя постаревшим. Он не способен перетерпеть, смириться со своей слабостью. Это серьезный кризис для него. И слабый редко бывает уверенным в себе, чаще идет по пути к неврозу.



Физически слабому, болезненному ребенку грозит и тревожно-мнительное воспитание. Ребенок со временем окрепнет, а последствия тревожного отношения родителей к слабости или болезненности останутся на всю жизнь.

Психическое состояние ребенка, страдающего хроническим или инфекционным заболеванием, или затрудняет его излечение от этих болезней, или способствует исцелению. Тут уместно вспомнить древнюю мудрость: "Или врач и больной против болезни, или больной и болезнь против врача". Начиная жить не должен смиряться с болезнью. Для ребенка и подростка болезнь противоестественна, и настраивать их следует однозначно - к исцелению.

Заслуживает внимания и детская нервность или трудность, связанная с периодом реконвалесценции - состоянием после перенесенного заболевания. После любой болезни ребенок на определенное время декомпенсирован. Грипп, острые простудные заболевания, инфекции проходят не так быстро, как думают некоторые родители. Болея, ребенок теряет витаминный запас, что приводит к кровотечениям из носа, кровоточивости десен, шелушению кожи, появлению гнойничков, замедленному заживлению ссадин, "заедам" в углах рта, конъюнктивитам, резям в глазах, зуду и многому другому, но более всего к чувству слабости, утомляемости.

Болезнь всегда сопровождается вегетативной дистонией, часто с гипотонией, интоксикацией нервной системы и других систем организма. Реконвалесценция длится неделями и месяцами. Ребенок становится нервным, ранимым, обидчивым, быстро устает. Нередко отклоняющееся поведение ребенка, возникновение нервности, раздражительности, плаксивости, капризности начинается именно в этот период, после соматического или инфекционного заболевания.

Ослабленный ребенок требователен, часто не знает, чего он хочет, и своим поведением раздражает взрослых, сверстников, создавая конфликтные ситуации из ничего. Он особенно чувствителен к конфликту, неспособен его адекватно изжить, склонен к его раздуванию. Он острее воспринимает несправедливость со стороны близких: даже их обычные замечания и требования выводят его из себя, вызывают психотравмирующие переживания. Он кричит, плачет, двигательнo не упорядочен и тогда, когда причина инцидента уже забыта. Надолго выйдя из колен, соматически ослабленный ребенок не может успокоиться и, продолжая во сне переживать случившееся, мечется, просыпается ночью с криком. Аппетит у ребенка исчезает. Такой ребенок - легкая добыча нового вируса. Астеническое состояние



усиливается, усиливаются и ранимость, конфликтность. Ребенок попадает в некий порочный круг, выход из которого без специальной помощи труден.

Дети-инвалиды с тяжёлыми соматическими заболеваниями имеют свои психофизические особенности:

Трудности в освоении образовательной программы из-за пропусков учебных дней.

Особенности протекания психических процессов, обусловленные приемом медицинских препаратов.

Астенический синдром (повышенная утомляемость, раздражительность и неустойчивое настроение, сочетающееся с вегетативными симптомами и нарушением сна, метеозависимость). Астения может быть физической или психической. При соматических заболеваниях у детей наиболее часто наблюдается смешанная физическая и психическая астения, обычно с преобладанием последней.

Депрессивные синдромы (могут скрываться за детскими капризами, соматическими, поведенческими, и кратковременными интеллектуальными нарушениями).

Психоорганический синдром (снижение памяти и интеллектуальной продуктивности, инертность психических процессов, особенно интеллектуальных, трудность переключения активного внимания и его узор; разнообразные аффективные нарушения).

Психогенные патологические формирования личности: патохарактерологическое развитие личности (истероидный - “кумир семьи” и неустойчивый варианты “оранжерейное воспитание”) и дефицитарный тип патологического формирования личности, как реакции личности на осознание дефекта, физической неполноценности, социальная изоляция (изоляция от сверстников) (формируется у детей с хроническими инвалидизирующими заболеваниями (пороки сердца, хронические пневмонии, тяжелые формы бронхиальной астмы, онкологические заболевания и др.).

Дети, страдающие разными видами хронических соматических заболеваний, проявляют своеобразие в *личностном развитии*.

Наличие соматического заболевания у ребенка создает своеобразную социальную ситуацию развития. Формирование внутренней картины болезни специфично для конкретного заболевания.



При формировании внутренней картины болезни отмечаются определенные *сензитивные периоды осознания заболевания*, имеющие различную возрастную отнесенность при различных заболеваниях. Эти периоды совпадают с кризисом осознания болезни, а у детей сопровождаются различного рода трудностями в личностном развитии.

В процессе формирования внутренней картины здоровья у детей без соматической патологии отмечается общая тенденция: чем старше дети, тем чаще они отмечают значимость психологического состояния человека в сохранении здоровья.

В психологических исследованиях разных авторов (Николаева В. В., 1987; Соколова Е. Т., 1995; Горячева Т. Г., 1995; Коваленко Н. А., 1998 и др.) показано, что наличие соматических расстройств изменяет нормальный ход личностного развития ребенка. Изучены психологические особенности детей и взрослых с такими заболеваниями, как диабет (Гнедова С. В., 1999), заболевания легких (Орлова М. М., 1982), гипертония и язвенная болезнь желудка (Калитеевская Е. Р., 1986), сердечно-сосудистые заболевания (Никольская М. З., 1986), хроническая почечная недостаточность (Муладжанова Т. Н., 1983) и другие.

Д.Н. Исаев (1993) отмечал, что представления ребенка об окружающем мире и, в частности, о болезни отражают мировоззрение родителей. В еще большей мере это относится к чувствам. Переживания родителей чаще всего вызывают у больных детей аналогичные чувства, которые ложатся в основу внутренней картины болезни.

Заболевание ребенка в подавляющем большинстве случаев переживается семьей как исключительное событие. В такой ситуации ребенок оберегается от реальных и выдуманных опасностей и трудностей. В этих случаях изнеживающее эгоистическое воспитание сочетается с избыточной озабоченностью и опасениями относительно будущего ребенка. Нередко, лишая ребенка активности и инициативы, родители усугубляют его незащищенность, неприспособленность к реальной жизни, хотя при этом крайне тревожатся о его благополучии.

На ситуацию, складывающуюся вокруг больного ребенка, влияют отношения родителей с медицинским персоналом. Уважение к знаниям лечащего врача и доверие ко всем его назначениям делают мать не только незаменимым сотрудником в лечебном процессе, но и создают атмосферу надежды, веру в скорый благополучный исход болезни.



Р.А. Лурия (1944) предложил рассматривать внешнюю и внутреннюю картину болезни.

Под внешней картиной болезни Р.А. Лурия понимал все то, что можно исследовать объективными методами медицинской диагностики.

Внутренняя картина болезни – «все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений ... его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах ... - весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм». Р. А. Лурия различал сензитивную и интеллектуальную части внутренней картины болезни.

Формирование внутренней картины болезни у детей отличается от таковой у взрослых тем больше, чем младше ребенок. Внутренняя картина болезни в зависимости от содержания может быть фактором и положительным, и отрицательным. Она влияет на проявления и течение заболевания, на отношения в семье, на успеваемость, оказываясь причиной душевных конфликтов, иногда приводящих к невротическим наслоениям.

Внутренняя картина болезни считается лишь частным случаем внутренней картины здоровья (В. Е. Каган, 1986). Без знаний о том, как относится ребенок к своему здоровью, то есть без понимания его внутренней картины здоровья невозможно понять внутреннюю картину болезни. Внутренняя картина здоровья по существу – составная часть самосознания. Оно же под влиянием интеро- и экстерорецепторов формирует представление о физическом состоянии, которое сопровождается своеобразным эмоциональным фоном. Представление о своем соматическом состоянии отражается в различных формах отношения человека к своему здоровью. В одних случаях – это пренебрежение, в других – повышенное внимание, в третьих – адекватное к нему отношение (А.В. Квасенко, Ю. Г. Зубарев, 1980).

Для ребенка здоровье приобретает смысл тогда, когда он начинает понимать его значение для эффективного выполнения той или иной деятельности в игре или учебе. В создании внутренней картины здоровья принимает участие вся личность в целом. Чем сложнее психическая жизнь, многообразнее мотивы деятельности, тем большее значение для ребенка имеет его физическое состояние.



Для успешной психопрофилактики личностных отклонений, межличностных отношений со сверстниками и родителями, а также создания адекватной внутренней картины болезни необходимо своевременное вмешательство психолога (консультация родителей и медицинских работников, индивидуальные и групповые занятия с детьми, профориентация подростков).

На основании Приложения №2 Минздрава России (2003) - «Алгоритм определения групп здоровья у детей в возрасте от 3 до 17 лет включительно (по результатам профилактических медицинских осмотров)» дети могут быть отнесены к следующим группам здоровья:

I группа здоровья: здоровые дети с нормальным физическим и психическим развитием, без анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений.

II группа здоровья: дети, у которых нет хронических заболеваний, но присутствуют некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения; реконвалесценты после перенесенных тяжелых и среднетяжелых инфекционных болезней; дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития); дети с дефицитом массы тела или с избыточной массой тела; дети, часто болеющие острыми респираторными заболеваниями; дети с легкими физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций.

III группа здоровья: дети с хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, не ограничивающими возможности обучения или труда ребенка, в том числе в подростковом возрасте.

IV группа здоровья: дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсацией функциональных возможностей; с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограниченными функциональными возможностями; дети с высокой вероятностью осложнений основного заболевания; дети, у которых основное заболевание требует поддерживающей терапии; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной



компенсацией соответствующих функций, что в определенной мере ограничивает возможность обучения или труда ребенка.

V группа здоровья: дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети-инвалиды; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда. Большое медико-социальное значение имеет выделение II группы здоровья, так как функциональные возможности детей и подростков, отнесенных к этой группе, еще не снижены, но у них, как правило, существует высокий риск формирования хронической патологии. Дети этой группы часто нуждаются в проведении определенных оздоровительных и коррекционных мероприятий и врачебном наблюдении. Контроль за состоянием их здоровья осуществляется при профилактических осмотрах, в промежутках между осмотрами оценку динамики состояния делает педиатр, работающий в образовательном учреждении, а при его отсутствии - участковый педиатр с учетом результатов ежегодного доврачебного скрининг-тестирования в образовательных учреждениях. При выявлении признаков усиления функциональных расстройств педиатр самостоятельно проводит лечебно-коррекционные мероприятия или направляет на обследование к врачам-специалистам.



ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СЕССИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ПО ОБЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ В УСЛОВИЯХ ПМПК

Организация диагностической сессии для детей-инвалидов по соматическим заболеваниям, успешно осваивающих общеобразовательную программу, должна учитывать:

физическое состояние здоровья ребенка, которое зависит от степени, тяжести заболевания (педагогам необходимо знать проявления заболевания);

психологическое состояние;

особенности поведения;

получает ли ребенок медикаментозное лечение, как препараты могут влиять на состояние ребенка (данные необходимо уточнить у родителей/представителей интересов ребенка, медицинского персонала, медицинскому персоналу необходимо ознакомиться с дубликатом выписки из истории болезни);

какой необходим двигательный, общий режим, режим питания для поддержания хорошего самочувствия ребенка;

обязательно учитывать рекомендации ЦПМПК

На наш взгляд, целесообразно больше времени уделить диагностике эмоциональных, личностных особенностей обучающегося; сформированности коммуникативных навыков; познавательных предпочтений, как основе профессиональной ориентации; темповым характеристикам психических процессов.

С особой тщательностью необходимо изучить медицинские документы с точки зрения возможных ограничений или особенностей организации режима ребенка.

Все рекомендации врача отражаются в заключении ПМПК в разделе «создание охранительного режима».

Педагог-психолог организует диагностику эмоциональных, личностных особенностей, коммуникативных навыков, проводит первичную профдиагностику.

Психологу важно знать те особенности социальной ситуации развития ребенка, которые создают конкретное заболевание. Также ему важно знать особенности личностных нарушений, которые присущи людям с данным заболеванием.



Прежде чем приступить к обследованию, психолог должен ознакомиться с уже имеющимися заключениями специалистов о состоянии ребенка (педагогическим, логопедическим и медицинским). Следует обратить особое внимание на описание поведения ребенка как на уроке (в группе), так и после, характеристику его работоспособности, его отношения со сверстниками, педагогами, воспитателями и родителями. По возможности выяснить у педагога (воспитателя) или родителей дополнительную информацию о семье и специфике внутрисемейных отношений, собрать дополнительные данные об особенностях раннего развития.

В зависимости от жалоб со стороны близких ребенка, его воспитателей или педагогов, анамнестических данных, особенностей развития ребенка, в том числе выявленных другими специалистами, рисунка поведения ребенка строится основная гипотеза его психологического обследования.

В соответствии с этой гипотезой психолог предварительно определяет необходимый диагностический инструментарий. В дальнейшем, в зависимости от результатов выполнения тех или иных диагностических процедур, гипотеза проведения обследования может изменяться, точно так же будет меняться и подбор методик и тестов.

Обследование проводится в привычной для ребенка деятельности, учитывая возрастные особенности. Требования к возрастному диагнозу дополняются необходимостью исследования «зоны ближайшего развития».

Особое внимание уделяется анализу результатов деятельности (тетради, рисунки, творческие работы). Результаты деятельности ребенка, например, рисунки, поделки, постройки, дают возможность судить об уровне развития разных видов детской деятельности, характеризуют уровень развития психических процессов (внимания, памяти, восприятия, мышления). Результаты продуктивной деятельности ребенка могут являться диагностическим материалом для выявления некоторых личностных качеств

При обследовании особенностей психического развития анализируются:

Особенности поведения ребенка в процессе обследования. Описывается специфика поведения, принятие ситуации, контактность, ориентированность в выполнении заданий, элементы критичности, адекватность. Отмечается темп выполнения заданий, утомляемость, мотивация;



Характер деятельности. Оценивается возможность целенаправленной деятельности, сосредоточение, импульсивность (инертность), адекватность реакций на неуспех (похвалу);

Особенности внимания (устойчивость, концентрация, распределяемость, переключаемость, отвлечения и колебания внимания, рассеянность и его причины, встраиваемость);

Особенности работоспособности. Отмечаются колебания работоспособности, время продуктивной отдачи, отмечаются субъективные и объективные признаки проявления усталости, изменения эмоционального фона;

Особенности памяти (особенности запоминания (темп, объем), особенности сохранения информации (прочность, длительность), особенности воспроизведения информации (полнота, точность, последовательность), вид (зрительная, слуховая, моторная, смешанная), уровень (механический, смысловой, логический), нарушения;

Особенности восприятия (цвет, форма, величина), определение ведущего вида (зрительное, слуховое, тактильное). Определяется возможность целостности восприятия объектов, в том числе сюжетных картин, графических стимулов, недорисованных предметов и т.д.;

Особенности мышления (протекание мыслительного процесса, состояние темпа, активности, последовательности, критичности суждений, установление причинно-следственных зависимостей и функциональных связей, затруднения в протекании мыслительных операций (анализ, синтез, аналогии, сравнения, абстракции, обобщения, классификации), уровень развития (конкретное, ситуативно-конкретное, категориальное и т.д.), состояние видов мыслительной деятельности (наглядно-действенное, наглядно-образное, понятийное, творческое, репродуктивное), особенности усвоения понятий (дифференцированность, подмена понятий, выделение существенных признаков, формирование определений, затруднения в построении выводов, обобщений, умозаключений;

Особенности развития графической деятельности. Оценивается в соответствии с возрастными этапами развития рисунка, степень овладения основными формами, цветовая гамма, взаиморасположение, величина, а также наличие зачеркиваний, зарисовываний, стираний.



При обследовании личностных особенностей обращается внимание:

На особенности чувств, эмоций, воли (протекание эмоционального процесса, нарушение эмоций, склонность к аффективным вспышкам, нарушения высших чувств, протекание волевого процесса, соотношение эмоций и воли, нарушения в развитии воли (упрямство, легкая внушаемость, податливость, капризы, негативизм, импульсивность);

Особенности личности и поведения (интересы, потребности, идеалы, убеждения, позиция личности, характер взаимоотношений, характерологические особенности, темперамент, нарушения в поведении и характере (завышенный уровень притязаний, замкнутость, аутизм, самолюбие, обидчивость, эгоизм), деятельность (ведущий вид, мотивы, развитие потенциальных возможностей).

Рекомендуется использовать следующие методики:

Для обследования состояний тревожности:

Тест ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина;

Опросник депрессивности Бека;

Шкала личностной тревоги Тейлора;

Проективный тест тревожности (М. Дорки, В. Амэн, Р. Тэммл)

Методика «Опросник тревожности» Адаптация Зелинского С.М. и Когана В.Е.

Для обследования состояния агрессии:

Тест "Руки" Вагнера (HAND)

"Контурный С.А.Т.-Н"

Опросник Баса-Дарки;

Для обследования самооценки:

Самооценка школьника (Т. Дембо, С.Я. Рубинштейн, модификация А.М. Прихожан);

Методики для оценки межличностных отношений:

(СОМОР) (М.М. Н.Я. Семаго);

Цветовой тест отношений (А.М. Эткинд)

Методики по профориентации:

Определение профессионального типа личности Дж. Голланда»

Опросник профессиональных склонностей Л. Йовайши (в модификации Г. В. Резапкиной)

Методика карты интересов А. Голомшток в модификации Г. Резапкиной

Процедура обследования ребенка на ПМПК осуществляется с использованием диагностических пакетов, рекомендованных



инструктивным письмом МОНиП НСО от 19.01.2016 г. № 31—03/25.

В диссертации Куртановой Ю.Е. *«Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями»* (диссертация на соискание ученой степени к.п.н./Московский городской психолого-педагогический университет –М.2004) обозначены, рассмотрены личностные особенности детей-инвалидов как с часто встречающейся, так и с редкой соматической патологией. Введено понятие «кризиса осознания болезни», появление которого означает начало сензитивного периода в становлении внутренней картины болезни. Выявленные во время исследования особенности личностных характеристик детей с хроническими соматическими заболеваниями позволяют *разработать систему психологической реабилитации и психологической коррекции в зависимости от типа заболевания*. Сформулированные в данной работе *принципы* профилактической и психокоррекционной работы с детьми-инвалидами стали основой осуществления мероприятий по оказанию психологической помощи специалистами, работающими в Российском Реабилитационном Центре «Детство». Предлагаемая система методов может успешно применяться при психодиагностике здоровых детей и страдающих соматическими заболеваниями.

При психопрофилактической работе с больными детьми важно учитывать возрастные пределы кризиса осознания болезни, присущего больным с конкретным заболеванием. Это необходимо для того, чтобы своевременно начать проводить профилактические мероприятия в целях формирования адекватного отношения к своему заболеванию. При коррекционной работе с больными детьми в подростковом возрасте необходимо иметь в виду значимость профессиональной ориентации. Профориентация должна проводиться с учетом, как интересов подростка, так и тех ограничений, которые накладывает его заболевание. После подобной психологической работы ребенок должен не только выбрать подходящую профессию, но и увидеть для себя реальное будущее полноценного человека, не зависящего от опеки окружающих.

Учитель-логопед проводит диагностику состояния речи детей и подростков, определяет уровень развития языковых средств и характер речевой деятельности, особенности коммуникативной функции речи; определяет основные направления коррекционной/профилактической работы. Логопед использует разнообразные методы логопедического



обследования, такие как: беседа, эксперимент, наблюдение, практические, словесные и др. методы обследования. Для логопедического обследования используются базовые методики Г. В. Чиркиной, Т.Б. Филичевой, Р.И. Лалаевой, И.Ю. Левченко и др. авторов, а также пакеты диагностических методик, разработанных Московским городским психолого-педагогическим университетом для проведения комплексной диагностики в условиях ПМПК на основании инструктивного письма МОНИИП НСО от 19.01.2016 г. № 31—03/25 (ссылка на сайт http://concord.websib.ru/?page_id=13666).

Учитель-дефектолог

Основная задача учителя-дефектолога на ПМПК - определить общую осведомленность, обученность и, соответственно, обучаемость ребенка. Будучи ограниченным во времени, учитель-дефектолог может предлагать ребёнку задания не из всего арсенала диагностических материалов, а только те, которые могут подтвердить возникшие предположения, конкретизируя и уточняя их, а также, анализируя результаты обследования ребенка другими специалистами для решения собственных задач.

Учитель-дефектолог обращает внимание на соответствие возрасту внешнего вида ребенка, на характер его взаимодействия с людьми и предметами, на адекватность поведения во время нахождения ребенка в ПМПК и, естественно, на включение ребёнка в ситуацию собственного обследования, целенаправленность его деятельности во время решения учебно-познавательных задач.

В процессе предъявления собственных заданий учитель-дефектолог выявляет, как ребёнок принимает их, как выполняет, необходима ли помощь, каков ее характер и объём. Анализируется сформированность представлений об окружающем мире и о себе, уровень развития пространственной ориентации (восприятия), зрительно-моторной координации, графической деятельности, общей и мелкой моторики, речи.

Обучаемость определяется по способности ребёнка усвоить алгоритм деятельности и перенести его на аналогичное задание (при обязательном условии отсутствия опыта выполнения подобных заданий).

Фактически подавляющее большинство методик, используемых при психолого - педагогическом обследовании дошкольников (комплексы Е.А. Стребелевой, И.А. Коробейникова и др.) построены как обучающие, однако комплексы эти объёмны и при ограничениях



времени нахождения ребенка в ПМПК не всегда могут быть реализованы полностью. Кроме того, использование психологических методик, входящих в указанные комплексы, является все же прерогативой педагога - психолога. Поэтому учитель-дефектолог обычно пользуется отдельными приемами, позволяющими оценить обучаемость. К числу таких приемов относится постепенное снижение уровня сложности задания, которое вначале предлагается решить в мыслительном плане, затем с опорой на образные процессы и в последнюю очередь - на уровне конкретных действий. Так, например, предложив младшему школьнику задачу «в два действия» устно, ее затем иллюстрируют схемой и лишить затем начинают разбирать «пошагово», подкрепляя при необходимости свои рассуждения действиями со счетным материалом; попросив определить количество слогов в слове на слух, 39 задание упрощают предъявлением карточки с напечатанным анализируемым словом, а в последнюю очередь предлагается подобрать нужные слоги из кассы слогов и сложить слово.

Обученность у дошкольников определяется соответствием знаний, умений, навыков и представлений, которыми владеет ребенок, уровнем развития игровой и продуктивной деятельности возрастным показателям. Такие нормативы заложены в программах воспитания и обучения детей дошкольного возраста в соответствии с новым ФГОС, например «От рождения до школы» Н.Е. Веракса, Т.С. Комарова, М.А. Васильева, 2014. При подозрении на наличие интеллектуальных нарушений следует ориентироваться на критерии, заложенные в программу «Коррекционно-развивающее обучение и воспитание» Е.А. Екжановой, Е.А. Стребелевой.

Социальный педагог

Социальный педагог изучает условия жизни обучающихся, пришедших в Комиссию, их микросреды. С этой целью он беседует с родителями, выясняя дату рождения, социальный статус (образование, профессия, занимаемая должность, жилищные условия, уровень доходов). Для более полной характеристики социально-экономического статуса семьи уточняется ее состав (полная/неполная, приемная, благополучная/неблагополучная и пр.). Социального педагога интересует также динамика семьи: форма брака (законный/гражданский), разводы, смерти членов семьи, рождение детей, проживание с неродными родителями и сводными братьями/сестрами. Сведения собираются также о всех лицах,



проживающих вместе с ребенком. Социальный педагог в беседе с родителем может заполнить опросник «Оценка негативных факторов семейной социализации». Заполнение подобного опросника целесообразно в случае подозрения на преимущественно социально-средовой генез неблагополучия, выявляемого у ребенка. Подробно характеризуются бытовые условия жизни ребенка (питание, одежда, наличие индивидуального места для сна, наличие условий для учебных или игровых занятий и т.п.). Социальный педагог фиксирует наличие влияния депривационных условий. К последним относится не только биологическое или социальное сиротство, но и проживание ребенка в аномальной психосоциальной ситуации, например, с родителем, страдающим психическим расстройством. Существенное значение имеет подозрение на жестокое отношение к ребенку. Последнее может проявляться в разных формах: отвержение, унижение, терроризирование, изоляция, игнорирование. Родители, склонные к жестокому обращению с ребенком, обычно активно отрицают факты использования наказаний. Известно, что продолжительное пребывание в подобных психотравмирующих условиях способно вызвать вторичное нарушение не только в эмоционально волевой, но и в когнитивной сфере. Социальный педагог может на основании педагогической характеристики и успешности беседы с родителями (педагогами) оценить социопсихологическую адаптированность обследуемых.

Врач

Проводит сбор и анализ данных объективного анамнеза, жалоб со стороны родителей /представителей интересов ребенка/ сопровождающих взрослых. Проводит клиническое обследование: соматическое / неврологическое / психическое – выявляет происхождение, патогенез, структуру нарушений состояния и отклонений в развитии. Устанавливает клинический диагноз (в соответствии с МКБ -10). Коллективно со всеми специалистами ПМПК формулирует коллегиальное заключение с содержащимися в нем рекомендациями по обеспечению необходимой психолого-педагогической и медико-социальной помощи ребенку с соматическими заболеваниями.



ПРИМЕРНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПМПК ДЛЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ПО ОБЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

Часто дети-инвалиды могут не испытывать трудностей в освоении общеобразовательной программы, в то же время они нуждаются в помощи со стороны педагогов и специалистов образовательной организации в вопросах поддержания и сохранения здоровья, коррекции имеющихся нарушений, развития потенциальных возможностей и творческих задатков.

Задачи реабилитации детей-инвалидов:

Основная задача реабилитационных мероприятий — сохранение и укрепление имеющегося здоровья и формирование здорового образа жизни.

В заключение ПМПК могут быть внесены следующие блоки рекомендаций:

Создание условий для сохранения и укрепления здоровья:

Внедрение здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс.

Организация и проведение мероприятий, направленных на сохранение, профилактику здоровья и формирование навыков здорового и безопасного образа жизни. Реализация профилактических образовательных программ.

Создание охранительного педагогического режима:

Обеспечение здоровьесберегающих условий (укрепление физического и психического здоровья).

Создание климата психологического комфорта (доброжелательность, педагогический такт при оценивании, поощрение дружелюбия к ребенку со стороны детей и т.д.).

Предупреждение психофизических перегрузок, эмоциональных срывов (смена видов деятельности, творческие задания, красочный иллюстративный материал, занимательная форма изложения учебного материала и т.д.).

Введение достаточной продолжительности перемен: не менее 10 минут между уроками и 20 минут после третьего урока, проведение динамического часа.

Специфические охранительные условия (обеспечить возможность пользоваться медицинским кабинетом; обеспечить возможность



беспрепятственного выхода из класса для осуществления необходимых медицинских мероприятий.

Соблюдение норм СанПиНа 2.4.4.3048-13 (для ДОО); норм СанПиНа 2.4.2.2821 - 10 (температурный, световой режимы; соответствие мебели росту).

Организация бесплатного двухразового питания в соответствии с п. 7 ст. 79 Закона РФ «Об образовании в РФ».

Психологическое сопровождение детей-инвалидов является одним из основных и главных вопросов реабилитации в системе образования. Психолого-педагогическое сопровождение должно быть подчинено основному требованию - коррекции, ослабление дефектов развития ребенка, а также развитие личности ребенка-инвалида в целом.

В заключение ПМПК могут быть внесены следующие блоки рекомендаций:

Психолого-педагогическое сопровождение обучающегося:

Обучение по индивидуальному учебному плану.

Организация консультаций педагогов по тематическим разделам образовательных программ, вызывающих затруднение у обучающегося.

Психологическое сопровождение (индивидуальные и (или) групповые коррекционные занятия по проблемам личностного развития и (или) межличностных отношений).

Профориентационная работа.

Использовать методы педагогической поддержки.

Консультативно-просветительская работа с педагогическим коллективом:

Консультации специалистов (медицинского работника, психолога, валеолога) по вопросам индивидуальных жизненных потребностей, обусловленных состоянием здоровья обучающегося; обучение приёмам поведения в ситуации, требующей экстренной помощи.

Обучение педагогов приемам снятия нервно-психического напряжения у обучающихся во время динамических пауз.

Важным фактором реабилитации является полноценная адаптация ребенка в группе сверстников. Для этого необходимо формировать коммуникативную активность, умения самопрезентации. Применительно к ребёнку-инвалиду его социальная активность может достаточно полно выражаться в творческой деятельности. Творчество есть благодатная почва для самореализации, самостоятельности, активности, уверенности в собственных силах, адекватной самооценки больного ребёнка.



В заключение ПМПК могут быть внесены следующие блоки рекомендаций:

Формирование социальной адаптации методами искусства:

музыкотерапия,
куклотерапия,
сказкотерапия,
фольклор.

Формирование социальной активности методом привлечения к совместной деятельности:

Художественное направление (организовать участие ребенка в концертах, выставках, конкурсах творческих работ и проектов).

Досуговое направление (привлекать к прогулкам, совместным поездкам, спортивным мероприятиям, объединениям дополнительного образования, посещению секций, кружков).

Общественное направление (привлекать к изготовлению подарков, сувениров, помощи ветеранам, нуждающимся, общественным акциям и т.п.).

Трудовое направление (организовать участие в трудовых десантах и летних трудовых отрядах, в рамках которых осуществляются экологические субботники, озеленение и благоустройство территории и т.п.).

Спортивное направление (организовать участие в спортивных праздниках и соревнованиях, посещение спортивных секций).

Мероприятия по формированию положительного имиджа и статуса ребенка в коллективе:

Проектировать педагогические ситуации, позволяющие ребенку проявить себя с лучшей/творческой стороны.

Проектировать поручения для ребенка социально значимые поручения.

Включать ребенка в парную работу с лидером коллектива.

Организация персональных выставок творческих работ, социально значимых достижений.

Не менее важная целенаправленная работа педагогов с социальной средой ребенка-инвалида по формированию инклюзивной культуры и практики.

Работа с детским коллективом и родительским сообществом:

Поощрение доброжелательного отношения сверстников к ребенку; включение в план воспитательной работы просмотр спектаклей, чтение произведений нравственного содержания с последующим



обсуждением; создание педагогических ситуаций, направленных на формирование практики взаимопомощи и т.д.

Консультирование родителей по вопросам инклюзивного образования, выбора стратегии воспитания, психолого-физиологическим особенностям детей.

Включение родителей ребенка-инвалида в родительские группы по подготовке внеклассных, досуговых мероприятий.

Активное сотрудничество с родителями детей-инвалидов позволяющее понять сущность имеющихся у ребенка нарушений, осознать сильные и слабые стороны ребенка и научиться оказывать ему помощь — важное направление деятельности специалистов системы образования.

Работа с родителями обучающегося

Коррекция неконструктивных форм поведения матери (агрессивность, необъективная оценка поведения ребенка, стремление уйти от трудностей) и формирование продуктивных форм взаимоотношений.

Формирование понимания матерью проблем ее ребенка и способов оказания ему помощи.

Постепенное исключение гиперболизации проблем ребенка, представления о бесперспективности развития ребенка.

Коррекция детско-родительских отношений.



ОБРАЗЦЫ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ПМПК

Образец № 1 для ребенка с сахарным диабетом (школа)

По результатам комплексного психолого-медико-педагогического обследования установлено: Дефицитарность иных функциональных систем; Психологическое развитие соответствует условно-возрастной норме; Речевое развитие соответствует условно-возрастной норме. Общеобразовательную программу НОО усваивает. Уровень обучаемости достаточный. Особые образовательные потребности, обусловленные основным заболеванием.

Обучающийся с ограниченными возможностями здоровья нуждается в создании специальных образовательных условий.

Обучение в образовательной организации по образовательной программе начального общего образования *по индивидуальному учебному плану* с 2017-18 уч.г.

Наиболее эффективна очная форма обучения.

Заключение действительно на период обучения по программе начального общего образования.

Повторный осмотр на ПМПК при необходимости уточнения/корректировки рекомендаций в случае стабильно положительной (в течение года) или отрицательной динамики



Рекомендации к заключению

Пункт 23 ст. 2 Федерального закона определяет *«индивидуальный учебный план»* как учебный план, обеспечивающий освоение образовательной программы на основе индивидуализации ее содержания с учетом особенностей и образовательных потребностей конкретного обучающегося. Как правило, выбор ИУП влечет составление для обучающегося индивидуального расписания занятий (посещения занятий в школе).

Пункт 3 ч. 1 ст. 34 Федерального закона № 273-ФЗ говорит о том, что обучение по индивидуальному учебному плану, в пределах осваиваемой образовательной программы, осуществляется в порядке, установленном локальными нормативными актами. Таким образом, порядок осуществления обучения по индивидуальному учебному плану определяется образовательной организацией самостоятельно, а реализация индивидуального учебного плана осуществляется в пределах осваиваемой образовательной программы.

При обучении по *ИУП* педагогические работники не вправе требовать от обучающегося посещения еще каких-либо учебных занятий, не предусмотренных *ИУП*.

При составлении индивидуального учебного плана учитывать пожелания обучающегося или его родителей (законных представителей) по индивидуализации содержания образовательной программы (самостоятельного выбора учащимися вариантов изучения предметов, выбора дополнительных образовательных услуг).

При реализации образовательных программ в соответствии с индивидуальным учебным планом могут использоваться различные образовательные технологии, в том числе дистанционные образовательные технологии.

Сопровождение консилиумом образовательной организации (ФЗ 273 ст. 42) (деятельность ПМПк регулируется приказом Министерства образования РФ от 27.03.2000 № 127/901-6 «О психолого-медико-педагогическом консилиуме образовательного учреждения»).

При шестидневной рабочей неделе для создания облегченного режима возможен дополнительный выходной день.

Ребенок должен знать, что он может поднять руку во время урока и беспрепятственно выйти из класса.

Медицинская сестра оказывает помощь учителю и самому ребенку в решении его проблем (сделать инъекцию инсулина, проследить, чтобы ребенок ввел инсулин правильно);



Ребенок должен быть информирован о возможном месте хранения шприца-ручки и проведения инъекции инсулина (в классе, медкабинете или в другом месте), возможности обратиться за помощью к конкретному человеку в ОО.

Медицинскому работнику следует обязательно встретиться с родителями ребенка и предложить им принести в школу дубликат выписки из истории его болезни.

Организация консультации для педагогов по оказанию первой необходимой помощи ребенку с сахарным диабетом.

Адаптивная физическая культура определяются медицинскими рекомендациями (достижения оцениваются индивидуально).

Перед началом занятий и после них учителю физкультуры следует убедиться, что ребенок не только успел переодеться, но и поесть; если уроки физкультуры сдвоенные или вы выходите из спортивного зала на улицу (например, зимой на лыжах), следует убедиться, что у ребенка с собой (или у учителя) есть сладости (сахар, конфеты, печенье, «пепси», сок) и дополнительная еда (бутерброд, фрукты и т.д.).

Классному руководителю:

Классный руководитель должен убедиться в том, что другие учителя знают о заболевании ребенка.

Если ребенку нездоровится, никогда не отправляйте его одного в медицинский кабинет или домой - только с сопровождением; если возникнет необходимость отправить его домой, убедитесь, что дома есть кто-то из взрослых.

Никогда не задерживайте ребенка в школе после занятий в то время, когда ему нужно сделать укол и пообедать, а также на уроке (сдвоенных уроках), перемене, после которых он должен «перекусить».

Ни при каких обстоятельствах нельзя допускать проявления психологического давления на ребенка **с сахарным диабетом** со стороны окружающих. Дети с сахарным диабетом часто выделяются среди окружающих, так как им иногда приходится принимать пищу и пить в классе, а также делать инъекции инсулина и измерять уровень сахара при всех.



Соблюдать охранительный педагогический режим:

обеспечение здоровьесберегающих условий (укрепление физического и психического здоровья); метод “оптимального режима жизни”

создание климата психологического комфорта (доброжелательность, педагогический такт при оценивании, поощрение дружелюбия к ребенку со стороны детей и т.д.);

соблюдение норм СанПиНа 2.4.2.2821 - 10 (температурный, световой режимы; соответствие мебели росту);

Рекомендации родителям (законным представителям):

наблюдение эндокринолога, ревматолога.

Комплексная реабилитация в учреждениях социального обслуживания и здравоохранения для детей с ОВЗ (КЦСОН, центр социальной помощи, реабилитационный центр).

Больной диабетом ученик имеет право на дополнительный выходной день. При необходимости, он может не посещать школу в какой-нибудь будний день. Если нужно, такой ребенок имеет право обучаться на дому.

Индивидуальное обучение на дому рекомендуется детям, с определенными медицинскими диагнозами; справку на индивидуальное обучение выдает лечащий врач.



Рекомендации родителям:

У ребенка с сахарным диабетом всегда должна быть при себе или в портфеле карточка больного диабетом.

Вот образец.

Помогите! Я болен диабетом!

Если я без сознания или мое поведение неадекватно, прошу вас срочно оказать мне помощь — мое состояние связано с болезнью.

Дайте мне сладкой жидкости или кусочек сахара (он лежит у меня в левом кармане).

Если после этого мне не стало лучше, убедительно прошу вас вызвать "скорую помощь".

Если я не могу глотать, прошу вас незамедлительно вызвать "скорую помощь".

Сообщите о моем состоянии моим близким. Их телефоны находятся на обратной стороне этой карточки.

ФИО и телефон родителей

ФИО и телефон врача

Типы и дозы получаемого инсулина

Обязательно сообщите классному руководителю ребенка о диабете. О том, что нужно делать в случае гипогликемии: напоить ученика сладким соком или пепси-колой, или дать ему три таблетки глюкозы по пять грамм. Обычно состояние «гипо» проходит через 10-20 минут. Но для закрепления эффекта важно, чтобы ребенок еще что-нибудь съел: печенье, бутерброд, яблоко. Все это должно быть в портфеле ребенка. Если больной диабетом ребенок после такого состояния хочет поесть в столовой или дома, то отправлять его надо только с сопровождающим.

Вы должны решить с классным руководителем или директором, каким образом ребенок будет обедать. Если в школьной столовой, то ее персонал должен знать, какую еду нельзя давать ребенку, например, сладкий компот следует заменить несладким чаем. И т.д.

Обязательно расскажите учителям, что делать, если ребенок все-таки потерял сознание: немедленно позвать медсестру и вызвать «скорую». И ни в коем случае нельзя вливать больному в рот какой-то напиток, - ребенок может просто захлебнуться.

Объясните ребенку, что для сохранения его жизни ему лучше сообщать окружающим (или хотя бы учителям) о диабете. Лучше рассказывать кратко, без подробностей, делая упор на то, «как поступить, если мне будет плохо».



Пусть ребенок носит с собой и сахар (лучше сахарный песок в небольших, одноразовых упаковках), и глюкогон, и сок.

На физкультуру ребенку надо дополнительно давать какой-нибудь сок или еще что-то сладкое. Расчет обычный, как на любую физическую активность: 1 ХЕ на полчаса упражнений. А вот на лыжных занятиях или в бассейне лучше, если ребенка будет сопровождать кто-то из родных. Ведь учитель или тем более ученики не всегда могут заметить изменившееся состояние такого ребенка.

Рекомендации педагога-психолога родителям (законным представителям):

- Чередовать учебную нагрузку и отдых.
- Оберегать ребенка от переутомления.
- Стараться, чтобы ребенок высыпался.



Образец № 2 для ребенка с целиакией (школа)

По результатам комплексного психолого-медико-педагогического обследования **установлено:** Дефицитарность иных функциональных систем; Психологическое развитие соответствует условно-возрастной норме; Фонетико-фонематическое недоразвитие речи. Общеобразовательную программу НОО усваивает. Уровень обучаемости достаточный. Особые образовательные потребности, обусловленные основным заболеванием.

Обучающийся с ограниченными возможностями здоровья нуждается в создании специальных образовательных условий.

Обучение в образовательной организации по общеобразовательной программе *начального* общего образования **по индивидуальному учебному плану** с 2017-2018 уч.г.

Повторный осмотр на ПМПК при необходимости уточнения/корректировки рекомендаций в случае стабильно положительной (в течение года) или отрицательной динамики.



Рекомендации к заключению

Осуществлять образование по общеобразовательной программе *начального* общего образования ***по индивидуальному учебному плану***.

Пункт 23 ст. 2 Федерального закона определяет **«индивидуальный учебный план»** как учебный план, обеспечивающий освоение образовательной программы на основе индивидуализации ее содержания с учетом особенностей и образовательных потребностей конкретного обучающегося. Как правило, выбор ИУП влечет составление для обучающегося индивидуального расписания занятий (посещения занятий в школе).

При обучении по ***ИУП*** педагогические работники не вправе требовать от обучающегося посещения еще каких-либо учебных занятий, не предусмотренных ***ИУП***.

При составлении индивидуального учебного плана учитывать пожелания обучающегося или его родителей (законных представителей) по индивидуализации содержания образовательной программы (самостоятельного выбора учащимися вариантов изучения предметов, выбора дополнительных образовательных услуг).

При реализации образовательных программ в соответствии с индивидуальным учебным планом могут использоваться различные образовательные технологии, в том числе дистанционные образовательные технологии.

Сопровождение консилиумом образовательной организации (ФЗ 273 ст. 42) (деятельность ПМПк регулируется приказом Министерства образования РФ от 27.03.2000 № 127/901-6 «О психолого-медико-педагогическом консилиуме образовательного учреждения»).

Для создания облегченного режима обучающийся имеет право на дополнительный выходной день, то есть, при необходимости, может не посещать школу в какой-либо день недели, помимо воскресенья.

Психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь включает в себя:

- 1) психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) и педагогических работников по вопросам обучения/воспитания/развития ребенка;
- 2) коррекционно-развивающие занятия с логопедом по профилактике нарушений письменной речи;
- 3) Учитывать невысокий темп деятельности ребенка, тревожность.



В случае затруднений при выполнении классного задания ребенку должна быть предоставлена возможность обращаться за помощью к педагогу.

Для поддержания учебной мотивации использовать на уроках занимательность, необычное изложение учебного материала.

Использовать методы педагогической поддержки: одобрение, мягкий тон замечаний, поощрение, отношение учителя к ученику должно быть благожелательным; своими мимикой, жестами, интонацией он должен вызывать у ребенка желание сотрудничать.

Использование презентаций и фрагментов презентаций по ходу урока, что расширяет возможности организации взаимодействия учителя с другими участниками образовательного процесса:

на слайдах можно разместить необходимый картинный материал, цифровые фотографии, тексты;

можно добавить музыкальное и голосовое сопровождение к демонстрации презентации; при такой организации материала включаются три вида памяти детей: зрительная, слуховая, моторная.

Активное использование средств информационных технологий (далее - ИКТ) для решения познавательных задач.

Логопедическое сопровождение:

Развивать фонематическое восприятие (дифференцировать на слух слова, отличающиеся одним звуком: крыша - краса, кошка - кочка; дифференцировать слова, сходные по звуко - слоговой структуре: воз - нос, газон - вагон); см. Р.Лалаеву - игры, упражнения

Развивать простые и сложные формы языкового анализа и синтеза – с опорой на схемы, модели, картинки. См. Лалаеву, Садовникову, Ефименкову

Повторить, закрепить правила правописания –лучшее усвоение с опорой на схемы, модели, картинки. Прорабатывать одно и то же правило на разном лексическом и грамматическом материале. Рекомендуются с данной целью выполнение заданий, подобных предложенным в сборниках самостоятельных работ по русскому языку Т.В.Шкляровой «Найди ошибку», «Вставь букву». А упражнение «Найди и подчеркни орфограмму в тексте» и т.п. поможет закрепить умение применять правила русского языка при написании самостоятельных работ, также развивает внимание.

Соблюдать охранительный педагогический режим:



Учитывать особенности организации питания - трогая безглютеновая диета. В питании рекомендуется использовать специализированные безглютеновые продукты, изготовленные из компонентов, не содержащих глютен (гречневой, рисовой, кукурузной муки, картофельного, кукурузного, рисового крахмала и т.п.), но имитирующих традиционные глютенсодержащие продукты (хлеб, печенье, макаронные изделия). Содержание глютена в таких продуктах, согласно Codex Alimentarius ФАО/ВОЗ, не должно превышать 20 мг/кг.

обеспечение здоровьесберегающих условий (укрепление физического и психического здоровья);

создание климата психологического комфорта (доброжелательность, педагогический такт при оценивании, поощрение дружелюбия к ребенку со стороны детей и т.д.);

предупреждение психофизических перегрузок, эмоциональных срывов (смена видов деятельности, творческие задания, красочный иллюстративный материал, занимательная форма изложения учебного материала и т.д.);

во время учебного дня предусмотреть двигательную «разрядку»: каждые 15-20 минут на уроке рекомендовано проводить физкультпаузы;

соблюдение норм СанПиНа 2.4.2.2386 - 15 (температурный, световой режимы; соответствие мебели росту);



Рекомендации родителям (законным представителям):

Уважаемые родители! Обучающиеся, испытывающие трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации, в соответствии со ст. 42 Закона «Об образовании в РФ» от 29 декабря 2012 г. № 273 имеют право на бесплатную психолого-педагогическую, медицинскую и социальную помощь по месту обучения. ***Данная помощь оказывается по письменному заявлению родителей.***

Предоставление ребенку дополнительного выходного дня в течение рабочей недели. Такой режим работы может сослужить хорошую службу в тех случаях, когда школьные трудности вызваны повышенной утомляемостью ребенка. Утомляемые дети, получив дополнительную возможность передохнуть, могут быть более продуктивными в оставшиеся учебные дни. Однако необходимо помнить, что школьная учебная программа не предполагает «простоев», поэтому в тот день, когда ребенок находится дома, следует разобрать с ним текущий учебный материал и проверить, как он его усвоил.

Наибольшее значение имеет соблюдение режима, нормализация жизненно важных функций организма - питания и сна, закаливание, способствующее повышению устойчивости к простудным заболеваниям и нормализации в работе различных органов и систем организма.



Образец № 3 для ребенка с фенилкетонурией (школа)

По результатам комплексного психолого-медико-педагогического обследования *установлено*: Дефицитарность иных функциональных систем; Парциальное недоразвитие высших психических функций; Фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФНР). Уровень обучаемости умеренно снижен. Особые образовательные потребности, обусловленные задержкой психического развития на фоне основного заболевания.

Обучающийся с ограниченными возможностями здоровья нуждается в специальных образовательных условиях:

Обучение в образовательной организации по адаптированной общеобразовательной программе *начального* общего образования для обучающихся с *задержкой психического развития (вариант 7.1)* с 2017-2018 уч.г.

Обучение может осуществляться как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность (п.4 ст. 79 Закона РФ «Об образовании в РФ» № 273 от 29.12.2012 г.).

Заключение действительно на период обучения по образовательной программе *начального* общего образования.

Повторный осмотр на ПМПК при необходимости уточнения/корректировки рекомендаций в случае стабильно положительной (в течение года) или отрицательной динамики.

Реабилитация в учреждении системы социального обслуживания населения с 2015-16 уч.г.



Рекомендации к заключению

Осуществлять образование по адаптированной общеобразовательной программе *начального* общего образования для обучающихся *с задержкой психического развития (вариант 7.1) с учетом индивидуальных особенностей ребенка.*

Организовать оказание психолого-педагогической помощи в условиях ОО:

Сопровождение консилиумом:

осуществление индивидуально-ориентированного психолого-медико-педагогического сопровождения обучающегося с ЗПР с учетом его особых образовательных потребностей ***и индивидуальных особенностей ребенка, страдающего фенилкетонурией;***

дополнять структуру программы коррекционной работы соответствующим направлением работы, которое будет сохранять свою актуальность до момента преодоления возникших затруднений); отслеживания динамики развития ребенка не реже 4 раза в год;

комплексный подход и взаимодействие в разработке и реализации коррекционных мероприятий педагогов, специалистов в области коррекционной педагогики и психологии;

Коррекционная работа осуществляется в ходе всего учебно-образовательного процесса:

коррекционная помощь в овладении базовым содержанием обучения;

развитие эмоционально-личностной сферы и коррекция ее недостатков;

развитие познавательной деятельности и целенаправленное формирование высших психических функций;

расширении представлений о целостной и подробной картине мира, упорядоченной в пространстве и времени, адекватных возрасту ребенка;

Сотрудничества с семьей обучающегося (психологическая поддержка семьи; расширять осведомлённость родителей об особенностях развития и специфических образовательных потребностях ребенка страдающего фенилкетонурией через консультации, семинары, тренинги, занятия, беседы, собрания, домашнее визитирование и другие мероприятия).

Использовать специальные педагогические методы подходы и приемы обучения и воспитания детей с ОВЗ:



При обучении ребенка с ФКУ (**фенилкетонурией**) учитывать следующие индивидуальные особенности:

снижение работоспособности, высокая утомляемость, недостаточная целенаправленность при продуктивной деятельности; трудности установления контакта с таким ребенком, которые возникают при попытках общения с ним как взрослого человека (например, педагога), так и детей;

типичная особенность этих детей - неуверенность в себе, неадекватные эмоциональные реакции на успех и неудачу, связанные с плохой оценкой своих возможностей и результатов;

в основе занятий с ними должен лежать комплекс коррекционно-развивающих и психологических приемов, позволяющих преодолеть недоразвитие речи и нарушения познавательной деятельности, недостатки эмоционально-волевой сферы, поведения и негативных черт личности. Необходимо развивать у детей высшие психические функции, формировать познавательный интерес, целенаправленность и настойчивость в деятельности. Без этого невозможны реализация их интеллектуальных возможностей и адаптация в социальной среде.

Формировать способность усваивать новый учебный материал, адекватно включаться в классные занятия и соответствовать общему темпу занятий.

Формировать способность использовать речевые возможности на уроках при ответах и в других ситуациях общения, умение задавать вопросы.

Формировать стремление к активности и самостоятельности в разных видах предметно-практической деятельности.

Учить ставить и удерживать цель деятельности; планировать действия; определять и сохранять способ действий; использовать самоконтроль на всех этапах деятельности; осуществлять словесный отчет о процессе и результатах деятельности; оценивать процесс и результат деятельности.

Формировать позитивного отношения к правильной устной и письменной речи:

обогащение и развитие словаря;

овладение основами грамотного письма;

использование знаний в области русского языка и сформированных грамматико-орфографических умений для решения практических задач;

формировать понимание роли чтения, использование разных видов чтения;



осознанное, правильное, плавное чтение вслух целыми словами с использованием некоторых средств устной выразительности речи;

Овладение началами математики (понятием числа, вычислениями, решением простых арифметических задач):

учить выполнять устно и письменно арифметические действия с числами и числовыми выражениями, решать текстовые задачи, умение действовать в соответствии с алгоритмом и исследовать, распознавать и изображать геометрические фигуры;

развитие способности использовать некоторые математические знания в жизни;

На определенный отрезок времени ребенку дается лишь одно задание; большое задание предлагается выполнять последовательно в виде частей и педагог должен периодически контролировать ход работы над каждой из них, внося необходимые коррективы.

Формулировка заданий должны быть простыми и прямолинейными, легко восприниматься на слух.

Использование визуальных пособий (иллюстраций, схем, графиков, памяток, таблиц).

Помочь в приобретении знаний первоначальных представлений о компьютерной грамотности.

Развивать умение пользоваться устройствами, заменяющими устную речь (компьютеры, альтернативные средства коммуникации).

Использовать в образовательном процессе:

применение специальных приложений и дидактических материалов (преимущественное использование натуральной и иллюстративной наглядности);

активное использование речевых средств и средств информационных и коммуникационных технологий (далее - ИКТ) для решения коммуникативных и познавательных задач;

Психологическое сопровождение: Индивидуальные занятия с психологом по развитию познавательных процессов 2 раза в неделю.

Рекомендации педагога-психолога педагогам.

Организация образовательного процесса с учетом психофизиологических особенностей. Предупреждение психофизических перегрузок, эмоциональных срывов (смена видов деятельности, красочный иллюстративный материал, занимательная форма изложения учебного материала и т.д.).



Использовать словесные методы обучения обязательно в сочетании с наглядными и практическими методами.

Развитие дефицитарных функций:

Развивать регуляторный компонент: учить контролировать и оценивать свои действия, вносить соответствующие коррективы в их выполнение (использовать различные методы и приемы для повышения уровня внимания, использовать различные методы и приемы для привлечения внимания, для лучшего запоминания учебного материала; при переходе с одного вида деятельности на другой переключать внимание ребенка специальными приемами: тактильными, наглядными, двигательными; игры с правилами на развитие самоконтроля).

Логопедическое сопровождение:

Рекомендации логопеда педагогам:

Направления работы, упражнения, задания, направленные на профилактику нарушений письма и чтения:

Развитие фонематического восприятия – *профилактика дисграфии на основе нарушения фонемного распознавания*

на данном этапе - на материале гласных звуков, простых согласных; всех оппозиционных согласных, слов, отличающиеся одним звуком: крыша - краса, кошка – кочка; дифференцировать слова, сходные по звуко – слоговой структуре: воз - нос, газон - вагон;

Уточнение сведений о гласных и согласных звуках, основных их признаках. *Опора на схемы, модели, картинки. В помощь-человечки-звуки, вагончики.*

Занятия с логопедом по коррекции звукопроизношения (группа сонорных звуков). Уделить внимание дифференциации звуков (см. задания у Лалаевой, Ефименковой). Рекомендуется систематически четкое проговаривание скороговорок, чистоговорок. Начинать работу можно с простых текстов, постепенно усложняя. Например: *От топота копыт пыль по полю летит. Топали мы, топали, до тополя дотопали, до тополя дотопали, да ноги-то оттопали. Бык тупогуб, тупогубенький бычок, у быка белая губа была тупа. В аквариуме у Харитона четыре рака да три тритона...*

Развивать навыки языкового анализа, синтеза на уровне предложения, слова, текста. – *преодоление дисграфии на почве языкового анализа и синтеза*

Обязательно с опорой на схемы, модели, картинки. *В помощь-человечки-звуки-вагончики.*



Примерные задания:

определение количества и последовательности звуков в слове, количество слогов.

составление и запись предложений из слов, данных вразбивку. (например: *по, лев, клетке, ходит; Лев ходит по клетке.*) Каждое предложение анализируется.

полезны графические диктанты – см. *Р.Лалаеву, Л.Ефименкову.*

Развиваем, уточняем лексико-грамматические категории – *преодоление аграмматической дисграфии*

Примерные задания:

Развитие умения образовывать сложные слова. Материал - словосочетания: пар ходит, сено косит, землю роет, воду проводит, вода падает, воду ворочит и картинки (с изображением парохода, сенокосилки, землеройки, водопровода, водопада, водоворота). Ребенку предлагается прослушать словосочетания и составить из них слова.

Закрепление знаний о различных частях речи. Материал - карточки со словами: сито, жаркий, холод, сумка, прыгать, превосходный, освещает, скользила, кожаный. Ребенок получает задание прочитать слова, поставить к каждому грамматический вопрос и записать их в три колонки по частям речи.

Работа по развитию умения определять грамматические категории слов в словосочетаниях и предложениях проходит с постепенным усложнением: соотнесение грамматических форм со схемой, грамматический разбор, составление словосочетания (предложения) по заданной схеме, придумывание словосочетания (предложения) по схеме.

Определение грамматической категории слов в словосочетании. Материал - словосочетания: теплая вода, режу ножом, холодное молоко, рублю топором - и карточки: прил. + сущ., глаг. + сущ. Ребенок слушает словосочетание, находит главное и зависимое слово, показывает соответствующую карточку.

Определение грамматической категории слов в предложении. Материал - предложения: Прошло теплое лето. По небу плывут облака. (Второй класс). На лесной поляне стоял могучий олень. Метель занесла высокую елку снегом. (Третий класс). Школьник с помощью грамматических вопросов определяет главные члены предложения

Развитие умения составлять предложения, соответствующие заданным схемам. Материал - словосочетания: дождь идет, наступила



осень золотая (второй класс), пошли дети гулять, дождь сильный идет окном за; схемы предложений.

Развитие умения составлять предложения с помощью грамматических вопросов и с опорой на их схемы.

Грамматические категории- задания, упражнения см. Парамонову «Правописание шаг за шагом».

Дома, в школе-закреплять пройденные правила русского языка с помощью таких пособий, как пособие **Т.В.Шклярской «Найди ошибку», «Вставь букву»** (пособия по классам обучения – нам надо за 1, 2, 3, 4 класс –не более одного упражнения брать за один раз). *Предупреждение дисорфографии.*

Словарная работа ПОСТОЯННО- обязательно разбирать с ребёнком- новые, сложные слова –сложные по слоговой структуре, по семантике (смыслу)

Полезно подбирать родственные, однокоренные слова к сложным, новым словам, вести блокнот родственных слов, что значительно расширит словарь школьника, поможет усвоить правила правописания; способствует усвоению грамматических категорий; *Грамматические категории- что такое и как работать см. Парамонову «Правописание шаг за шагом».*

Соблюдать охранительный педагогический режим:

обеспечение здоровьесберегающих условий (укрепление физического и психического здоровья);

создание климата психологического комфорта (доброжелательность, педагогический такт при оценивании, поощрение дружелюбия к ребенку со стороны детей и т.д.);

предупреждение психофизических перегрузок, эмоциональных срывов (смена видов деятельности, творческие задания, красочный иллюстративный материал, занимательная форма изложения учебного материала и т.д.);

во время учебного дня предусмотреть двигательную «разрядку»: каждые 15-20 минут на уроке рекомендовано проводить физкультпаузы;

соблюдение норм СанПиНа 2.4.2.2386 - 15 (температурный, световой режимы; соответствие мебели росту);

организация бесплатного двухразового питания) в соответствии с п. 7 ст. 79 Закона РФ «Об образовании в РФ» ***(по медицинским показаниям обязательное условие проведения адекватной диеты: использование специализированных продуктов питания с малым содержанием белка (мука, хлеб, заменитель яйца, макаронные изделия); Обычных продуктов питания с малым содержанием фенилаланина (фрукты, овощи, жиры, углеводы).***



Рекомендации родителям (законным представителям):

Комплексная реабилитация в учреждениях социального обслуживания и здравоохранения для детей с ОВЗ (КЦСОН, центр социальной помощи, реабилитационный центр).

Индивидуальное обучение на дому рекомендуется детям, с определенными медицинскими диагнозами; справку на индивидуальное обучение выдает лечащий врач.

*Уважаемые родители! Сообщаем, что существует книга практических советов для родителей "**Растим ребенка с ФКУ**".*

Из факторов социализации самым важным была и остаётся родительская семья, влияние которой ребёнок испытывает раньше всего, когда он наиболее восприимчив. Семейные условия, включая социальное положение, род занятий, материальный уровень и уровень образования родителей, в значительной мере предопределяют жизненный путь ребёнка. Для того чтобы ребёнок мог полноценно развиваться, ему необходима такая среда, которая позволит в полной мере задействовать все возможности растущего человека, удовлетворит потребность в спонтанной деятельности, даст пищу разуму и не скупёт движения.

Ваш ребенок пришел в школу, чтобы учиться, у него может что-то не сразу получаться, это естественно, ребенок имеет право на ошибку.

Обсудите с ребенком те правила и нормы, с которыми он встретился в школе. Объясните их необходимость и целесообразность.

Составьте вместе с первоклассником распорядок дня, следите за его соблюдением.



Образец заключения № 4 для ребенка с сахарным диабетом (дошкольник)

По результатам комплексного психолого-медико-педагогического обследования установлено: Дефицитарность иных функциональных систем. Психологическое развитие соответствует условно-возрастной норме. Речевое развитие в пределах возрастной нормы. Достаточный уровень познавательной деятельности; представления ребенка об окружающем, его деятельность, знания, умения соответствуют возрасту; уровень обучаемости достаточный, специфическая образовательная потребность, обусловленная основным заболеванием.

Обучающийся нуждается в создании специальных образовательных условий:

Образование и развитие по общеобразовательной программе дошкольного образования с 2016-2017 уч.г.

Повторный осмотр на ПМПК перед школой.

Реабилитация в учреждении системы социального обслуживания населения с 2016-17 уч.г.



Рекомендации родителям:

Осуществлять образование и развитие по общеобразовательной программе дошкольного образования.

В зависимости от состояния ребенка дифференцировать структуру и продолжительность занятий.

Каждое занятие должно завершаться чем-то интересным для ребенка. Так у ребенка создается чувство положительная установка на последующие занятия.

Расширение представлений о целостной и подробной картине мира, упорядоченной в пространстве и времени, адекватных возрасту ребенка.

Расширять знания и представления об окружающем мире, (сравнивать и описывать предметы и объекты окружающего мира, находить сходство и отличия).

Формирование сенсорных эталонов (развития практической ориентировки на форму, величину; умения выделять цвет как признак предмета; уровня развития целостного образа предмета);

Формировать пространственно-временные представления, игры, упражнения типа: «Что сначала, что потом?», «Времена года, их признаки», «Найди сходства и отличия, что изменилось?»;

Овладение началами математики (понятием числа, вычислениями, решением простых арифметических задач).

Формирование различных видов деятельности: предметно-игровой, конструирования, изобразительной деятельности;

Развитие мелкой моторики рук– игры с пальчиками, массаж пальчиков рук (Разенкова Ю.А., Одинокова Г.Ю. «Эй, ладошка!», «Лови шарик», «Переложил игрушку», «Мозаика»).

Круг чтения у детей 5—7 лет продолжает расширяться и усложняться. В него входят уже не только произведения детской литературы, но и сложные тексты различных видов и жанров, имеющие скрытый подтекст (бытовая сказка, былина, басня и т. д.). Произведения усложняются с точки зрения художественности. Их выбор и тематика будет зависеть от специфики читательских интересов детей, от особенностей семейного чтения, литературных пристрастий педагога.



Оrientировочный список литературы для детей 5-7 лет:

Валерий Медведев. «Баранкин, будь человеком!».

Гектор Мало «Без семьи».

Френсис Беннет. «Маленький лорд Фаунтлерой»

Антуан Де Сент-Экзюпери «Маленький принц»

Льюис Клайв. «Хроники Нарнии» (все части)

Джон Толкиен «Хоббит или дорога туда и обратно»

Не художественные

Ромодин, Ромодина «Почему ветер дует? 40 опытов, экспериментов, удивительных фактов для детей от 5 до 7 лет»

Людмила Петрановская. «Что делать, если...»

Антонина Лукьянова «Мальчикам и девочкам о том, как устроен наш дом»

Дорис Рюбель «Откуда берутся дети?»

Иллюстрированный атлас мира Издательства: АСТ, Астрель, 2002 г.

Ричард Уокер: Твое удивительное тело. Интерактивное путешествие по организму человека

Хрестоматия для детей "Первое словечко» составитель Клавдия Лукашевич

Соблюдать охранительный педагогический режим:

обеспечение здоровьесберегающих условий (укрепление физического и психического здоровья);

создание климата психологического комфорта (доброжелательность, педагогический такт, поощрение дружелюбия к ребенку со стороны детей и т.д.);

соблюдение норм СанПиНа 2.4.4.3048-13 .

Рекомендации родителям (законным представителям):

Комплексная реабилитация в учреждениях социального обслуживания и здравоохранения для детей с ОВЗ (КЦСОН, центр социальной помощи, реабилитационный центр).

У ребенка с сахарным диабетом всегда должна быть при себе карточка больного диабетом.

Вот образец.

Помогите! Я болен диабетом!

Если я без сознания или мое поведение неадекватно, прошу вас срочно оказать мне помощь — мое состояние связано с болезнью.



Дайте мне сладкой жидкости или кусочек сахара (он лежит у меня в левом кармане).

Если после этого мне не стало лучше, убедительно прошу вас вызвать "скорую помощь".

Если я не могу глотать, прошу вас незамедлительно вызвать "скорую помощь".

Сообщите о моем состоянии моим близким. Их телефоны находятся на обратной стороне этой карточки.

ФИО и телефон родителей

ФИО и телефон врача

Типы и дозы получаемого инсулина

*Использовать **экскурсии** и мини путешествия (лес, поле, луг, водоемы) с целью ознакомления с окружающим миром, природными явлениями; беседовать об увиденном, услышанном.*

«Говорящие игры для детей». Такой вид занятий понравится детям, которые любят смотреть телевизор, подберите ему диски с такими играми. Обучение превратится в настоящее веселье! Игры разработаны с учетом характерных возрастных особенностей детей. Здесь и развитие речи, и расширение кругозора в целом. Для каждого возраста — своя программа, которая так же делится по темам: звукопроизношение («Пожужжим», «Тик-так» и др.), развитие кругозора («Домашние животные», «Дикие животные», «Кто здесь сказал «му» и др.), развитие внимания, памяти, слуха («Загадки звуков», «В гостях у жучка», «Волшебник», «Фея» и др.), развитие дыхания (преимущественно игры с микрофоном: «Вертолет», «Пчелка», «Торт и свечи»), говорящий алфавит для детей и даже совместное творчество (можно придумывать большие и маленькие истории, сравнивать, называть, повторять).

Читайте ребенку книги и рассказывайте, что изображено на иллюстрациях, и ему тоже задавайте вопросы по картинкам. Вы можете превратить совместные чтения любимых сказок в увлекательную игру. Как это сделать, прочитайте в статье «Читаем вместе сказку Чуковского «Айболит».



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Литература по теме «Соматические заболевания»:

Федеральный Закон от 24.11.1995 №181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Федеральный Закон от 29.12.2012 года №273 «Об образовании в Российской Федерации».

Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 №1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико- педагогической комиссии».

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31.07.2015 №528н «Об утверждении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации человека с инвалидностью».

Ахутина Т.В. Здоровьесберегающие технологии обучения: индивидуально-ориентированный подход, 2000.

«Система психологической реабилитации пациентов с различными соматическими заболеваниями» материалы и видео <https://mgppu.ru/page/3587>

Особенности личности и поведения соматически ослабленных детей

https://superinf.ru/view_helpstud.php?id=2302

Иванов А.В. Современный подход к содержанию деятельности классного руководителя и развитию его педагогической культуры. - М.: ЦГЛ.-2005.

Ковалько В.И. Здоровьесберегающие технологии. – М.: ВАКО, 2007.

Селевко, Г. К. Современные образовательные технологии / Г.К. Селевко.– М.: Народное образование, 1998. – 256 с.

Сивцова А.М. «Использование здоровьесберегающих педагогических технологий в дошкольных образовательных учреждениях» Методист. – 2007.

Смирнов, Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе / Н.К. Смирнов. – М.: АПК и ПРО, 2002. – 121с.

Сухарев А.Г. “Концепция укрепления здоровья детского и подросткового населения России”

Куртанова Ю. Е. Отношение к людям, настоящему, будущему и понимание счастья детей с нефрологическими заболеваниями // Материалы научно-практической конференции «Проблемы



психологии 21 века глазами молодых ученых». М.: МГППУ, 2002. С. 73-74.

Куртанова Ю. Е. Особенности внутренней картины болезни детей и подростков с различными хроническими заболеваниями (на примере нефрологических заболеваний, лимфостаза и муковисцидоза) // Материалы конференции «Научно-практическая деятельность молодых ученых и студентов в рамках программы модернизации московского образования». М.: МГППУ, 2003. С. 124-126.

Куртанова Ю. Е. Внутренняя картина болезни детей с различными соматическими заболеваниями // Вопросы психического здоровья детей и подростков. М., 2003 (3). №2. С. 16-21.

Куртанова Ю. Е. Психологические аспекты реабилитации детей с соматическими заболеваниями // Материалы международной научно-практической конференции «Личностно-ориентированный подход как основа специальной и лечебной педагогики». М., 2004 (в печати).

Куртанова Ю.Е. «Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями» (диссертация на соискание ученой степени к.п.н./Московский городской психолого-педагогический университет –М.2004).



Литература по теме «Сердечно-сосудистые заболевания»:

Справочник по педиатрии \Под ред.А.К. Устиновича-Минск, 1979.

Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств.\Под. Ред.А.Н. Моховикова-М.,2002.

Справочник по детской диететике \Под.ред. И.Н. Воронцова, А.В. Мазурина- Ленинград, 1980.

Справочник педиатра \ Под. Ред.Акад. АМН СССР, проф. М.Я. Студеникина. – Т.:»Медицина»1981.

Справочник по неврологии детского возраста \ Б.В. Лебедев, В.И.Фрейдков, Г.Г. Шанько, Е.С. Бондаренко и др.;Под. Ред. Проф. Б.В. Лебедева, - М.:Медицина 1995.

Детские болезни \ Под.ред.А.Ф. Тура, О.Ф.Тарасова, Н.П. Шабалова – М.: Медицина 1979.

Литература, полезные ссылки по теме травмы:

Ссылки на видео «Школьный травматизм и его профилактика»

<https://www.youtube.com/watch?v=2fmuZYcUvyc>

Благотворительный фонд содействия в оказании медико-социальной

и реабилитационной помощи детям с тяжелой травмой и её последствиями

Ссылка на сайт <http://roshalfund.com/about>

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы сайт <http://www.doctor-roshal.ru/>

Белая К.Ю. Формирование основ безопасности у дошкольников. Для занятий с детьми 2-7 лет. – М.: МОЗАИКА-СИНТЕЗ, 2016г. – 64с.

Авдеева Н.Н., Князева О.Л., Стеркина Р.Б. Основы безопасности детей дошкольного возраста. М.: Просвещение, 2007.

Горлов А.А., Вишневецкая Е.К. Система профилактики травм у детей: психологические аспекты // "Педиатрия"-1991. №1. - С.69-70.

Методические рекомендации № 2 (обучение детей безопасности движения в школах и дошкольных учреждениях). Из опыта работы школьных, дошкольных учреждений и ГИБДД г. Ставрополя, 2000. - С.46-49, 62-67, 91

Немсадзе В., Амбернади Г. Детский травматизм. Книга для родителей. Опыт понимания, лечения, профилактики. - М.: Аист, 2005. - 120 с.



Немсадзе В.П., Шастин. О методических основах профилактики детского травматизма // Школа здоровья. - 1997, № 2.

Низкодубова СВ., Куликова Н.В., Байков А.Н. Основы здорового образа жизни: Учебное пособие. - Томск, 1999. - 210 с.

Рупление Ф.В. Детский травматизм в возрастном аспекте, его профилактика и роль общественности в борьбе с ним: Автореф. дис. к. м. н. Рига, 1998. - 420 с.

Ступницкая М.А. Травматизм у детей школьного возраста: причина и профилактика // Школа здоровья. - 2001, № 4.



Литература по теме «Фенилкетонурия»:

Очень полезный сайт «Мы и ФКУ» /для родителей и педагогов/
https://myfku.ru/sovety/roditeli/roditeli1_11.html

Советы, вопросы, рецепты, форум, новостная страница, главное – консультации специалистов по вопросам ФКУ.

Жильцова И.Ю. психолого-педагогическое сопровождение детей, больных фенилкетонурией.

Белопольская Н.Л. Психологическая подготовка к школе детей с леченой фенилкетонурией // Дефектология. 1988. №3.

Белопольская Н.Л. Психологическая подготовка к школе детей с леченой фенилкетонурией // Дефектология. 1988. № 2.

Белопольская Н. Л., Лубовский В. И. Дифференциально-психологическая диагностика детей с интеллектуальной недостаточностью. // Психологический журнал. 1993. Т. 14. № 4.

Борисенко Т.Н., Бурова Ю.С., Хисамова Х.А., логопеды Детской психиатрической больницы № 6, Москва Дети с фенилкетонурией Особенности психоречевого развития и перспективы комплексной реабилитации.

Блюмина М.Г., Лебедев Б.В. Фенилкетонурия у детей. Т. 1. М., 1972.

Как жить с фенилкетонурией? Метод.пособие. Клиника наследственных нарушений обмена веществ Университета штата Колорадо, США. Российский центр неонатального скрининга. М., 1996.

Копылова Н.В. Фенилкетонурия: классификация, диагностика, диетотерапия / Вопросы детской диетотерапии. Т. 2. М., 2004. № 6.

Бочкова Н.П., Вельтищева Ю.Е. Наследственная патология человека. М., 1992.

Битова А. // Социальная работа: Научно-популярный журнал. – М. 2006/ № 3.

Выготский Л.С. Собр. соч. в 6 т. / Под ред. Т.А. Власовой. – М.: 1983 – Т. 5 «Основы дефектологии». – с. 549. Гончарова Е. Л. // Дефектология: Научно-методический журнал. – М. 2009/1.

Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии: Учеб.пособ. для студ. сред. пед. учеб. заведений / Б.П. Пузанов, В.И. Селиверстов, С.Н. Шаховская, Ю.А. Костенкова / Под. ред. Б.П. Пузанова. 3-е изд. доп. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – с. 418.

Никуленко Т.Г. Коррекционная педагогика: Учеб.пос. / Т.Г. Никуленко. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – с. 381.

Мардахаев Л.В. Социальная педагогика: Учебник. – М.: Гардарики, 2003. – 269 с.



Литература по теме «Бронхиальная астма»:

Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. - СПб: Речь, 2004. - 166 с.

Аверин В. А. Психология детей и подростков. - СПб., 1998.

Аммон Г. Психосоматическая терапия. - СПб., 2000.

Астафьева Н.Г. Бронхиальная астма у подростков // Аллергология. Научно-практический журнал. - СПб., 2005.

Балаболкин И.И. Бронхиальная астма у детей. – М.: Медицина, 2003. - 320с.

Балыгин М.М. Семья и здоровье детей (обзор литературы) // Здравоохранение Российской Федерации. – М.: Медицина. - №9, 1990.

Березин Ф.Б. Психосоматические соотношения при бронхиальной астме // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Сеченова. - Т. 97. - №4, 1997.

Билецкая М.П., Мельникова Н.О. Особенности эмоциональной сферы подростков в контексте семьи // Ананьевские чтения-2006: Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения-2006» / Под редакцией Л.А. Цветковой, А.А. Крылова. – СПб.: Издательство С.-Петербургского университета, 2006. - С. 361-362.

Билецкая М.П., Мельникова Н.О. Клинико-психологические характеристики и особенности совладающего поведения семей подростков с психосоматическими расстройствами // Интеграция медицины и психологии в XXI веке / Под ред. С.И. Блохиной, Е.Т. Соколовой, Л.Т. Барановской. - Екатеринбург: «СВ-96», 2007. – 352 с.

Билецкая М.П., Мельникова Н.О. Диагностика, консультирование и коррекция семей подростков с бронхиальной астмой // Психологическое консультирование и психотерапия: на стыке наук, времен, культур: материалы Международной научно-практической конференции / сост.: Л.Г. Гончарова, И.А. Монахова. - Астрахань: Изд. дом "Астраханский университет", 2007. - С. 284-286.

Билецкая М.П., Шендрик М.И. Влияние проявлений родительской любви на психоэмоциональное состояние детей младшего школьного возраста с бронхиальной астмой // Психологические проблемы современной семьи. Материалы третьей Международной научной конференции / под общей редакцией А.Г. Лидерса. - М., 2007. - С. 109-114.

Горская Е.А. Психологические особенности детей и подростков, больных бронхиальной астмой (в связи с задачами профилактики



психосоматических расстройств): Автореферат дисс. ... канд. психол. наук. – СПб., 2005.

Жуковский А.М., Маковкин В.И., Герасимов А.А., Лисеева З.А. Актуальные вопросы бронхиальной астмы у детей // Медицина и здравоохранение. Серия: охрана материнства и детства. - М. - 3-ий выпуск, 1988.

Зизельсон А.Д., Лапис Г.А., Поппе Г.К. Особенности психосоматических взаимоотношений у детей, страдающих бронхиальной астмой. – Л., 1990.

Иванова Н. Если у ребенка астма // Здоровье вашего ребенка. - СПб.: «Питер», 1997.

Бронхиальная астма у детей / Под ред. С.Ю.Каганова. – М.: Медицина, 1999. – 368 с.



Литература по теме «Эпилепсия»:

Асоченская Т.Ю. Нарушение психических процессов в начальной стадии эпилепсии [Текст]/Т.Ю. Асоченская. -3-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 1990. - 21 с.

Бадалян Л.О. Невропатология[Текст]/ Л.О. Бадалян. -2-е изд., перераб.- М.: Просвещение, 1987. - 317 с.

Белоусова Е. Д., Ермаков А. Ю. Под редакцией. Дифференциальный диагноз эпилепсии / Белоусова Е. Д., Ермаков А. Ю., Дорофеева М. Ю. и др. / — М.: Пульс, 2007, — 364 с.: ил. ISBN 978-5-93486-052-4

Болдырев А.И. Первые пароксизмальные проявления эпилепсии у детей. //Журнал невропатологии и психиатрии 1987 № 6 стр. 828-832.

Болдырев А.И. Лечение детей и подростков в начальной стадии эпилепсии. //Журн. невропатологии и психиатрии 1988 №6 стр. 861-866.

Бондаренко,Е.С., Эдельштейн Э.А., Мизикова И.З. Эпилепсия у детей. -М., 1982. -13 с.

4 Буздин,В.В. Ночные страхи как инициальные проявления эпилепсии у детей. //Всесоюзная конференция по организации психиатрической и неврологической помощи детям. -М., 1980. С. 224-225.

БурдГ.С. Международная классификация эпилепсии и основные направления ее лечения. //Журнал невропатологии и психиатрии. - 1995. -№3. -С. 4-12

Вольф К. Диагностика и лечение эпилепсий у детей - М.: Можайск-Терра, 1997.

Геладзе,Т.Ш.Гиперактивное поведение детей как осложнение антиэпилептического лечения //Журнал невропатологии и психиатрии. -1988. -№6. С. 17-21.

ГельницГ., Курт, Кнаапе Г. Об отношении ночных страхов к страхам у детей при эпилепсии //Проблемы психоневрологиии детского возраста. -М., 1964. -С. 461-476.

ГузевВ.И. Пароксизмальные расстройства сознания у детей раннего возраста (диагностика и реабилитация). Автореф. дисс. доктора мед. наук. -С-Петербург, 1992. -37 с.

Дзюба С.В. Состояние когнитивных функций при эпилепсии [Текст]/С.В. Дзюба.-1-е изд. - М.:Феникс,1998. - 25 с.



Жмуров, В.А. Общая психопатология [Текст] / В.А. Жмуров. - 1-е изд. - И.: Изд-во Иркутского университета, 1986 - 280 с.

Зенков ЛР. Клиническая эпилептология (с элементами нейрофизиологии) / — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2002. — 416 с. ил. ISBN 5-89481-105-8

Зейгарник, Б.В. Патопсихология [Текст] / Б.В. Зейгарник. - 2-е изд., стеретип. - М.: МГУ, 1986. - 287 с.

Микадзе Ю.В. Нейропсихология [Текст] / Ю.В. Микадзе. - 3-е изд. - СПб.: Питер, 2008. - 288 с.

Материалы Всероссийской 68-ой итоговой студенческой научной конференции им. Н.И.Пирогова (Томск, 20-22 апреля 2009 г.) : Под ред. В.В.Новицкого, Л.М. Огородовой. - Томск: СибГМУ, 2009. С. 411-416. Никанорова М.Ю., Белоусова Е.Д., Ермаков А.Ю. Эпилепсия у детей и подростков: Руководство для родителей. - Москва, 2005. - 32 с.

Свиридова Е.И. Детская эпилепсия, ее особенности // 6-й Всероссийский съезд психиатров, 1990. - Т.2. - С. 33-35.

Шанько Г.Г. Эпилепсия и пароксизмальные состояния у детей // Неврология детского возраста. - Минск, 1990. - С. 228-312.

Эпилепсия у ребёнка: советы воспитателям и учителям
[//www.krasmedic.ru/](http://www.krasmedic.ru/)



Литература по теме «Онкология»:

МБУ г. Новосибирск «Центр реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями «Надежда»» <http://social.novo-sibirsk.ru/SiteKCSO/nadezhda/SitePages/default.aspx>

Психологическая реабилитация семей с детьми, перенесшими онкологическое заболевание // Журнал Практической Психологии и Психоанализа <http://psyjournal.ru/>

Адыюванткая психологическая терапия при раке//Медикал Маркет. - 1992, №8.-С. 22-23.

Александр 26 Ф. Психосоматическая медицина.- М.: Герпус, 2003.-350с.

Анциферова Л.И. Личность с позиции динамического подхода.// Психология личности в социалистическом обществе: личность и её жизненный путь. - М: «Наука», 1990- С.7-17

Астахов В.М. Функциональный подход к исследованию состояния волнения // прикладная психология.- 1999.- №1- С.41-47.

Блинов Н.Н., Хомяков И.П., Шиповников Н.Б. Об отношении онкологических больных к своему диагнозу // Вопросы онкологии.- 1990.- №8.- С.966-969.

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Лаконичный учебник.- М.: ГЭОТАР Медицина, 1999.- 376 с.

Векслер И.Г. Психотропные средства и их роль в комбинированной лекарственной терапии злокачественных образований. Экспериментальная онкология. -1983, -Т.5, ч.5. -С.46-65. Введение в психологию./ Под ред. Петровского А.В.- М.: «Академия», 1995 – 496с.

Вилюнас В.К. Главные трудности психологической теории эмоций. //Психология эмоций. Тексты./ Под ред. К.В.Вилюнаса, Ю.Б.Гиппенрейтер.- М.:Изд-во столичного ун-та, 1993.- С.3-29

Вундт В. Психология душевных волнений / Под.Ред. К.В.Вилюнаса, Ю.Б.Гиппенрейтер.- М.: Изд-во столичного ун-та, 1993.- С.48-65

Гиндикин В.Я. Рецензия на книгу «Психосоматика в клинической медицине. Психиатрически-психотерапевтический опыт при тяжелых соматических болезнях». Под ред. Е.Бениша и И.Е.Мейера. Зап. Берлин-Гейдельберг-Нью-Йорк, 1983//Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1987, Вып. 2. - С, 297-299.



Гнездилов А.В. Психология и психотерапия утрат.- СПб: Речь, 2002.- 162с.

Гуськова А.К., Шакирова И.Н. Реакция нервной системы на повреждающее ионизирующее излучение (Обзоры/Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1989, Вып. 2.- С. 138-142.

Джемс У. Что такое эмоция? / Под. Ред. К.В.Виллонаса, Ю.Б. Гиппенрейтер.- М.: Изд-во столичного ун-та, 1993.- С.86-96

Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб, -1996. -454с.

Исаев Д.Н., Шац И.К. Внутренняя картина болезни у детей с острыми лейкозами. Педиатрия. -1985. -№7, -С.42-44.

Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья и соматические заболевания у детей. Неврозы у детей и подростков. М., 1986. -С.74-75.

Киреева И.П., Лукьяненко Т.Э. Психосоциальная помощь в детской онкогематологии//Реабилитация детей с ограниченными возможностями в Российской Федерации. - Дубна, 1992. - С. 76-77.

Киреева И.П., Лукьяненко Т.Э. Психиатрические аспекты в детской соматологии//Научная конференция молодых ученых России, посвященная 50-летию Академии медицинских наук: тезисы докладов. Москва, 1994. - С. 287-288.

Клапаред Чувства и эмоции./ Под ред К.В.Виллонаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. - М.: Изд-во столичного ун-та, 1993.- С.97-106

Коган Б.М. Стресс и адаптация.- М.: «Знание», 1980-64с. Лаконичный психологический словарь / Под ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского- 2-е изд.- Ростов н/Д.: Феникс, 1998.- 568с.

Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология.- 2-Е изд.,- М.: Медицина, 1984.- 272с.

Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача.- СПб.: НИПН им. В.М.Бехтерева, 1994.- 245с.

Марычев А.А. О возможностях реабилитации онкологических больных после радикального исцеления М.:1978. Механизмы психосоматических взаимоотношений в онкологии // Нижегородский медицинский журнал. – 2007. – № 6. – С. 120–129.

Немов Р.С. Психология .кн.3- М: «Просвещение»: «Владос», 1995.- 512с.

Психологические и деонтологические проблемы в онкологии // Далевские чтения–2005: Материалы четвертой студенческой конференции по проблемам речевой культуры «Слово учит, лечит,



вдохновляет...», Н.Новгород, 2 марта 2005 г. / Под ред. В.В. Шкарина. – Н.Новгород: Издательство НижГМА, 2005. – С.65–68.

Психологические особенности больных злокачественными новообразованиями // Актуальные аспекты управления здоровьем населения : сборник научных трудов / Под общей редакцией И.А. Камаева. – Н. Новгород, 2007. – С. 107–112.

Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. Учебное пособие. Под ред. Д.Н.Исаева и В.Е.Кагана. - С.-Птб. ПМИ, 1991.- 80 с. Психиатрические аспекты педиатрии. // Под ред. Д.Н. Исаева. Л., 1985. -110 с.

Сагидуллина Л. С. Поражение нервной системы при острых лейкозах у детей: Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 1973. - 21 с. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме.- М.-: Медгиз, 1960-254 с.

Чаклин А.В. Психологические аспекты онкологии // Вопросы онкологии- 1992.- №7.- С.873-888.

Цапкин В.Н. Единство и многообразие психотерапевтического опыта//Московский психотерапевтический журнал. - 1992. - С. 5-40.

Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. 1990. -190 с.



СЛОВАРЬ

Понятие «инвалид» — это медицинский термин, он выражает результат экспертной оценки состояния здоровья и жизнедеятельности человека, проведенной с применением специальной процедуры, определенной нормативными правовыми актами и зафиксированной в документе установленной формы. Согласно Федеральном закону от 24.11.1995 г. №181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» «Инвалид — это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающие необходимость его социальной защиты».

Категория «ребенок-инвалид» устанавливается гражданину в возрасте до 18 лет в зависимости от степени ограничений жизнедеятельности (ОЖД), обусловленного стойким расстройством функций организма, возникшего в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, на срок 1 год, 2 года, либо до достижения гражданином возраста 18 лет. К инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими. Согласно Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.12.2009 №1013н при комплексной оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, выделяется четыре степени их выраженности: 1 степень - незначительные нарушения; 2 степень - умеренные нарушения; 3 степень — выраженные нарушения; 4 степень - значительно выраженные нарушения. Категория «ребенок-инвалид» определяется при наличии ограничений жизнедеятельности любой категории и любой из трех степеней выраженности (которые оцениваются в соответствии с - возрастной нормой), 8 вызывающих необходимость социальной защиты (пункт 11 Приказа №1013н).

Травма, или повреждение, — это внезапное воздействие факторов внешней среды (механических, термических, химических и др.) на ткани, органы или организм в целом, приводящее к анатомо-физиологическим изменениям, сопровождающимся местной и общей реакцией организма.



Повреждения в зависимости от приложения силы делятся на прямые и непрямые. Они бывают изолированными — с повреждением одного анатомо-функционального образования опорно-двигательного аппарата; множественными — с повреждением двух и более анатомо-функциональных образований или повреждением сосудов и нервов в различных сегментах конечностей; сочетанными — повреждения внутренних органов в различных полостях с травмой опорно-двигательной системы — и комбинированными — одновременное наличие у пострадавшего двух этиологически разнородных повреждений (например, перелом плечевой кости и ожоги тела). Механический фактор может проявляться в виде давления, растяжения, разрыва, скручивающего момента приложения силы или противоудара. При этом сила воздействия внешнего фактора на ткани и органы прямо пропорциональна направлению (прямо или под углом), скорости и продолжительности воздействия, что приводит к различной степени тяжести травмы. К наиболее частым повреждениям относятся ушибы, раны, вывихи, переломы костей, отрывы конечностей, ожоги, отморожения, электротравмы и др.

К *ушибам* (*contusio*) относятся механические повреждения тканей или органов, чаще без нарушения целостности кожи. При этом разрушается подкожная жировая клетчатка, и возникают кровоизлияния с нарушением артериального, венозного кровообращения и лимфотока. Возникают отек мягких тканей, повышение местной температуры, покраснение кожи (реактивная гиперемия). При ушибах в области конечностей с вовлечением мышц, сухожильно-связочного аппарата, суставов нарушается опорно-двигательная функция, при ушибах органов (сердца, легкого, головного мозга и др.) нарушаются функции, специфичные для этих органов. Тяжесть ушиба зависит от силы внешнего воздействия и локализации поврежденных тканей и органов.

Сдавление (*compressio*) — повреждение органов или тканей, вызванное давлением извне или со стороны соседних органов или тканей. Серьезную опасность для жизни представляет сдавление головного мозга (гематома, отек, опухоль), сердца (гемоперикард), легких (гемоторакс, пневмоторакс). В отдельную нозологическую группу выделено длительное сдавление мягких тканей конечностей, реже — туловища, при этом возникает синдром длительного сдавления (раздавливания), или краш-синдром. В его развитии основную роль играет травматический токсикоз, вызванный продуктами распада и нарушенного обмена сдавленных или



размозженных мягких тканей. Усугубляет тяжесть состояния пострадавших развитие острой почечной недостаточности.

Рана (vulnus) - любое нарушение целостности кожи или слизистых оболочек под влиянием внешнего механического воздействия или внутреннего воздействия — отломком кости. Различают поверхностные раны и глубокие — с повреждением крупных сосудов, нервов, внутренних органов.

Вывих (luxatio) — полное разъединение суставных концов костей, при подвывихе сохраняется частичное соприкосновение суставных поверхностей, но с деформацией контуров сустава и суставной щели (избыточное расширение, неравномерное сужение и т. д.). Различают переломовывих (внутрисуставной перелом вывихнутого конца кости) и вывих кости с внесуставным переломом. Вывихнутой считается дистальная расположенная кость. Вывих считается свежим до 3 сут с момента травмы, несвежим — до 3 нед., застарелым — более 3 нед. По этиологическому признаку вывихи делят на травматические, привычные, врожденные и патологические. Травматические вывихи возникают чаще при непрямой травме с форсированным насильственным движением в суставе, превышающем амплитуду его нормальных движений. Привычный вывих возникает в основном в плечевом суставе после недолеченного или неправильно леченного первичного травматического вывиха. Повторные вывихи могут возникать с различной частотой вследствие минимальных внешних насильственных воздействий и даже обычных движений в суставе с большой амплитудой. Врожденный вывих формируется в результате дисплазии (недоразвития) сустава. Преимущественное поражение тазобедренного сустава было и остается серьезной ортопедической проблемой. Патологический вывих есть результат разрушения сустава каким-либо патологическим процессом (артроз, туберкулез, остеомиелит, опухоль).

Переломом (fracturaossis) называется повреждение кости с нарушением ее целостности. Большинство переломов возникают под воздействием механической силы, превышающей прочность нормальной кости. Реже перелом происходит от незначительных усилий (от веса конечности, тела) и считается патологическим (в области опухоли, кисты, воспалительного процесса). Чаще переломы бывают закрытыми, реже (1:10) — открытыми (область перелома сообщается с раной). Если рана возникла от внешнего насилия, то перелом считается первично-открытым. Если кожа перфорирована отломком (осколком) кости изнутри, то перелом считается вторично-открытым. Это деление имеет принципиальное значение, так как при первично-открытом переломе разрушения мягких тканей и микробная агрессия могут существенно повлиять на хирургическую тактику и метод лечения перелома.



ПРИЛОЖЕНИЕ 1 **НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ** **ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС:**

Федеральный [закон](#) Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации";

Федеральный [закон](#) от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29 декабря 2010 г. N 189 "Об утверждении СанПиН 2.4.2.2821-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях";

[приказ](#) Минобрнауки России от 6 октября 2009 г. N 373 "Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования" (зарегистрирован Минюстом России 22 декабря 2009 г., регистрационный N 15785);

[приказ](#) Минобрнауки России от 17 декабря 2010 г. N 1897 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта основного общего образования" (зарегистрирован Минюстом России 1 февраля 2011 г., регистрационный N 19644);

[приказ](#) Минобрнауки России от 17 мая 2012 г. N 413 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего общего образования" (зарегистрирован Минюстом России 7 июня 2012 г., регистрационный N 24480);

[приказ](#) Минобрнауки России от 30 августа 2010 г. N 889 "О внесении изменений в федеральный базисный учебный план и примерные учебные планы для образовательных учреждений Российской Федерации, реализующих программы общего образования, утвержденные приказом Министерства образования Российской Федерации от 9 марта 2004 г. N 1312 "Об утверждении федерального базисного учебного плана и примерных учебных планов для образовательных учреждений Российской Федерации, реализующих программы общего образования";

[приказ](#) Минздравсоцразвития России от 26 августа 2010 г. N 761н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников



образования" (зарегистрирован Минюстом России 6 октября 2010 г., регистрационный N 18638);

методические письма:

письмо Минобрнауки России от 28 декабря 2011 г. N 19-337 о методических рекомендациях "Введение третьего часа физической культуры в недельный объем учебной нагрузки обучающихся общеобразовательных учреждений Российской Федерации";

письмо Минобрнауки России от 25 ноября 2011 г. N 19-299 "О разработке учебных программ по предмету "Физическая культура" для общеобразовательных учреждений";

письмо Минобрнауки России от 30 мая 2012 г. N МД-583/19 "Медико-педагогический контроль за организацией занятий физической культурой обучающихся с отклонениями в состоянии здоровья";

письмо Минобрнауки России от 29 марта 2010 г. N 06-499 "О проведении мониторинга физического развития обучающихся";

письмо Министерства образования России от 27 ноября 1995 г. N 1355/11 "О занятиях в зимний период времени".

Обязанности образовательной организации по охране здоровья обучающихся закреплены в следующих документах:

[статья 41](#) Федерального закона "Об образовании в Российской Федерации";

[Часть 1 статьи 43](#) ФЗ (обязанности обучающихся по выполнению требований устава образовательной организации, правил внутреннего распорядка и иных локальных нормативных актов по вопросам организации и осуществления образовательной деятельности);

[статья 30](#) ФЗ (правила поведения (внутреннего трудового распорядка) для обучающихся и работников ОО);

Правовые документы, обеспечивающие защиту прав ребенка:

Федерального уровня:

Уголовный Кодекс РФ;

Семейный Кодекс РФ;

Закон РФ «Об образовании»;

Закон РФ «О защите прав детей»;

Международные правовые акты:

Детский фонд ООН — ЮНИСЕФ, осуществляющий международную защиту прав ребенка. К основным, разработанным ЮНИСЕФ международным документам, касающихся прав детей, относятся:

Декларация прав ребенка (1959 г);

Конвенция о правах ребенка (1989 г);

Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей (1990 г)



ПРИЛОЖЕНИЕ 2 МЕТОДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ



Методы педагогической поддержки используются классным руководителем, с одной стороны, когда у ребенка возникают препятствия, проблемы, которые он осознает, но не знает, как их решать, с другой стороны, они действуют как превентивные меры, помогающие ребенку не создавать проблем или уметь разрешать их.

Методы педагогической защиты ребенка от самого себя, включающие методы физиолого-педагогической и психолого-педагогической защиты:

метод “угашения переживаний” (успокоение путем беседы-рационализации - превращения обидной ситуации в другую, в которой ребенок сохранил бы к себе самоуважение; невербальными средствами: рукопожатие, прижать к себе, погладить, приласкать, возможно использование спокойной музыки);

метод “прямого действия” (остановка ребенка от совершения поступка, направленного против себя);

метод рефлексивного анализа (осмысление с ребенком действий, эмоциональных состояний, приведших к возникновению опасности для его жизни и здоровья);

метод “переключения” - включение ребенка в другие виды деятельности, в которых он был бы успешен, путем замещения (перенос агрессии на допустимые объекты, например, избить подушку, “грушу” в спортзале и т.д.), сублимации (творческое действие - нарисуй что-нибудь, вылепи), катарсиса (потеря значимости собственных страданий по сравнению глобальными общечеловеческими - прочти книгу, посмотри фильм, сходи в театр);

метод “возбуждения оптимизма” (раскрытие перспектив выхода из трудной ситуации и дальнейших путей развития личности) и др.

Методы, с помощью которых возбуждается чувство радости, положительного эмоционального настроения, веры в свои силы:



метод радостной перспективы - это радостные события, которые ждут человека и значимых для него людей в ближайшее время;

метод “увлечения весельем” - юмор всегда помогает преодолевать трудности, оптимизм создает мажорный настрой жизни;

метод поощрения и похвалы - этот метод возбуждает у ребенка чувство радости от сделанного, веры в себя и желания делать еще лучше, применяется путем одобрения (мимикой, жестом, взглядом, словом);

метод самонаблюдения за своими эмоциями - метод, с помощью которого ребенок может понять, под воздействием каких причин возникает та или иная эмоция, чувство. Это необходимо для поддержания положительного эмоционального настроя в жизни.

Методы поддержки физического здоровья ребенка:

метод “оптимального режима жизни”;

метод “постепенности” - приучение ребенка к последовательности и обдуманности во избежание скачкообразного образа жизни, ведущего к заболеваниям;

метод физических упражнений и занятия спортом;

метод рекреации - обеспечение спокойного отдыха организма;

метод массажа и самомассажа - физического оздоровления путем растирания участков тела.

Методы педагогической поддержки психического здоровья ребенка:

метод “угашения отрицательных переживаний” - способ обдумывания таких эмоций, как обида, стыд, ненависть, злоба, страх, вина, определение причин их возникновения и как следствие - угашение отрицательных эмоций;

метод “устранения плохих привычек”;

метод “выработки хороших привычек и положительных черт характера”;

метод релаксации - способ расслабления организма с целью успокоения, создания внутреннего комфорта.

Методы педагогической поддержки развития духовно-нравственных и гражданских чувств

Методы, связанные с поддержкой эмоционально-нравственной сферы ребенка:

метод “увлечения добрым делом”;

метод “увлечения героическим” - увлечение нравственным подвигом во имя людей, Родины, Этим методом возбуждается чувство гордости, уважения к своей истории, воспитывается мужество, способность спокойно и стойко переносить трудности;

метод традиции - творческое использование положительного опыта;



метод “увлечения красивым” - возбуждается чувство эстетической радости, желание познавать красоту природы, людей, культурных памятников, беречь ее;

метод “увлечения загадочным” - возбуждается чувство любознательности, желание познавать тайны мира и мироздания, духовности, религии, культуры;

метод личного примера - способ развития положительных качеств на личном примере педагога.

Методы укрепления чувства ответственности:

метод доверия - развивается вера в свои силы;

метод просьбы - обращение к ребенку за помощью с целью получения им удовольствия от самостоятельно выполненного поступка;

метод беседы-размышления - обсуждение вопросов, направленных на поиск и принятие каждым участником нравственного решения;

метод лекции - воспитатель раскрывает смысл нравственных понятий;

метод поручения - обращение к ребенку с заданием творческого характера с предоставлением ему права выбора способов его решения.

Методы, с помощью которых укрепляется воля ребенка:

метод напоминания;

метод “сомнения” - этим методом возбуждается чувство неудовлетворенности собой и появляется желание исправить свои ошибки, стать лучше;

метод “достижения согласия с самим собой” - метод, с помощью которого достигается чувство терпимости к внутреннему рассогласованию и возникает желание коррекции черт характера;

метод “достижения гармонии с окружающим” - метод защиты от раздражения и неприятностей, причиняемых природным, вещевым, человеческим окружением путем усвоения методов саногенного (от лат. Sanitas - здоровье) мышления.

Методы педагогической поддержки развития способностей

Методы поддержки развития аналитико-рефлексивных способностей, с помощью которых воспитатель и воспитанник получают возможность осмыслить свою деятельность, соответствие способов работы целям и полученному результату:

метод наблюдения;

метод коллективного анализа деятельности, размышления;

метод рефлексии - самопознание своей роли и отношения к произошедшим событиям, делам;



метод тестирования и анкетирования.

Методы поддержки развития интеллектуальных способностей:

метод “мозгового штурма” - при снижении самокритичности ребенка в процессе обсуждения повышается уверенность в себе, пробуждается творческий потенциал, создается позитивная установка личности к своим способностям;

метод “сократовской беседы” - развитие диалогического мышления, творческих способностей;

метод синектики - смещение на уровень подсознательной активности, направлен на развитие ассоциативного, абстрактного, образного мышления;

метод “задачной формы организации учебно-воспитательного процесса” — создание учебно-воспитательной ситуации, когда ребенок сам должен выйти на решение задачи путем использования новых способов ее решения;

метод “деловой игры” - при снижении психологической защищенности ребенок имеет возможность побывать в разных ролях, что способствует развитию социального опыта;

метод развития интуиции (игры “Почувствуй состояние другого”, “Кто стоит за дверью”, “Холодно-горячо”, “В какой руке?” и т.д.);

метод психотренинга - направлен на переосмысление Я-концепции, изменение установок и др.

Методы поддержки развития организаторских способностей:

метод “творческого выполнения задач”;

метод игры - творческое действие в воображаемых условных обстоятельствах с целью развития самостоятельности и творчества;

метод поручения - регулярное выполнение определенных действий в целях превращения их в привычные формы поведения (положительные привычки);

метод упражнения - повторение, закрепление, упрочение и совершенствование ценных способов действий.

Методы поддержки развития коммуникативных способностей:

метод “создания воспитывающих ситуаций” - ситуаций свободного выбора поведения;

метод коммуникативного тренинга (ролевые игры, выполнение заданий по заданным параметрам - “активное слушание”, “прием на работу”, тренинг по этикету, “Кораблекрушение”, “Необитаемый остров” и т.д.);

метод творческого поиска.



Методы педагогической поддержки развития самостоятельной личности включают методы стимулирования развития личности:

метод поощрения (устная благодарность, вручение грамоты, приза, ценного подарка, помещение фотографии на доску почета, в книгу лучших учеников школы, награждение родителей, награждение поездкой на экскурсию и т.д.);

метод наказания (взглядом, отстраненным отношением, порицанием в индивидуальной беседе, замечанием, обсуждением проступка в коллективе, выговором);

метод “предоставления дополнительных полномочий”;

метод критики;

метод “ролевой игры” (представление себя в ролях отрицательных и положительных персонажей);

метод самодиагностики - обучение анализу своих индивидуальных особенностей, потребностей, возможностей, поступков;

метод самооценки - обучение адекватному оцениванию себя, адекватности целей, использованных средств;

метод самоорганизации - обучение самостоятельному планированию режима дня, питания, физических и интеллектуальных нагрузок, сна, отдыха (составление и соблюдение распорядка дня, ведение ежедневника необходимых дел и т.д.);

метод самореабилитации - самостоятельный способ восстановления физических и психических сил (расслабление, водные процедуры, смена видов деятельности, достижение гармонии путем включения в творческий, эмоционально-нравственный процесс);

метод самоопределения - создание ситуаций, когда ребенок должен самостоятельно сделать выбор;

метод самореализации - создание условий для выполнения индивидуальной работы в соответствии с поставленными задачами (метод поручения и др.);

метод самоконтроля;

метод самопрогнозирования - построение перспектив своего дальнейшего развития, стратегии и тактики саморазвития, планирование ближайшей и отдаленной перспектив своей деятельности.



ПРИЛОЖЕНИЕ 3

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА НА ТЕМУ: «СОВРЕМЕННЫЕ
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В
ДЕТСКОМ САДУ В СООТВЕТСТВИИ С ФГОС ДО»**

<https://nsportal.ru/detskiy-sad/zdorovyy-obraz-zhizni/2014/11/02/sovremennye-zdorovesberegayushchie-tekhnologii>

Автор: Татьяна Николаевна Бондаренко

Здоровьесберегающие технологии в дошкольном образовании - технологии, направленные на решение приоритетной задачи современного дошкольного образования - задачи сохранения, поддержания и обогащения здоровья субъектов педагогического процесса в детском саду: детей, педагогов и родителей.

Понятие «здоровьесберегающие педагогические технологии» дискуссионно и у разных авторов встречаются разные трактовки. Н.К.Смирнов, как родоначальник понятия «здоровьесберегающие образовательные технологии» утверждал, что их можно рассматривать как технологическую основу здоровьесберегающей педагогики, как совокупность форм и методов организации обучения детей без ущерба для их здоровья, как качественную характеристику любой педагогической технологии по критерию ее воздействия на здоровье ребенка и педагога. Он считает, что как прилагательное понятие «здоровьесберегающая» относится к качественной характеристике любой педагогической технологии, показывающей, насколько при реализации данной технологии решается задача сохранения здоровья основных субъектов образовательного процесса – детей и их родителей, педагогов. Здоровьесберегающие технологии можно рассматривать как сертификат безопасности для здоровья и как совокупность тех принципов, приемов, методов педагогической работы, которые дополняют традиционные педагогические технологии задачами здоровьесбережения.

Цель здоровьесберегающих технологий в дошкольном образовании:

Применительно к ребенку – обеспечение высокого уровня реального здоровья воспитаннику детского сада и воспитание валеологической культуры, как совокупности осознанного отношения



ребенка к здоровью и жизни человека, знаний о здоровье и умений оберегать, поддерживать и сохранять его, валеологической компетентности, позволяющей дошкольнику самостоятельно и эффективно решать задачи здорового образа жизни и безопасного поведения, задачи, связанные с оказанием элементарной медицинской, психологической самопомощи и помощи.

Применительно к взрослым – содействие становлению культуры здоровья, в том числе культуры профессионального здоровья воспитателей ДОО и валеологическому просвещению родителей

Виды здоровьесберегающих технологий в дошкольном образовании

- ✓ медико-профилактические;
- ✓ физкультурно-оздоровительные;
- ✓ технологии обеспечения социально-психологического благополучия ребенка;
- ✓ здоровьесбережения и здоровьесобогащения педагогов дошкольного образования;
- ✓ валеологического просвещения родителей; здоровьесберегающие образовательные технологии в детском саду.

Медицинские здоровьесберегающие технологии в ДОО - обеспечивают сохранение и приумножение здоровья детей под руководством медсестры ДОО в соответствии с медицинскими требованиями и нормами, с использованием медицинских средств:

технологии профилактики заболеваний,
углубленный медицинский осмотр с участием узких специалистов, приходящих из поликлиники,
коррекция возникающих функциональных отклонений,
отслеживание характера течения хронической патологии (для детей, имеющих III-У группу здоровья),
реабилитация соматического состояния здоровья,
противоэпидемическая работа и медицинский контроль работы пищеблока в соответствии с действующими санитарно-гигиеническими правилами,
витаминопрофилактика (отвар шиповника в осеннее – зимний период, витаминизация третьих блюд с использованием аскорбиновой кислоты),

санитарно-гигиеническая деятельность всех служб ДОО.

Физкультурно-оздоровительные технологии - направлены на физическое развитие и укрепление здоровья ребёнка, развитие



физических качеств, двигательной активности и становление физической культуры дошкольников:

- закаливание КГН;
- беседы по валеологии;
- спортивные праздники;
- спортивные развлечения и досуги;
- недели здоровья;
- соревнования;
- прогулки-походы.

Технологии здоровьесбережения и здоровьесобогащения педагогов - технологии, направленные на развитие культуры здоровья педагогов детского сада, в том числе культуры профессионального здоровья, развитие потребности к здоровому образу жизни.

Здоровьесбережение в работе с педагогами ДОУ:

Семинары-тренинги «Психологическое здоровье педагогов»;

Консультации для педагогов «Признаки утомляемости ребёнка дошкольника», «Запрещённые физические упражнения для детей дошкольного возраста», «Как правильно провести гимнастику (различные виды) с дошкольниками», «Профилактика утомляемости дошкольников в ДОУ» «Работа воспитателя по разделам программы «Основы безопасности и жизнедеятельности детей» и др.;

Практикум для педагогов ДОУ «Приёмы релаксации, снятия напряжения в течение рабочего дня»;

Обсуждение вопросов здоровьесбережения на педагогических советах и медико-педагогических совещаниях в группах раннего возраста и коррекционных группах.

Валеологического просвещения родителей - это технологии, направленные на обеспечение валеологической образованности родителей воспитанников ДОУ, обретение ими валеологической компетентности. Валеологическое образование родителей надо рассматривать как непрерывный процесс валеологического просвещения всех членов семьи.

Взаимодействие ДОУ с семьёй по вопросам охраны и укрепления здоровья детей:

Информационные стенды для родителей в каждой возрастной группе работают рубрики, освещающие вопросы оздоровления без лекарств (комплексы упражнений для профилактики нарушений опорно-двигательного аппарата, органов зрения, для развития общей и мелкой моторики, пальчиковые игры;



Информационные стенды медицинских работников о медицинской профилактической работе с детьми в ДОУ;

Приобщение родителей к участию в физкультурно-массовых мероприятиях ДОУ (соревнования, спортивные праздники, дни открытых дверей, Дни и Недели здоровья, встречи детей ДОУ с родителями-спортсменами и др.);

Консультации, беседы с родителями по вопросам здоровьесбережения.

Здоровьесберегающие образовательные технологии в детском саду - это прежде всего технологии воспитания валеологической культуры или культуры здоровья дошкольников.

Современные здоровьесберегающие технологии, используемые в системе дошкольного образования отражают две линии оздоровительно-развивающей работы:

приобщение детей к физической культуре

использование развивающих форм оздоровительной работы.

В настоящее время одной из наиболее важных и глобальных проблем является состояние здоровья детей. Вырастить здорового ребенка – вот самое главное, что необходимо сделать нам, педагогам дошкольных учреждений. Полноценное физическое развитие и здоровье ребенка – это основа формирования личности.

Физическое здоровье детей неразрывно связано с их психическим здоровьем, эмоциональным благополучием. Исходя из принципа “здоровый ребенок – успешный ребенок”, считаю невозможным решение проблемы воспитания социально адаптированной личности без осуществления системы мероприятий по оздоровительной работе и физическому воспитанию детей. Поэтому в настоящее время в качестве одного из приоритетных направлений педагогической деятельности выделяется применение в условиях детского сада здоровьесберегающих технологий.

Применение в работе ДОУ здоровьесберегающих педагогических технологий повысит результативность воспитательно-образовательного процесса, сформирует у педагогов и родителей ценностные ориентации, направленные на сохранение и укрепление здоровья воспитанников, если будут созданы условия для возможности корректировки технологий, в зависимости от конкретных условий и специализации ДОУ; если, опираясь на статистический мониторинг здоровья детей, будут внесены необходимые поправки в интенсивность технологических воздействий, обеспечен



индивидуальный подход к каждому ребенку; будут сформированы положительные мотивации у педагогов ДОУ и родителей детей.

Используемые в комплексе здоровьесберегающие технологии в итоге формируют у ребенка стойкую мотивацию на здоровый образ жизни.

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

Современные здоровьесберегающие педагогические технологии

Виды здоровьесберегающих педагогических технологий	Время проведения в режиме дня	Особенности методики проведения	Ответственный
<i>Технологии сохранения и стимулирования здоровья</i>			
Ритмопластика	Не раньше чем через 30 мин. после приема пищи, 2 раза в неделю по 30 мин. со среднего возраста	Обратить внимание на художественную ценность, величину физической нагрузки и ее соразмерность возрастным показателям ребенка	Инструктор по ФИЗО, музыкальный руководитель, педагоги ДОУ
Динамические паузы (физкультминутки)	Во время занятий, 2-5 мин., по мере утомляемости детей во всех возрастных группах	Рекомендуется для всех детей в качестве профилактики утомления. Могут включать в себя элементы гимнастики для глаз, дыхательной гимнастики и других в зависимости от вида занятия	Педагоги ДОУ



Подвижные спортивные игры	и	Как часть физкультурного занятия, на прогулке, в групповой комнате - малой и со средней степенью подвижности .	Ежедневно для всех возрастных групп. Игры подбираются в соответствии с возрастом ребенка, местом и временем ее проведения. В ДОУ используем лишь элементы спортивных игр.	Инструктор по ФИЗО, педагоги ДОУ
Релаксация		В любом подходящем помещении. В зависимости от состояния детей и целей, педагог определяет интенсивность технологий.	Для всех возрастных групп. Можно использовать спокойную классическую музыку (Чайковский, Рахманинов), звуки природы	Инструктор по ФИЗО, педагоги ДОУ, психолог
Технологии эстетической направленности		Реализуются на занятиях художественно-эстетического цикла, при посещении музеев, театров, выставок и пр., оформлении помещений к праздникам и др	Для всех возрастных групп Осуществляется на занятиях по программе ДОУ, а также по специально запланированному графику мероприятий. Особое значение имеет работа с семьей, привитие детям эстетического вкуса	Все педагоги ДОУ
Гимнастика		Проводится	С младшего	Все педагоги



пальчиковая	в любой удобный отрезок времени (в любое удобное время)	возраста индивидуально либо с подгруппой ежедневно. Рекомендуется всем детям, особенно с речевыми проблемами.	ДОУ, логопед
Гимнастика для глаз	Ежедневно по 3-5 мин. в любое свободное время; в зависимости от интенсивности зрительной нагрузки с младшего возраста	Рекомендуется использовать наглядный материал, показ педагога	Все педагоги ДОУ
Гимнастика дыхательная	В различных формах физкультурно-оздоровительной работы с младшего возраста	Обеспечить проветривание помещения, педагогу дать детям инструкции об обязательной гигиене полости носа перед проведением процедуры	Все педагоги ДОУ
Гимнастика пробуждения	Ежедневно после дневного сна, 5-10 мин. во всех возрастных группах.	Форма проведения различна: упражнения на кроватках, обширное умывание; ходьба по ребристым дощечкам;	Педагоги ДОУ



		легкий бег из спальни в группу с разницей температуры в помещениях и другие в зависимости от условий ДОУ.	
Оздоровительный бег	Со старшего возраста в теплый период в утренний прием на улице или на прогулке.	Необходимость проведения бега в физкультурной форме и спортивной обуви.	Инструктор по ФИЗО, педагоги ДОУ
Технологии обучения здоровому образу жизни			
Физкультурное занятие	2 раза в неделю в спортивном зале, 1 раз – на улице. Все возрастные группы. Ранний возраст - в групповой комнате или физ.зале - 10 мин. Младший возраст- 15-20 мин., средний возраст - 20-25 мин., старший возраст - 25-30 мин.	Занятия проводятся в соответствии с программой, по которой работает ДОУ. Перед занятием необходимо хорошо проветрить помещение	Инструктор по ФИЗО, педагоги ДОУ
Проблемно-игровые (игротренинги и игротерапия)	В свободное время, можно во	Занятие может быть организовано не	Психолог, педагоги ДОУ



	второй половине дня. Время строго не фиксировано, в зависимости от задач, поставленных педагогом со старшего возраста	заметно для ребенка, посредством включения педагога в процесс игровой деятельности	
Коммуникативные игры	1-2 раза в неделю по 30 мин. со старшего возраста	Занятия строятся по определенной схеме и состоят из нескольких частей. В них входят беседы, этюды и игры разной степени подвижности, занятия рисованием, лепкой и др.	Психолог, педагоги ДОУ
Занятия из серии «Здоровье»	1 раз в неделю по 30 мин. со старшего возраста	Могут быть включены в сетку занятий в качестве познавательного развития	Педагоги ДОУ
Самомассаж	В зависимости от поставленных педагогом целей, сеансами либо в различных формах физкультурно-оздоровительной работы	Необходимо объяснить ребенку серьезность процедуры и дать детям элементарные знания о том, как не нанести вред своему организму	Инструктор по ФИЗО, педагоги ДОУ



	с младшего возраста		
Коррекционные технологии			
Технологии музыкального воздействия	В различных формах физкультурн о- оздоровител ьной работы; либо отдельные занятия 2-4 раза в месяц в зависимости от поставленны х целей во всех возрастных группах	Используются в качестве вспомогательного средства как часть других технологий; для снятия напряжения, повышения эмоционального настроя и пр.	Педагоги ДОУ, музыкальный руководитель
Технологии воздействия цветом	Как специальное занятие 2-4 раза в месяц в зависимости от поставленны х задач со среднего возраста	Необходимо уделять особое внимание цветовой гамме интерьеров ДОУ. Правильно подобранные цвета снимают напряжение и повышают эмоциональный настрой ребенка	Педагоги ДОУ, психолог
Технологии коррекции поведения	Сеансами по 10-12 занятий по 25-30 мин. со старшего возраста	Проводятся по специальным методикам в малых группах по 6-8 человек. Группы составляются не по одному признаку - дети с разными	Педагоги ДОУ, психолог



		проблемами занимаются в одной группе. Занятия проводятся в игровой форме, имеют диагностический инструментальный и протоколы занятий	
Сказкотерапия	2-4 занятия в месяц по 30 мин. со старшего возраста	Занятия используют для психологической терапевтической и развивающей работы. Сказку может рассказывать взрослый, либо это может быть групповое рассказывание, где рассказчиком является не один человек, группа детей, а остальные дети повторяют за рассказчиками необходимые движения.	Педагоги ДОУ, психолог

Этапы внедрения здоровьесберегающих технологий

Анализ исходного состояния здоровья, физического развития и физической подготовленности дошкольников, их валеологических умений и навыков, а также здоровьесберегающей среды ДОУ.

Организация здоровьесберегающего образовательного пространства в ДОУ.

Установление контактов с социальными партнёрами ДОУ по вопросам здоровьесбережения.



Освоение педагогами ДОУ методик и приёмов здоровьесбережения детей и взрослых ДОУ.

Внедрение разнообразных форм работы по сохранению и укреплению здоровья для разных категорий детей и взрослых.

Работа валеологической направленности в родителями ДОУ.

Система здоровьесбережения в ДОУ:

различные оздоровительные режимы (адаптационный, гибкий, щадящий, по сезонам, на время каникул);

комплекс закаливающих мероприятий (воздушное закаливание, хождение по “дорожкам здоровья”, профилактика плоскостопия; хождение босиком, “топтанье” в тазах, полоскание горла и рта, максимальное пребывание детей на свежем воздухе, бодрящая гимнастика);

физкультурные занятия всех типов;

оптимизация двигательного режима: традиционная двигательная деятельность детей (утренняя гимнастика, физкультурные занятия, проведение подвижных игр, прогулки) и инновационные технологии оздоровления и профилактики (ритмопластика, логоритмика, сухой бассейн, массажёры, тактильные дорожки);

организация рационального питания;

медико-профилактическая работа с детьми и родителями;

соблюдение требований СанПиНа к организации педагогического процесса;

комплекс мероприятий по сохранению физического и психологического здоровья педагогов.

Направления работы по здоровьесбережению в ДОУ

Интеграция задач физкультурно-оздоровительной работы в различные виды совместной деятельности;

Внедрение инновационных здоровьесберегающих технологий в воспитательно-образовательный процесс ДОУ;

Разнообразие форм физкультурно - досуговой деятельности с дошкольниками;

Формирование привычки к здоровому образу жизни у дошкольников, педагогов и родителей;

Совершенствование физических качеств и обеспечение нормального уровня физической подготовленности в соответствии с возможностями и состоянием здоровья ребенка;



Выявление интересов, склонностей и способностей детей в двигательной деятельности и реализация их через систему спортивно-оздоровительной работы;

Обеспечение физического и психического благополучия каждого ребёнка в ДОУ.

Результаты внедрения здоровьесберегающих технологий в ДОУ

Сформированные навыки здорового образа жизни воспитанников, педагогов и родителей ДОУ.

Взаимодействие специалистов ДОУ в организации физкультурно-оздоровительной работы с дошкольниками специализированных групп.

Проявление толерантности всех участников внедрения здоровьесберегающих технологий в педагогический процесс ДОУ.

Формирование нормативно-правовой базы по вопросам оздоровления дошкольников.

Внедрение научно-методических подходов к организации работы по сохранению здоровья детей, к созданию здоровьесберегающего образовательного пространства в ДОУ и семье;

Улучшение и сохранение соматических показателей здоровья дошкольников.

Десять золотых правил здоровьесбережения:

1. Соблюдайте режим дня!
2. Обращайте больше внимания на питание!
3. Больше двигайтесь!
4. Спите в прохладной комнате!
5. Не гасите в себе гнев, дайте вырваться ему наружу!
6. Постоянно занимайтесь интеллектуальной деятельностью!
7. Гоните прочь уныние и хандру!
8. Адекватно реагируйте на все проявления своего организма!
9. Старайтесь получать как можно больше положительных эмоций!
10. Желайте себе и окружающим только добра!



ПРИЛОЖЕНИЕ 4 ВИДЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ В ДОУ

Автор *Архипова Л.К.*

http://www.kirov.spb.ru/DOU/40/index.php?option=com_content&view=article&id=30:2012-06-14-18-10-21&catid=9:2012-06-14-17-51-55&Itemid=8

Охрана жизни и укрепление физического и психического здоровья детей – одна из основных задач дошкольного образования в соответствии с Типовым положением о дошкольном образовании. Дошкольный возраст является важнейшим этапом в формировании здоровья ребенка. Традиции системы дошкольного образования и их развитие обеспечивают положительные тенденции охраны и укрепления здоровья воспитанников. Однако, по данным системы здравоохранения, в настоящее время состояние здоровья детей дошкольного возраста снижается. И поэтому актуально значимым и востребованным сегодня становится поиск средств и методов повышения эффективности оздоровительной работы в дошкольных образовательных учреждениях. Технологии, как эффективная система мер профилактической работы с детьми, направленная на сохранение и укрепление здоровья воспитанников, получили название «здоровьесберегающие технологии».

Вот некоторые из трактовок педагогической технологии:

Педагогическая технология – совокупность психолого-педагогических установок, форм, методов, способов, приемов обучения, воспитательных средств; она есть инструментарий педагогического процесса (Б.Т.Лихачев)

Педагогическая технология – система способов, приемов, шагов, последовательность которых обеспечивает решение задач воспитания, обучения и развития личности воспитанника, а сама деятельность представлена процедурно, т.е. как определенная система действий; разработка и процедурное воплощение компонентов педагогического процесса в виде системы действий, обеспечивающей гарантированный результат (Г.М.Коджаспирова)

Педагогическая технология – системная совокупность и порядок функционирования всех личностных, инструментальных и



методологических средств, используемых для достижения педагогических целей (М.В.Кларин)

Технология обучения – это точное знание того, как надо обучать, и такой способ обучения, который ориентирован на результат и гарантирует его достижение (Е.В.Бондаревская)

Важнейшей характеристикой педагогической технологии является ее воспроизводимость.

Анализ различных определений и описаний сущности педагогической технологии позволяет за основное принять следующее определение:

Педагогическая технология – это целостный научно обоснованный проект определенной педагогической системы от ее теоретического замысла до реализации в образовательной практике, отражающий их цели, содержание, формы, методы, средства, результаты и условия организации.

Из определения следует, что компонентами педагогической технологии выступают:

концептуальная основа (то есть научная база технологии, те психолого-педагогические идеи, которые заложены в ее фундамент);

содержательная часть (то есть цели и содержание обучения и воспитания);

процессуальная часть (то есть формы, методы, средства, условия организации учебно-воспитательного процесса, результат)

Здоровьесберегающие образовательные технологии (ЗОТ):

1) системно организованная совокупность программ, приемов, методов организации образовательного процесса, не наносящего ущерба здоровью его участников;

2) качественная характеристика педагогических технологий по критерию их воздействия на здоровье учащихся и педагогов;

3) технологическая основа здоровьесберегающей педагогики.

Выбор здоровьесберегающих педагогических технологий в конкретном ДОУ зависит от:

типа дошкольного учреждения

конкретных условий дошкольного образовательного учреждения

организации здоровьесберегающей среды

от программы, по которой работают педагоги

продолжительности пребывания детей в ДОУ

от показателей здоровья детей

профессиональной компетентности педагогов.



Рекомендации по использованию здоровьесберегающих педагогических технологий в ДОУ

Технологии сохранения и стимулирования здоровья

Стретчинг – не раньше чем через 30 мин. после приема пищи, 2 раза в неделю по 30 мин. со среднего возраста в физкультурном или музыкальном залах, либо в групповой комнате, в хорошо проветренном помещении специальные упражнения под музыку. Рекомендуется детям с вялой осанкой и плоскостопием. Ответственный исполнитель: руководитель физического воспитания, воспитатели.

Динамические паузы – во время занятий, 2-5 мин., по мере утомляемости детей. Рекомендуется для всех детей в качестве профилактики утомления. Могут включать в себя элементы гимнастики для глаз, дыхательной гимнастики и других в зависимости от вида занятия. Ответственный исполнитель: воспитатели.

Подвижные и спортивные игры – как часть физкультурного занятия, на прогулке, в групповой комнате - малой, средней и высокой степени подвижности. Ежедневно для всех возрастных групп. Игры подбираются в соответствии с возрастом ребенка, местом и временем ее проведения. В детском саду мы используем лишь элементы спортивных игр. Ответственный исполнитель: руководитель физического воспитания, воспитатели.

Релаксация – в любом подходящем помещении, в зависимости от состояния детей и целей, педагог определяет интенсивность технологии. Для всех возрастных групп. Можно использовать спокойную классическую музыку (Чайковский, Рахманинов), звуки природы. Ответственный исполнитель: руководитель физического воспитания, воспитатели, психолог.

Гимнастика пальчиковая – с младшего возраста индивидуально либо с подгруппой ежедневно. Рекомендуется всем детям, особенно с речевыми проблемами. Проводится в любой удобный отрезок времени (в любое удобное время). Ответственный исполнитель: воспитатели, психолог.

Гимнастика для глаз – ежедневно по 3-5 мин. в любое свободное время в зависимости от интенсивности зрительной нагрузки с младшего возраста. Рекомендуется использовать наглядный материал, показ педагога. Ответственный исполнитель: все педагоги

Гимнастика дыхательная – в различных формах физкультурно-оздоровительной работы. Обеспечить проветривание помещения,



педагогу дать детям инструкции об обязательной гигиене полости носа перед проведением процедуры. Ответственный исполнитель: все педагоги

Динамическая гимнастика – ежедневно после дневного сна, 5-10 мин. Ответственный исполнитель: воспитатели.

Гимнастика корригирующая – в различных формах физкультурно-оздоровительной работы. Форма проведения зависит от поставленной задачи и контингента детей. Ответственный исполнитель: руководитель физического воспитания, воспитатель.

Гимнастика ортопедическая – в различных формах физкультурно-оздоровительной работы. Рекомендуется детям с плоскостопием и в качестве профилактики болезней опорного свода стопы. Ответственный исполнитель: руководитель физического воспитания, воспитатель.

Технологии обучения здоровому образу жизни:

Физкультурное занятие – 2-3 раза в неделю в спортивном или музыкальном залах. Ранний возраст - в групповой комнате, 10 мин. Младший возраст – 15-20 мин., средний возраст – 20-25 мин., старший возраст – 25-30 мин. Перед занятием необходимо хорошо проветрить помещение. Ответственный исполнитель: руководитель физического воспитания, воспитатель.

Проблемно-игровые игротренинги, игротерапия – в свободное время, можно во второй половине дня. Время строго не фиксировано, в зависимости от задач, поставленных педагогом. Занятие может быть организовано не -заметно для ребенка, посредством включения педагога в процесс игровой деятельности. Ответственный исполнитель: воспитатели, психолог.

Коммуникативные игры – 1-2 раза в неделю по 30 мин. со старшего возраста. Занятия строятся по определенной схеме и состоят из нескольких частей. В них входят беседы, этюды и игры разной степени подвижности, занятия рисованием, лепкой и др. Ответственный исполнитель: воспитатели, психолог.

Занятия из серии «Уроки здоровья» -1 раз в неделю по 30 мин. со старшего возраста. Могут быть включены в сетку занятий в качестве познавательного развития. Ответственный исполнитель: воспитатели, психолог.

Самомассаж. В зависимости от поставленных педагогом целей, сеансами либо в различных формах физкультурно-оздоровительной работы



Необходимо объяснить ребенку серьезность процедуры и дать детям элементарные знания о том, как не нанести вред своему организму. Ответственный исполнитель: воспитатели, ст. медсестра, руководитель физического воспитания

Точечный массаж. Проводится в преддверии эпидемий, в осенний и весенний периоды в любое удобное для педагога время со старшего возраста. Проводится строго по специальной методике. Рекомендуется детям с частыми простудными заболеваниями и болезнями органов дыхания. Используется наглядный материал (специальные модули). Ответственный исполнитель: воспитатели, ст. медсестра, руководитель физического воспитания.

Коррекционные технологии

Технологии музыкального воздействия – в различных формах физкультурно-оздоровительной работы; либо отдельные занятия 2-4 раза в месяц в зависимости от поставленных целей. Используются в качестве вспомогательного средства как часть других технологий; для снятия напряжения, повышения эмоционального настроя и пр. Ответственный исполнитель: все педагоги

Арт-терапия. Сеансами 10-12 занятий по 30-35 мин начиная со средней группы. Программа имеет диагностический инструментарий и предполагает ведение протоколов занятий. Ответственный исполнитель: воспитатели, психолог.

Сказкотерапия – 2-4 занятия в месяц по 30 мин. со старшего возраста. Занятия используют для психологической терапевтической и развивающей работы. Сказку может рассказывать взрослый, либо это может быть групповое рассказывание, где рассказчиком является не один человек, группа детей, а остальные дети повторяют за рассказчиками необходимые движения. Ответственный исполнитель: воспитатели, психолог.

Технологии воздействия цветом – как специальное занятие 2-4 раза в месяц в зависимости от поставленных задач. Правильно подобранные цвета интерьера в группе снимают напряжение и повышают эмоциональный настрой ребенка. Ответственный исполнитель: воспитатели, психолог.

Психогимнастика – 1-2 раза в неделю со старшего возраста по 25-30 мин. Направлена на развитие и коррекцию различных сторон психики ребенка.

Ответственный исполнитель: воспитатели, психолог.



Фонетическая ритмика – 2 раза в неделю с младшего возраста в физкультурном или музыкальном залах. Занятия рекомендованы детям с проблемами слуха либо в профилактических целях. Ответственный исполнитель: воспитатели, логопед, руководитель физического воспитания.

Используемые в комплексе здоровьесберегающие технологии в итоге формируют у ребенка стойкую мотивацию на здоровый образ жизни.

Усилия работников ДОУ сегодня как никогда направлены на оздоровление ребенка-дошкольника, культивирование здорового образа жизни. Не случайно именно эти задачи являются приоритетными в программе модернизации российского образования.



ПРИЛОЖЕНИЕ 5

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА УРОКАХ МАТЕМАТИКИ

смотреть по ссылке <http://kindergenii.ru/for-teacher/zdorovay-matematika.htm>

Автор: Николаева Нина Алексеевна, учитель математики первой валификационной категории МКОУ «Днепровская средняя общеобразовательная школа» Новодугинский район, Смоленская область, с.Днепровское.

Введение

Успешность обучения в школе определяется уровнем состояния здоровья, с которым ребенок пришел в школу, что является исходным фоном на старте обучения. На этом фоне в дальнейшем не менее важна и правильная организация учебной деятельности. Многочисленные исследования последних лет показывают, что около 25-30% детей, приходящих в 1-е классы, имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья.

За период обучения в школе число здоровых детей уменьшается в 4 раза, число близоруких детей увеличивается с 1 класса к выпускным с 3,9 до 12,3%, с нервно-психическими расстройствами – с 5,6 до 16,4%, нарушениями осанки – с 1,9 до 16,8%. Одна из частых патологий у школьников – нарушение остроты зрения, составляющее в ряде регионов России до 30-40%.

В настоящее время образовательный процесс характеризуется его интенсификацией, и именно с этим фактором специалисты связывают 40% детско-подростковой патологии, т.к. частое следствие интенсификации учебного процесса – возникновение у учащихся состояний усталости, утомления, переутомления. В свою очередь переутомление создает предпосылки развития острых и хронических нарушений здоровья, развития нервных, психосоматических и других заболеваний.

В связи с этим проблема здоровья детей сегодня как никогда актуальна. В настоящее время можно с уверенностью утверждать, что именно учитель в состоянии сделать для здоровья современного ученика больше, чем врач. Это не значит, что педагог должен выполнять обязанности медицинского работника. Просто учитель должен работать так, чтобы обучение детей в школе не наносило ущерба здоровью школьников.



Здоровьесберегающие образовательные технологии можно рассматривать как совокупность тех принципов, приемов, методов педагогической работы, которые, дополняя традиционные технологии обучения и воспитания, наделяют их признаком здоровьесбережения, т.е. цель здоровьесберегающих технологий обучения - обеспечить школьнику возможность сохранения здоровья за период обучения в школе.

Использование здоровьесберегающих технологий на уроках математики

Для достижения целей здоровьесберегающих технологий обучения применяются следующие группы средств:

- 1) Средства двигательной направленности.
- 2) Гигиенические факторы.
- 3) Психолого-педагогические факторы.

К средствам двигательной направленности относятся такие двигательные действия, которые направлены на реализацию задач здоровьесберегающих образовательных технологий обучения. Это – физкультминутки (приложение 1), эмоциональные разрядки, подвижные игры с дидактической направленностью.

В течение дня концентрация внимания не одинакова – она колеблется. У каждого человека есть свои собственные циклы, длительность которых от 90 до 110 минут. В конце каждого такого цикла мозг нуждается в кратковременном отдыхе.

В среднем дети 5-8 лет могут интенсивно, без перерывов учиться в течение 5-7 минут, не более. Дети 9-13 лет – в течение 8-12 минут, юноши и девушки 14-18 лет – в течение 12-15 минут. После этого должна обязательно следовать пауза.

Существуют и другие причины необходимости введения в процесс обучения пауз и фаз рефлексии. Эти причины следующие:

1. Многое в процессе обучения происходит неосознанно и спонтанно. Для осмысления и структурирования результатов обучения требуется специальное время.
2. Для того, чтобы найти в обучении свои личностные смыслы, человеку необходимо время, свободное от поступления новой информации и решения задач.
3. После завершения урока учебный процесс еще долго не заканчивается. Не осознавая этого, мы в течение какого-то времени перерабатываем эту информацию. На житейском языке это звучит обычно таким образом: «эта информация должна отлежаться». Все это означает, что после



интенсивной работы необходим перерыв, во время которого активизируются отделы головного мозга, не работающие ранее.

Упражнения для физкультминуток выполняют важные функции:

1. Они снижают уровень напряжения и дают возможность ученикам расслабиться.
2. Они делают процесс обучения более эффективным, поскольку активизируют все важнейшие системы человеческого организма.
3. Они создают в группе обстановку доверия и доброжелательности.

С позиций здоровьесбережения польза от выполнения нескольких физических упражнений будет наибольшей, если учитывать следующие условия:

1. Состав упражнений физкультминутки должен зависеть от особенностей урока (в какой вид деятельности были включены учащиеся до этого, каково их состояние и т.д.).
2. Обязательным является эмоциональная составляющая физкультминутки. Занятие должно проводиться на положительном эмоциональном фоне.
3. Учителю необходимо выработать для каждого класса 2-3 условных вербально-поведенческих знака, позволяющих быстрее и эффективнее переключать школьников в другой режим деятельности.

К гигиеническим средствам достижения целей здоровьесберегающих образовательных технологий обучения, содействующим укреплению здоровья и стимулирующим развитие адаптивных свойств организма, относятся:

- ✓ санитарно-гигиенических требований, регламентированных СанПиНами;
- ✓ личная и общественная гигиена (чистота тела, чистота мест занятия, воздуха и т.д.);
- ✓ проветривание и влажная уборка помещений;
- ✓ ограничение предельного уровня учебной нагрузки во избежание переутомления.

Несоблюдение гигиенических требований к проведению занятий снижает положительный эффект здоровьесберегающих образовательных технологий обучения.

Основные гигиенические критерии рациональной организации урока (по Н.К.Смирнову)



Факторы урока. Гигиенический рациональный уровень урока.

Плотность урока - не менее 60% и не более 75-80%.

Число видов учебной деятельности 4 – 7.

Средняя продолжительность различных видов деятельности - не более 10 мин.

Частота чередования различных видов учебной деятельности.

Смена не позже чем через 7 – 10 мин.

Число видов преподавания - не менее 3.

Чередование видов преподавания - не позже чем через 10 – 15 мин.

Наличие эмоциональных разрядок (число) 2 – 3.

Место и длительность применения ТСО - в соответствии с гигиеническими нормами.

Чередование позы.

Поза чередуется в соответствии с видом работы. Учитель наблюдает за посадкой учащихся.

Физкультминутки - две за урок, состоящие из 3 легких упражнений, по 3 – 5 повторений каждого.

Психологический климат

Преобладают положительные эмоции.

Момент наступления утомления учащихся (по снижению учебной активности) - не ранее чем через 40 мин.

Психолого-педагогические факторы

Наиболее часто встречающиеся проблемы с «энергетикой», повышенная утомляемость, истощаемость детей, вызывающая колебания, а затем и полное падение внимания. Учитель может противопоставить утомлению – повышение мотивации и дозировку заданий, обеспечение отдыха.

Обеспечение мотивации. Если ребенок не объект, а один из субъектов обучения, если он эмоционально вовлечен в процесс учения и задания ему по силам, то возникает «аффективно-волевая подоплека» обучения, которая обеспечивает естественное повышение работоспособности, повышение эффективности работы мозга, которое не идет в ущерб здоровью. Для обеспечения мотивации важно обучение «по единицам, а не по элементам», предпочтение значимого осмысленного материала.

Принцип целостности. Элементарные и в то же время осмысленные действия лучше осваиваются и запоминаются. Исходя из этого, следует по возможности избегать чисто технических заданий и предлагать доступные творческие задания.



Таким образом, выбор теории должен определяться познавательными возможностями и необходимостью обеспечения мотивации. Эмоциональная вовлеченность ребенка в процесс обучения позволяет значительно упростить проблему обеспечения прочного запоминания. Эмоционально-значимый материал проходит более глубокую обработку и лучше запоминается.

При этом необходимо учитывать закономерности угасания следа, в соответствии с которыми сначала необходимо частое подкрепление следа, а затем все более редкое. Система повторения является необходимым условием доступности учебного процесса и сохранения учебной мотивации.

Обеспечение адекватного восстановления сил.

Смена видов деятельности, регулярное чередование периодов напряженной активной работы и расслабления, смена произвольной и эмоциональной активации необходимы во избежание переутомления детей. При этом следует иметь в виду, что даже сидение за партой без возможности активно двигаться может утомлять детей. Особенно это существенно для детей младшего школьного возраста. Нарушение осанки, опорно-двигательного аппарата - частое следствие чрезмерных требований авторитарного учителя, не задумывающегося об организации регулярных передышек и отдыха для своих учеников.

Для сохранения мотивации и работоспособности очень важно осознание успешности обучения. Если учитель умеет показать успешность ученика в обучении, его действия вызывают психотерапевтический эффект. При этом учителю нет необходимости быть необъективным – он может выделить какой-то аспект работы, похвалить за старание в определенный период времени. Если ребенок часто неуспешен, в предлагаемых ему заданиях следует придерживаться правила «одной трудности», чтобы ребенок мог сосредоточиться на чем-то одном. Таким образом, необходим выбор адекватной для детей сложности заданий.

Индивидуальный подход к детям предполагает учет, во-первых, личности ребенка и социальных факторов его развития и, во-вторых, состояния его высших психических функций, т.е. анализ индивидуально-типологических особенностей учащихся и выделение сильных и слабых сторон развития высших психических функций. Учитель должен выстраивать учебные задачи от простых к сложным относительно слабого звена и оказывать помощь (подсказку), позволяющие выполнить функции слабого звена.



Принцип активности предполагает в учащихся высокую степень самостоятельности, инициативности и творчества, а творческий характер образовательного процесса - необходимое условие здоровьесбережения.

Творческое усвоение знаний обеспечивает проблемный урок. Проблемные ситуации с удивлением. Реакция удивления школьников означает возникновение проблемной ситуации. Эмоциональное переживание возникает у школьников при столкновении с противоречием. Постановка учебной проблемы с мотивирующим приемом. Ребята хотят искать ответ на вопрос, который поставили сами, стремятся изучать тему, которую они лично сформулировали или которой их заинтриговали. Ставить проблему совершенно обязательно, т.к. она мотивирует школьников к усвоению нового материала, включая в работу весь класс, активно задействует всю познавательную сферу: внимание, память, мышление, речь. Проблемный диалог требует больше времени, но при этом обеспечивает понимание материала. Поэтому закрепление идет быстрее и легче. Проблемный диалог сначала накрывает школьника волной интереса к новому материалу, а затем дарит ему острую радость самостоятельного открытия знаний. Для ребят «учение с увлечением», значительно снижает нервные нагрузки. Таким образом, именно проблемный диалог - здоровьесберегающая технология.

Формулирование темы урока

На проблемном уроке тема может быть озвучена не только до, но и после открытия знания, причем не только учителем, но и школьниками. *Художественная форма выражения мысли.* Научные знания можно выразить художественно. При этом знания оседают в памяти благодаря яркому образу. Конкретными формами могут являться метафора, загадка, стихотворение. Художественные задания даются на дом, потому что на уроках времени на их выполнение просто нет. Они не являются обязательными для каждого ученика и предлагаются по желанию, т.к. для одних такое задание может оказаться захватывающе интересным, а для других – запредельным и повергающим в стресс. Поэтому пусть у школьника будет право выбора.

В процессе игры вырабатывается умение мыслить системно, продуктивно, пробуждается стремление к поиску новых идей, а это уже шаг к творчеству. Рисуем по координатам. Даны координаты точек. Нужно каждую из них изобразить на координатной плоскости, последовательно соединить с предыдущей отрезком, в результате



получится определенный рисунок. Можно предложить обратное задание: нарисовать самим любой рисунок, имеющий конфигурацию ломанной, и записать координаты вершин. Игровые ситуации Создание игровых ситуаций на уроках математики повышает интерес к математике, вносит разнообразие и эмоциональную окраску в учебную работу, снимает утомление, развивает внимание, сообразительность, чувство соревнования, взаимопомощь. В большинстве случаев они применяются в качестве вспомогательного средства для возбуждения познавательного интереса и создания проблемных ситуаций. Это настраивает учащихся на изучение определенного материала и не требует дополнительного времени для разъяснения правил игры. Игровая ситуация создается в процессе выполнения практических заданий. Игровые ситуации с использованием задач-рисунков. Игровая ситуация при нахождении замаскированной ошибки Игровая ситуация, содержащая жизненные факты. Использование занимательных задач. Использование буквенных кодов при проверке результатов решения задач и примеров. Таким образом, системное и комплексное использование всех средств здоровьесберегающих технологий на уроках позволяет решать задачи педагогики оздоровления в условиях инноваций образования.

Заключение

В последние годы на фоне экологического и социального неблагополучия и продолжающейся интенсификации школьного образования отмечается нарастающее ухудшение здоровья детей. В большинстве исследований отмечается четкая зависимость роста отклонений в состоянии здоровья от объема и интенсивности учебной нагрузки. Многие дети приходят в школу недостаточно готовыми к обучению с точки зрения их психофизического развития. В условиях систематических школьных перегрузок они оказываются неуспевающими учениками или учениками, успехи которых в школе достигаются ценой здоровья. Постоянное пребывание в ситуации неуспешности или тревожного ожидания неуспеха усугубляет поведенческие и нервно-психические отклонения и нередко толкает к асоциальным формам поведения. Чтобы выйти из этого замкнутого круга, и требуются охраняющие здоровье технологии обучения.

Одной из важнейших задач по реализации здоровьесберегающих технологий является использование активных, творческих методов обучения. Их применение снижает риск появления у школьников переутомления, способствует более гармоническому развитию личности.



Творческий характер образовательного процесса – крайне необходимое условие здоровьесбережения. Включение ребенка в творческий процесс не только природосообразно, способствует развитию личности учащегося, но и снижает вероятность наступления утомления. Обучение без творческого заряда – неинтересно, а значит, в той или иной степени, является насилием над собой и другими, насилие же разрушительно для здоровья, как через формирование усталости, так и само по себе.

Обязательным элементом здоровьесберегающей организации урока в соответствии с современными требованиями являются физкультминутки.

Усилия по внедрению даже самых передовых здоровьесберегающих технологий останутся безрезультатными, если школьники будут перегружены большим объемом домашних заданий, если с большим напряжением будут заниматься в школе.

Таким образом, педагогические технологии должны способствовать такой организации учебного процесса, чтобы дети успешно развивались как психически, так и физически. От правильной организации урока, уровня его гигиенической рациональности во многом зависит функциональное состояние школьников в процессе учебной деятельности, возможность длительно поддерживать умственную работоспособность на высоком уровне и предупреждать преждевременное наступление утомления.

Следует помнить, что содержание и формы учебной деятельности оказывают серьезнейшее влияние (положительное или негативное) на состояние и перспективы здоровья детей. Учебно-образовательный процесс осуществляется по здоровье-сберегающим технологиям, если при реализации используемой педагогической системы решается задача сохранения здоровья учащихся.

Приложение 1. Гимнастика

1. Движение глазами

Это упражнение придаст глазам больше силы.

- Вы должны двигать только глазами. Держите голову прямо, поднимите глаза максимально вверх, попытайтесь даже смотреть над головой. Потом опустите взгляд как можно ниже, как будто вы хотите рассмотреть свой подбородок. Сделайте так пару раз. Теперь быстро посмотрите вправо, попытайтесь увидеть пространство за своим правым ухом, потом также быстро переведите взгляд влево и



попытайтесь заглянуть за левое ухо. Сделайте так пару раз, двигая глазами довольно быстро.

- Теперь вы должны сделать круговые движения глазами. Сделайте так три раза. Дайте глазам отдых – закройте их и пару раз глубоко вдохните. Затем вы должны снова двигать глазами по кругу, но в другую сторону. Снова дайте глазам отдохнуть, закройте их и трижды глубоко вдохните. И под конец представьте себе, что вы видите перед собой лежащую восьмерку.

2. Расслабление глаз

Это упражнение ослабляет напряжение, расслабляет глазные нервы, а в некоторой степени успокаивает ум.

- Разогреваем руки, потерев одну ладонь о другую. Делаем это до тех пор, пока руки не станут теплыми. Теперь нужно облокотиться на стол перед собой, сложить пальцы обеих рук в два полушария и мягко прикрыть ими глаза. Почувствуйте, как приятны для глаз тепло и темнота. Можно усилить это чувство, сделав при этом пару глубоких вдохов. Представьте себе, что при вдохе наполняются не только легкие, но и глаза свежим кислородом, что делает их более свежими и сильными.

3. Расслабление челюсти

Это упражнение хорошо действует на мускулатуру челюсти. Расслабляет мышцы лица. Таким образом, активизируется большая часть головного мозга, т.к. 50% моторного и сенсорного отделов коры головного мозга больших полушарий руководят нашей челюстью и ртом. Это упражнение прекрасно подходит для всех учебных процессов, в которых задействован вербальный интеллект.

- Быстро двигаем нижней челюстью, справа налево. Ощутите мускулы, которые помогают в этом. Затем наберите в рот воздуха и раздуйте щеки, дайте воздуху заполнить дальние уголки своего рта. При этом раздуйте сначала левую сторону, потом правую, потом переднюю часть рта.

4. Стимуляция ушей

Это упражнение улучшает слух, кроме того, после него начинает отчетливей восприниматься собственный голос. В некоторых случаях подобный массаж ушей даже вызывает из памяти информацию, которую мы перед этим напрасно пытались вспомнить. Это упражнение должно повторяться как можно чаще.

- Возьмите обеими руками внешнюю часть уха, и потяните туда-сюда очень бережно.



- Массируйте край уха и немного выверните его наружу, начните с верха уха, а потом, медленно массируя, перемещайтесь вниз. Теперь сложите средним указательным пальцем обеих рук букву V. Приложите оба пальца к голове, так ухо оказалось в середине. Начните двигать пальцами вверх-вниз, крепко прижимая их к голове. А затем сделайте из пальцев другой руки полушарие и прикройте им ухо. Потом кончиками пальцев другой руки пару раз постучите по этому куполу. Почувствуйте хлопки в костях черепа, таким образом, вы возбуждаете не только нервы уха, но и мозг.

- Повторите то же самое с другим ухом.

5. Звезды с небес

Это упражнение расслабляет руки, плечи и позвоночник и, кроме того, улучшает дыхание.

- Встаньте, поставьте ноги врозь на ширину плеч. Поднимите руки высоко над головой и вытягивайте их все выше вверх. Сначала можно свою правую руку сделать совсем длинной, как если бы хотелось достать с неба звездочку. Потом позволить правой стороне расслабиться и вытянуть вверх левую руку. При этом представьте себе, что хотите схватить с неба «одной левой». Почувствуйте, как удлиняется верхняя часть тела, плечи, руки, пальцы. Сделайте так еще пару раз, доставайте с неба звездочки попеременно правой и левой рукой. При этом равномерно глубоко дышите.

6. Сильные руки

Эти простые упражнения снимают напряжения рук и спины.

- Кисти рук сжали в кулачки, pokrутили запястья, разжали. Повторите это упражнение несколько раз.

- Обхватите руками край стула, на котором сидите, обопритесь на него и теперь как можно сильнее потяните на себя стул так, как если бы вам хотелось приподняться от пола вместе со стулом. Затем расслабленно опустите руки вдоль тела. При этом сделайте глубокий вдох и мысленный выдох. Отдохните мгновение и повторите все еще два раза.

7. Источник энергии

Это классическое упражнение. Оно расслабляет затылочную и плечевую мускулатуру и улучшает дыхание. В головной мозг поступает много кислорода, за счет чего улучшается еще и слух и зрение.

- Положите руки на стол перед собой. Выдохните и позвольте своей голове медленно опуститься вниз. Почувствуйте, мускулы вашего затылка растянулись, полностью расслабьте плечи. Теперь снова



медленно поднимите голову и при этом сделайте вдох. Дайте голове полностью откинуться назад, пока вам не покажется, что ваша грудная клетка распахнулась и наполнилась воздухом. Когда вы снова будете выдыхать, делайте это медленно и снова опустите голову вниз, пока подбородок вновь не ляжет на грудь. Подарите себе три таких особенных освежающих вдоха.

8. Расслабление ног

Это упражнение активизирует кровообращение ног.

- Сядьте поудобнее, облокотитесь на спинку стула, вытяните перед собой ноги, вытяните на себя стопы. Почувствуйте, как растягиваются икроножные мышцы.

- Теперь покрутите стопами сначала в одну сторону, затем в другую.

9. Быстрое дыхание

Для здоровых и крепких участников это упражнение безопасно. За такой короткий промежуток времени организм автоматически выравнивает уровень кислорода в крови. Участникам же с повышенным кровяным давлением это упражнение не рекомендуется. Если вам хочется взбодриться и иметь ясную голову, можете сделать следующее:

- Сядьте поудобнее и начните в течение 10 секунд в быстром темпе вдыхать и выдыхать через нос с закрытым ртом. Обратите внимание на то, как вы себя при этом чувствуете.

- Теперь еще раз подышите таким быстрым способом в течение 15 секунд. Может быть те ощущения, которые возникают, уже знакомы вам по занятиям спортом, танцами или йогой. При этом прибывают свежие силы.

- Эту дыхательную технику вы можете всегда выполнять в те минуты, когда надо быть сосредоточенным и полностью сконцентрированным.

10. Психическое расслабление через воображение и мысли образы

- Представьте себе, как вы мысленно купаетесь в солнечных лучах, вдыхаете свежий воздух. Вспомните приятные или смешные случаи и т.д.

В случае даже незначительных успехов целесообразно похвалить себя, мысленно говоря: «Молодец!», «Умница!», «Здорово получилось!». Надо находить возможность хвалить себя в течение дня не менее 3-5 раз.



ПРИЛОЖЕНИЕ 6 **ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРОГРАММЫ В СФЕРЕ ОХРАНЫ** **ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

http://mental-health-russia.ru/konkurs_zdorovoe_pokolenie/

При поддержке Министерства здравоохранения РФ, Министерства образования и науки РФ, Министерства культуры РФ, Министерства труда и социальной защиты РФ, Министерства внутренних дел РФ 02 февраля по 31 марта 2015 г. проходил Общероссийский конкурс профилактических программ в сфере охраны психического здоровья детей и подростков «Здоровое поколение».

Цель: поддержка проектов, способствующих сохранению психического здоровья детей и подростков.

В конкурсе участвовали государственные, муниципальные учреждения, некоммерческие организации, предоставляющие услуги детям, подросткам, пожилым людям в сфере охраны здоровья, образования и науки, культуры и искусства, физической культуры и спорта, социальной защиты.

Направления конкурса:

Профилактические интерактивные программы, реализуемые подростками под патронатом профессиональных психологов;

Профилактические программы, обеспечивающие общественно-полезную занятость детей и подростков;

Профилактические программы для детей и подростков, реализуемые людьми старшего поколения.

Победители конкурса:

Региональная общественная благотворительная организация "Доверие", проект «Здоровое поколение-здоровая нация», г.Грозный, Чеченская Республика;

Краевое государственное бюджетное учреждение культуры «Таймырский Дом народного творчества», проект «Школа тундровика», г. Дудинка, Красноярский край;

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный природный заповедник «Полистовский», проект «Клуб друзей Полистовского заповедника», Псковская область, н. Бежанины;



Санкт-Петербургский общественный фонд «Поддержка медицины», проект «Формирование правильного пищевого поведения у подростков», г.Санкт-Петербург;

Благотворительный фонд социальной помощи и поддержки имени Януша Корчака, проект «Психическое здоровье детей-будущее здоровье нации», г.Москва;

Пермский краевой общественный благотворительный фонд целевой экономической системы социальной защиты «Защита», проект «Вслед за старшим поколением», г.Пермь;

Региональное Отделение Общероссийской общественной организации "Союз пенсионеров России" по Ульяновской области, проект «Маленький принц 21 века» или Как стать хозяином своей планеты», г.Ульяновск;

Некоммерческое партнёрство «Региональная Ассоциация психологов-консультантов», проект «Арена возможностей: ветераны циркового искусства - подросткам и молодежи», г. Ярославль;

Калужское региональное отделение Общероссийской общественной организации инвалидов «Всероссийское общество глухих» Общественная некоммерческая организация, проект «Добрые руки», г.Калуга;

ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, проект «Физическое и психическое здоровье девочки/девушки сегодня - залог успешного материнства и счастливой семейной жизни завтра», г.Тверь;

Местная религиозная организация православный приход Свято-Троицкого храма г. Улан-Уде Республики Бурятия Улан-Уденской и Бурятской Епархии Русской православной церкви (Московский патриархат), проект «Летний лагерь палаточного типа «Русь», г. Улан-Уде, Республика Бурятия;

ФГБОУ ВПО «Владимирский государственный университет имени Александра Григорьевича и Николая Григорьевича Столетовых», проект «Подросток в мире проблем», г.Владимир;

Международная общественная организация "Спорт, Человек, Здоровье", проект 7-ой Международный Конгресс «Спорт, Человек, Здоровье», г.Санкт-Петербург;

Фонд поддержки и развития молодежных инициатив, культуры, кинематографии и спорта «Развитие», «Всероссийский фестиваль боевых искусств «Пояс черного моря», г.Москва;



Московское отделение в поддержку людей с ментальной инвалидностью и психофизическими нарушениями «Равные возможности» /Интегрированный театр-студия «Круг», проект «Интегрированный реабилитационный театральный лагерь, как здоровая творческая среда для всех», г.Москва;

ФГБОУ ВПО «Амурский государственный университет», проект «Терпеливо к тяготам, мудро - к делам! Ferpatienteronus, facsapienteropus!», г.Благовещенск;

ФГБОУ ВПО "Адыгейский государственный университет", проект «Компас внутри меня»: программа тренинга для подростков по психологической устойчивости к аддикциям», г. Майкоп;

Межрегиональная общественная организация содействия воспитанию "Содружество организаторов воспитательного процесса", проект «Спасти от пропасти» (программа профилактики суицидального риска), г.Москва;

МБОУ «Средняя общеобразовательная школа №7" городского округа Салават Республики Башкортостан, проект «Формула моего успеха», г.Салават, Республика Башкортостан;

ГБОУ ВПО «Московский городской педагогический университет", проект «Программа подготовки подростков-волонтеров «Формирование социально-уверенного поведения у подростков», г.Москва.

Торжественная церемония награждения победителей Конкурса «Здоровое поколение» с презентацией лучших профилактических программ в сфере охраны психического здоровья детей и подростков состоялась в канун празднования Международного дня защиты детей - 29 мая 2015 года в г.Москва.

Председатель Экспертного совета Воронин Юрий Викторович отметил: *«Конкурс «Здоровое поколение» показал актуальность проблемы сохранения психического здоровья детей и наличие профессиональных ресурсов, которые способны ее решать. Высокая активность организаций, инновационные подходы, предложенные ими, а также междисциплинарная и межсекторная платформа для взаимодействия и сотрудничества вселяет надежду на то, что наши дети найдут близких по духу людей, любимое дело сообразно своим желаниям и способностям, что в целом поможет им повысить собственную самооценку, сопротивляемость негативным явлениям; задуматься над оценкой рискованных форм поведения, сформировать положительную эмоциональную установку к восприятию окружающего мира».*



ПРИЛОЖЕНИЕ 7 РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВОСПИТАТЕЛЯ, УЧИТЕЛЯ, МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Для каждого ребенка учеба в школе – это важный этап в жизни. Чтобы ребенку было легче работать в коллективе, необходима слаженная работа целой команды людей. Родители, учитель, школьный психолог, врач должны взаимодействовать, чтобы школьник не только хорошо учился, но и оставался здоровым и счастливым. Для этого в школе должны знать о некоторых особенностях физического и психологического здоровья ребенка с соматическими заболеваниями.

ДЕТИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ



Здоровое сердце – здоровый ребенок



1. ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ УЧИТЕЛЬ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЦА

Кардиология — наука о сердце и кровеносных сосудах, представляющих собой единую систему органов кровообращения, ее строения, функций в нормальных условиях и при различных заболеваниях этой системы. Детская кардиология включает в себя большое количество различных заболеваний, в основе которых лежит преимущественное поражение сердца и (или) сосудов:

врожденные пороки сердца

аритмии

ревматизм

неревматические воспалительные заболевания сердца

приобретенные пороки

К инвалидности в детском возрасте приводят:



врожденные заболевания сердца и сосудов (врожденные пороки сердца и сосудов, врожденные кардиты, аномалии проводящей системы сердца)

хроническая патология (приобретенные пороки сердца как результат перенесенного ревматизма или инфекционного эндокардита, кардиомиопатии, спаечный перикардит «панцирное сердце»)

Сердце и кровеносные сосуды обеспечивают поступление во все ткани и органы артериальной крови богатой кислородом и питательными веществами, а венозная кровь наоборот забирает из тканей продукты обмена и углекислый газ. Вся эта система позволяет организму работать «на полную мощность». В большинстве случаев степень нарушений функций организма при заболеваниях сердечно-сосудистой системы определяется степенью недостаточности кровообращения. Недостаточность кровообращения (НК) – патологическое состояние, заключающееся в неспособности системы кровообращения доставлять органам и тканям кровь в количестве, необходимом для их нормального функционирования.

Заболевания сердечно-сосудистой системы у детей встречаются не редко. Кто-то уже рождается с ними, у других нарушения развиваются в течение жизни из-за инфекционных болезней, неблагоприятных факторов или наследственности.

Врожденные заболевания сердечно-сосудистой системы обычно диагностируются в раннем возрасте и сразу же становятся предметом внимания кардиолога, кардиохирурга.

Приобретенные заболевания сердца и сосудов могут возникнуть в любом возрасте ребенка, вследствие тех или иных неблагоприятных воздействий на его организм, в том числе у детей, занимающихся спортом.

Возрастные особенности сердечно-сосудистой системы у детей:

Чтобы вовремя заподозрить заболевание сердца и сосудов у ребенка, надо знать возрастные особенности сердечно-сосудистой системы у детей – что и в каком возрасте является нормой, а что – нет, на что именно нужно обращать внимание.

Дети рождаются с сердцем большего размера, чем у взрослых (в отношении к общей массе тела), и расположенным выше из-за более высокого стояния диафрагмы. Размеры правого и левого желудочков сразу после рождения одинаковы, поэтому форма сердца в этот период больше напоминает шар. С возрастом его различные отделы увеличиваются неравномерно, достигая взрослых пропорций лишь к 14-15 годам.



Нормы пульса для детей. У ребенка первого года жизни частота пульса 130—125 ударов в 1 минуту, в возрасте 5-7 лет - 100-90, 8-10 лет - 85-80, 11-14 лет - 85-70 ударов в 1 минуту.

Артериальное давление у новорожденных малышей намного ниже норм для взрослых. Сразу после выписки из роддома верхние цифры систолического давления редко превышают 70 мм рт.ст., а к году достигают лишь 90 мм рт.ст. Окончательное установление цифр давления до взрослых показателей произойдет лишь в пубертатном периоде, так как развитие сердечно-сосудистой системы у детей заканчивается к 16-18 годам. Строение сердечно-сосудистой системы у детей устроено таким образом, чтобы облегчить циркуляцию крови по всему организму, обеспечив интенсивное насыщение всех клеток питательными веществами и кислородом.

Причины возникновения врожденных пороков сердца и сосудов у детей внутриутробно в результате:

генетических мутаций;
хромосомных нарушений;
инфекционных и других болезней матери во время беременности;
приема некоторых лекарственных препаратов во время вынашивания ребенка; недостаточном питании матери, курении, употреблении алкоголя во время беременности и лактации; наследственной предрасположенности.

Риск развития врожденных пороков возрастает с увеличением возраста будущих родителей. Различают более 100 возможных пороков развития сердца и сосудов, но чаще у детей встречаются:

дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородок;
стенотоз клапана легочной артерии;
стенотоз аортального клапана;
общий артериальный ствол;
тетрада Фалло;
коарктация аорты;
открытый аортальный проток.

Все они в разной степени поддаются лечению, но в большинстве случаев требуется проведение операции как можно скорее. Стоит отметить, что самый частый кардиологический диагноз – открытое овальное окно – не представляет риска для жизни и здоровья маленьких пациентов в большинстве случаев. В норме это отверстие зарастает в первый месяц жизни, но у некоторых детей может оставаться частично открытым до взрослого возраста. При этом



никаких неприятных симптомов и явлений сердечной недостаточности не возникает.

К сожалению, даже у детей со здоровым от рождения сердцем могут возникнуть проблемы по мере роста и развития.

Заболевание может быть и приобретенным, так как особенности развития сердечно-сосудистой системы у детей предполагают окончательное формирование всех ее органов к концу пубертатного периода.

Приобретенные заболевания сердца и сосудов вызывают:
инфекционные заболевания (грипп, ревматизм) вызывающие осложнения,
обменные нарушения,
аутоиммунные болезни,
токсические воздействия (отравление химическими веществами, неблагоприятная экологическая ситуация),
нарушения режимного характера – малоподвижный образ жизни, несбалансированное питание,
длительное эмоционально-психическое напряжение,
тяжелые стрессовые ситуации,
неадекватные физические перегрузки
Семиотика поражений сердечно-сосудистой системы у детей довольно обширна, и есть симптомы, которые помогут заподозрить проблемы.

К ним относятся:

цвет кожи;

одышка;

отеки;

шумы в сердце;

нарушения сердечного ритма;

боли в груди;

патологические пульсации и др.

Цвет кожи при болезнях сердца.

Изменения цвета кожи при болезнях сердца и сосудов – первый признак. Сначала наблюдается ее побледнение, но всё же главный симптом – цианоз. В первую очередь синий оттенок приобретает носогубный треугольник. Поэтому при появлении цианоза на губах и кончике носа нужно обязательно показать ребенка кардиологу. В дальнейшем синева распространяется на всё лицо, шею, верхнюю часть груди. При цианозе нужно срочно показать ребенка врачу!

Одышка



Это также один из первых симптомов болезней сердца. Свидетельствует о застойных явлениях в малом круге кровообращения. Одышка может возникать при физических нагрузках и долгом плаче, а может быть и в покое, очень неблагоприятный признак.

Отеки

Пастозность и отеки нижних конечностей всегда сопровождают сердечно-сосудистые заболевания. Они свидетельствуют о недостаточности кровообращения, чаще всего, за счет недостаточной работы правого желудочка.

Шумы в сердце

Сердечные шумы при аускультации обусловлены нарушением тока крови из-за различных деформаций и аномалий в строении сердца. Шумы могут быть диастолическими и систолическими, функциональными и органическими. Систолические шумы чаще носят функциональный характер, то есть, не сопряжены с нарушениями в строении сердца. Диастолический шум преимущественно возникает при органических патологиях – врожденных пороках, стенозах, недостаточности клапанов.

Нарушения сердечного ритма. Аритмии у детей.

Нарушения сердечного ритма представляют группу часто встречаемых заболеваний сердца у детей. Большинство из них не представляют опасности, а многие наблюдаются и у здоровых детей при различных физиологических состояниях.

Например, тахикардия возникает при ярких эмоциональных переживаниях и при физической нагрузке, а брадикардия может проявиться во сне. Но есть и опасные аритмии, с лечением которых нельзя затягивать. С целью своевременного выявления нарушений сердечного ритма всем детям при диспансерном обследовании проводят ЭКГ, так как многие аритмии клинически впервые проявляются ситуациями, угрожающими жизни детей.

ЭКГ сердца поможет выявить аритмии.

Аритмия– нарушение работы сердца, которое выражается в изменении частоты сердечных сокращений или в нарушении их последовательности или силы. Сердечный ритм становится неровным, неправильным. Это может быть связано с временными проблемами (нервной перегрузкой), а может и появиться на фоне воспаления сердечной мышцы.

Чаще всего встречаются такие нарушения сердечного ритма, как тахикардия, брадикардия, экстрасистолия.



Тахикардия– это учащенное сердцебиение, которое дети зачастую не чувствуют, а значит, оно долгое время может себя не проявлять, но в любом случае очевидны именно те микросимптомы нарушения самочувствия ребенка. Другое дело – пароксизмальная тахикардия, которая характеризуется острыми приступами учащенного сердцебиения продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов. Их не заметить уже невозможно. В начале приступа ребенок жалуется на неприятные ощущения в груди, слабость, головокружение, тошноту (рвоту). Становится вялым или, наоборот, возбужденным, появляется холодный пот, может случиться обморок. Такие состояния требуют экстренной медицинской помощи, обследования и последующего систематического наблюдения врачом-кардиологом.

Брадикардия – урежение сердечного ритма – обычно проявляется постоянной или приступообразной слабостью, головокружением, утомляемостью, сонливостью, возможны обмороки. Брадикардия может наблюдаться во время сна или у детей, активно занимающихся спортом.

Боли в груди

Боли кардиогенного характера отличаются локализацией за грудиной и иррадиацией в левую руку, лопатку, нижнюю челюсть. Они могут быть давящего или режущего характера.

Патологические пульсации

Из-за нарушений в строении сердца на различные его отделы и некоторые сосуды ложится повышенная нагрузка, из-за чего появляются видимые патологические пульсации на теле. Могут набухать и пульсировать сонные артерии, вены на шее, сосуды в области желудка, в межреберьях.

Сердечное дрожание («кошачье мурлыканье») является одним из видов патологических пульсаций. Возникает при стенозе аорты или легочной артерии. Из-за напряженной работы сердца в области его верхушки может образовываться «сердечный горбик» – выбухание в области ребер из-за усиленного верхушечного толчка.

Артериальная гипертензия

С этим заболеванием приходится сталкиваться детям подросткового возраста. У малышей артериальная гипертензия редко встречается. Причины детской артериальной гипертензии кроются во:

врожденных пороках сердца и сосудов (повышенное давление в этих случаях наблюдается и у малышей);

тромбозе и стенозе почечных артерий,



паренхиматозных болезнях почек;
эндокринных заболеваниях;
травмах и болезнях ЦНС;
опухолях и т.п.

Повышенное давление чаще беспокоит детей постарше. Помимо скачков давления у подростков часто наблюдается вегетососудистая дистония. Эта патология не опасная, но за ее неприятными симптомами можно проследить развитие нарушений со стороны сердца.

Ревматизм - распространенное, инфекционно-аллергическое, сердечное заболевание. Оно поражает различные системы и органы, наиболее серьезно затрагивает именно сердце. Ребенок может заболеть им после перенесенной стрептококковой инфекции – ангины, обострения хронического тонзиллита. Любые симптомы после инфекции (повышенная температура, слабость, потливость, утомляемость, боли и отечность суставов, неприятные ощущения в области сердца, одышка) не должны остаться без внимания, своевременно выявленный и пролеченный в острой стадии ревматизм – гарантия отсутствия серьезных проблем с сердцем в будущем. Бывает и такая ситуация: ребёнок переболел в легкой форме, но через одну-две недели появились вышеописанные необычные симптомы. Именно специалист отличит постинфекционный астенический синдром от осложнений перенесенного заболевания. Ребенок должен регулярно проходить диспансеризацию, делать ЭКГ не реже одного раза в год, а при необходимости и более расширенное обследование (УЗИ сердца, холтеровское мониторирование и др.), показания к которому определит ваш доктор.

Во время периодов бурного роста, которые сопровождаются физическими и эмоциональными перегрузками, к сердцу ребенка предъявляются повышенные требования. На консультации у кардиолога можно прояснить, как ребенок справляется с ними. Врач ознакомится с анамнезом, перенесенными заболеваниями ранее и в последнее время, психофизиологическими условиями жизни (количеством психических и физических нагрузок, режимом дня, питания и т.п.), проведет необходимые обследования и определит уровень адаптации ребенка к данному периоду жизни. Также доктор даст необходимые советы и определит тактику по дальнейшему наблюдению. Если у дошкольника или ученика начальной школы возникают отклонения сердечного ритма от нормы, это не просто



«болезнь роста», а результат комплексного неблагоприятного воздействия на организм, что требует консультации специалиста.

Начиная с 10—12 лет у детей с патологией сердца и сосудов начинают обнаруживаться такие проявления:

повышенная утомляемость при умственной нагрузке,
нарушения активного внимания,
рассеянность,
забывчивость,

нередко выявляются изменения личности (в виде неуверенности в себе, пониженной самооценки),

нарастают вазо-вегетативные расстройства (склонность к головокружениям, обморокам, повышенной лабильности вазомоторов)

Наряду с этим происходит некоторое «огрубение» астенической симптоматики с более выраженным снижением интеллектуальной продуктивности. Таким образом, астеническое состояние переходит в церебрастеническое. В дальнейшем, при нарастании недостаточности кровообращения и особенно после расстройств мозгового кровообращения возможна трансформация церебрастенического синдрома в психоорганический синдром:

ослабление памяти,
качественным снижением уровня абстрактного мышления,
огрубением эмоций,
назойливостью,
эгоцентризмом,
инертностью психики

чертами психопатоподобного поведения: грубостью, повышенной эффективностью, непослушанием.

Влияние школьного обучения на детей с пороком сердца

Начало обучения в школе, предъявляющее новые требования, повышение нагрузки на интеллектуальную сферу, смена привычного жизненного стереотипа, связанная с ним, у большинства детей с астеническими состояниями, обусловленными имеющимся пороком сердца, вызывает кратковременную или более затяжную декомпенсацию нервно-психического состояния. Это проявляется в повышении утомляемости, истощаемости, двигательной расторможенности, усилении невротоподобных расстройств, в частности в ухудшении сна с появлением сногворения, иногда — снохождения.

Своевременная диспансеризация поможет предотвратить осложнения



Диспансеризация детей с болезнями сердца и сосудов

Диспансеризация осуществляется в поликлинике кардиологом и участковым терапевтом. Инструкция требует проведения обследования таким детям дважды в год. В зависимости от вида патологии и степени сердечно-сосудистой недостаточности, диспансерное наблюдение может осуществляться чаще. У детей с заболеваниями сердца и сосудов нужно вовремя искоренять очаги хронических инфекций, им требуется регулярно проходить осмотры у стоматолога, оториноларинголога и гастроэнтеролога.

По возможности всем детям с болезнями сердечно-сосудистой системы нужно проходить санаторно-курортное лечение дважды в год. Болезни сердца и сосудов у детей – серьезные патологии, требующие незамедлительного лечения. В случае неопасных нарушений необходимо регулярное наблюдение и обследование, чтобы вовремя заметить ухудшение ситуации.

Ограничения. Если ребёнок имеет врожденную патологию, по поводу которой он был прооперирован, если он вынужден использовать кардиостимулятор и тому подобное – ограничения неизбежны. Если у ребенка ревматическое поражение организма, то на довольно продолжительное время ему снизят как физические, так и интеллектуальные нагрузки, а в дальнейшем порекомендуют беречь себя при любом заболевании, не переохлаждаться, направленно заниматься коррекцией иммунитета. Если же у школьника отмечены нарушения сердечного ритма, ему дадут отвод от «большого спорта». Однако занятия лечебной физкультурой, секции общей физической подготовки, лечебная гимнастика – это то, что необходимо. Уроки физкультуры в большинстве случаев не противопоказаны, при условии адекватных состоянию нагрузках (под контролем преподавателя, по рекомендациям врача).

Если проблемы с сердцем вызваны повышенной возбудимостью ребенка, ему порекомендуют психокоррекцию и, возможно, смену школы. Такое тоже случается, если психолог выяснит, что конкретное учебное заведение, класс, педагог являются психотравмирующим фактором, с которым маленькому человеку сложно справиться. Как видите, все очень индивидуально. В то же время не стоит думать, что абсолютно любая проблема сердечной деятельности требует создания ребенку тепличных условий, он должен жить полноценной, активной жизнью, получать посильные нагрузки.



Методы профилактики сердечных заболеваний.

Профилактика сердечных заболеваний на самом деле сводится к здоровому образу жизни. Все мы прекрасно понимаем, что это такое: ребёнок не имеет избыточного веса, правильно питается, много двигается, соблюдает режим дня, закаляется. Хороший иммунитет – прекрасная защита от инфекционного поражения сердца, а физическая активность – лучший способ укрепить всю сердечно-сосудистую систему. Разумеется, актуальным является правильное лечение вирусных и инфекционных заболеваний, а также отсутствие осложнений после болезни.

Реабилитация

Особенности психолого-педагогической реабилитации:

– целью педагогической реабилитации является получение общего образования в общеобразовательной школе общего назначения с использованием обычной программы по очной форме, режим занятий соответствует классу обучения, объем изучаемого материала может снижаться; при длительном лечении ребенок может обучаться, в том числе в медицинской организации (в санатории и др.) или на дому;

– рекомендуют проведение психолого-педагогической коррекции: формирование образовательных и социально-бытовых навыков, навыков самообслуживания, проведения досуга и др., по возможности самостоятельно с помощью технических средств реабилитации, навыков взаимоотношений в детском коллективе, в семье; исполнителем проведения данного мероприятия могут быть реабилитационные организации, образовательные организации и сам инвалид (законный представитель);

– при проведении профориентационной работы с ребенком, подборе профессии для обучения и дальнейшего трудоустройства учитывают факторы противопоказанные и доступные по состоянию здоровья;

Особенности социальной реабилитации:

В программу социальной реабилитации входят мероприятия, ориентированные на индивидуальную потребность ребенка.

социально-средовая реабилитация: обучение пользования приборами, с применением технических средств реабилитации; информирование и консультирование семьи ребенка об особенностях режима жизни ребенка, ухода за ним и воспитания и др.;

социально-бытовая адаптация: обучение ребенка социально-бытовым навыкам, в том числе с использованием технических средств реабилитации при необходимости;



социально-психологическая реабилитация: при помощи психологических методик необходимо сформировать адекватное отношение ребенка к болезни, дать ему подготовку в необходимом объеме, сориентировать на восстановление здоровья собственными тренировочными усилиями, восстановление утраченных функций и способности к обучению;

физкультурно-оздоровительные мероприятия: формируются с учетом показаний и противопоказаний; так абсолютными противопоказаниями считают сердечно-сосудистые заболевания: аневризма сердца и аорты, миокардиты любой этиологии, декомпенсированные пороки сердца, нарушения ритма сердца и проводимости, синусовая тахикардия с ЧСС более 100 в минуту; гипертензия II и III стадии; нарастание сердечно-сосудистой недостаточности, синусовая тахикардия, частые приступы пароксизмальной или мерцательной аритмии, экстрасистолы с частотой более 1:10, отрицательная динамика ЭКГ, свидетельствующая об ухудшении коронарного кровообращения, атриовентрикулярная блокада II и III степени; гипертензия (артериальное давление свыше 220/120 мм рт.ст.), частые гипертонические или гипотонические кризы.



ПРИЛОЖЕНИЕ 8 АЛГОРИТМ ПО СВОЕВРЕМЕННОМУ ОБРАЩЕНИЮ



РОДИТЕЛЕЙ К ВРАЧУ-КАРДИОЛОГУ

Если Вы или Ваш врач-педиатр заметили какие-либо отклонения в самочувствии и состоянии ребенка (нарушение сна, аппетита, изменение веса в сторону снижения или избыточности, повышенная утомляемость, плохая переносимость физических нагрузок, выраженная метеочувствительность, одышка, головные боли, головокружение, обмороки, изменение цвета кожи и слизистых, боли в области сердца, а также впервые выявленный шум в области сердца) – это повод обследовать ребенка на предмет состояния сердечно-сосудистой системы.

Разобраться со всеми этими симптомами – задача детского врача-кардиолога, который осмотрит Вашего ребенка. Проведет специальное кардиологическое обследование – измерение артериального давления, электрокардиографию, УЗИ сердца, лабораторные исследования. По результатам обследования будут даны индивидуальные рекомендации по режиму, питанию, физическим нагрузкам, при необходимости назначено лечение с последующим динамическим наблюдением и коррекцией назначений.

С профилактической целью рекомендуется проводить обследование сердца ребенка в значимые для детского организма периоды – в первые 6 месяцев (особенно, если беременность и роды протекали с осложнениями); в 1 год; при оформлении в детское дошкольное учреждение (2-3 года); при оформлении в школу (6-7 лет), в период полового созревания (13-15 лет), а также при планировании занятий спортом и уже занимающимся в спортивных секциях детям. Такой профилактический скрининг позволяет выявить индивидуальные особенности строения и работы сердца, когда еще никаких клинических проявлений нет и при соответствующих рекомендациях врача их может и не быть. По этим же соображениям имеет смысл посетить врача - кардиолога после перенесенных заболеваний (острые респираторные инфекции, ангина, различные детские инфекционные болезни и пр., обострения хронических



воспалительных и аллергологических болезней) с целью выявления вторичных изменений сердца.

Особую бдительность необходимо проявлять в отношении детей из семей, в которых есть родственники, страдающие заболеваниями сердечно – сосудистой системы, ведь раннее выявление каких-либо отклонений и коррекция их в детском возрасте позволит предупредить их дальнейшее развитие и осложнений во «взрослой» жизни.

Многие неполадки в работе сердца можно заподозрить и даже диагностировать еще внутриутробно при помощи УЗИ. Во время родов акушер, принимающий малыша, регулярно отслеживает его сердцебиение, а педиатр во время первого осмотра обязательно прослушивает сердечко вашего крохи. Затем карапуза ежедневно будут осматривать врачи роддома, а после выписки вы встретитесь с вашим участковым врачом, с которым будете видеться раз в месяц. Если у вас есть повод для беспокойства, например, что-то выявляли на УЗИ во время беременности или имеетсяотягощенная наследственность, скажите медикам об этом.



ПРИЛОЖЕНИЕ 9

ПРИЗНАКИ ПРОБЛЕМ С СЕРДЦЕМ У РЕБЕНКА



Многие заболевания сердечно-сосудистой системы могут длительное время протекать в скрытой форме и дать о себе знать только в школьном возрасте ребенка. Но есть ряд признаков, на которые родителям нужно обращать особое внимание, и если присутствует хоть один из них — срочно обращаться к врачу.

Быстрая утомляемость

Если у ребенка проблемы с сердцем, он будет уставать гораздо быстрее, чем его сверстники. Это можно увидеть во время активных игр во дворе, а также на уроках физкультуры. Если вы заметили это один раз, то повода для беспокойства нет. Но если быстрая утомляемость проявляется регулярно — это серьезный повод обратиться к кардиологу.

Обмороки

Если у ребенка случаются обмороки после того, как он резко поднялся с кровати или просто побегал, стоит срочно обратиться за медицинской помощью. Даже единичный случай обморока должен насторожить родителей.

Отеки тела и посинения губ

Стоит волноваться, если ближе к вечеру у ребенка немного отекают ноги, руки, а также пальцы на руках. Если вы заметили такую особенность у крохи, ведите его к доктору.

Головная боль, бледность и потливость

Бледность, потливость ладоней и ступней, а также частые головные боли и головокружения с тошнотой могут свидетельствовать о проблемах с сердечком у ребенка.

Одышка и учащенный пульс

Частота сердечных сокращений (частота пульса) у здоровых детей зависит от возраста. У ребенка первого года жизни частота пульса 130—125 ударов в 1 минуту, в возрасте 5-7 лет - 100-90, 8-10 лет - 85-80, 11-14 лет - 85-70 ударов в 1 минуту. Частота дыхания у детей также изменяется с возрастом. У ребенка первого года жизни число дыхательных движений 30—40 в 1 минуту, в возрасте 5 лет — 25 7-8лет- 18-22, 10-14 лет- 16-18 в 1 минуту. Одышка— один из первых признаков развития сердечной недостаточности. Она может или появляться только при физической



нагрузке, или быть постоянной. Приступообразное появление одышки в сочетании с увеличением синевы кожи (цианозом) носит название цианотических приступов и наблюдается при некоторых врожденных пороках сердца. Если после небольших физических нагрузок у ребенка появляется одышка, его пульс часто учащенный, жалуется на боль в области грудной кости, стоит показать его врачу.

Боли в области сердца (кардиалгии) могут возникнуть при нарушениях кровообращения в сердечной мышце, при воспалении перикарда (перикардитах). Кардиалгии часто отмечаются у детей неустойчивой нервной системой без каких-либо сердечных заболеваний. Боли кардиогенного характера отличаются локализацией за грудиной и иррадиацией в левую руку, лопатку, нижнюю челюсть. Они могут быть давящего или режущего характера.

Не стоит забывать, что не все пороки сердца сопровождаются одышкой или посинением ручек, ножек и носогубного треугольника. Задача родителей — наблюдать за ребёнком, задавать вопросы педиатру, а задача врача — внимательно относиться к жалобам родителей, сопоставляя их с результатами осмотра, и вовремя направить к кардиологу.

Кроме того, многие сердечные заболевания являются врожденными. Спровоцировать их могут проблемы со здоровьем у матери, ее вредные привычки, стресс и плохая экология. В раннем детстве у ребенка могут появиться проблемы с сердцем из-за стресса, больших физических нагрузок (посещение спортивной секции) или в результате осложнений после другой болезни.

Часто эти изменения протекают у детей сначала бессимптомно, и задача родителей — чутко улавливать состояние ребенка (перепады настроения, проблемы со сном, аппетитом, повышенная утомляемость во время игры, изменения цвета кожи, появление затрудненного дыхания), чтобы своевременно обратиться к врачу. Доктор должен разобраться, в чем причина такого состояния ребенка, и дать, в зависимости от нее, рекомендации: изменить режим дня и питания малыша, регламентировать физические нагрузки, снизить интенсивность интеллектуальных. Возможно, даже будет рекомендовано проведение семейной психокоррекции. Если же аритмия возникла на фоне воспаления сердечной мышцы, врач назначит соответствующее лечение, первоначальный курс которого проходит, как правило, в стационаре.



ПРИЛОЖЕНИЕ 10 «ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»



1. Проверить наличие врожденных патологий.

Родители 90% детей не приводят их на профилактическое обследование. Нужно хотя бы раз в год делать электрокардиограмму и эхокардиограмму. Если нет никаких изменений, аномалий и жалоб, можно спокойно жить. Если есть, стоит сделать суточное холтеровское мониторирование: повесить приборчик, который отследит все изменения ритма. У детей может обнаружиться наследственная, протекающая без симптомов патология сердца. Может быть аномалия коронарных сосудов, которую просто так не распознаешь: для этого нужно искать, целенаправленно контрастировать сосуд. Может быть аневризма (расширение) аорты, которая приводит к разрыву сосуда. Выявить патологию невозможно без специальных методов. Разрыв аорты может случиться даже в 9 лет. Впрочем, есть способы его предупредить: существуют особые признаки, которые может распознать доктор. Ребенок, у которого есть такая проблема, не должен бесконтрольно заниматься спортом. Существует также проблема незаращения овального окна, за которой нужно следить. Встречается пролапс митрального клапана. Эти аномалии могут протекать безобидно, но в период роста ребенка необходимо контролировать изменения, в том числе с помощью УЗИ.

2. Опасаться резких ударов в грудную клетку.

Столкновение и удар в прекардиальную область может вызвать внезапную смерть. Резкий удар в грудную клетку может провоцировать развитие инфаркта миокарда или смертельное нарушение ритма сердца. Такое возможно и во время занятий физкультурой (дети могут баловаться и сильно ударить тяжелым мячом), во время занятий контактными видами спорта (футбол, хоккей, регби).

3. Не позволять детям вести сидячий образ жизни.

В мире, в котором гаджеты и компьютерные игры вытеснили физические нагрузки, даже обычные уроки физкультуры могут быть



опасны. В 13 - 15 лет при быстром росте часто встречается несоответствие кровоснабжения органов их размерам: сосуды не успевают расти и полноценно снабжать органы - в нашем случае мозг и сердце - должным образом. У нетренированных подростков небольшие нагрузки могут вызвать значительные изменения кровоснабжения органа, нередко именно сердца. А вот постоянные дозированные физические нагрузки позволяют пережить благополучно пубертатный период.

4. Проверять сердце после простуды.

Справку об освобождении от физических нагрузок на две недели в школе дают не для того, чтобы ребенок снова не простудился. После 3 - 4 дней бактериальной или вирусной инфекции может развиваться воспалительный процесс в сердце - миокардит. Его симптомы: астения, утомляемость, ощущения в области сердца. Нужно быть внимательным. Поражение сердца может протекать малосимптомно: ребенок неактивный, у него субфебрильная температура тела (около 37 градусов), плохой аппетит. Измеряйте температуру, проанализируйте его состояние, прислушайтесь к жалобам ребенка. Не нужно пренебрегать признаками: обратитесь к врачу, сходите в поликлинику! ***Через две недели после выздоровления нужно обязательно сделать ЭКГ и сдать анализ крови.***

5. Соблюдать режимные моменты, диету.

Необходимо тщательно следить за общим состоянием здоровья, питанием ребенка, распорядком дня, а также физической и эмоциональной нагрузкой.

Для такого ребенка нужно составить строгий режим труда и отдыха, не допускающий длительных и тяжелых физических нагрузок. Однако, полностью исключать физическую активность не следует, так как это приведет к резкому ослаблению сердечной мышцы. Также нужно ограничить психоэмоциональные нагрузки. Немаловажное значение имеет диета, богатая полноценными белками (мясо, яйца, рыба, творог), свежими фруктами и овощами, в которых содержится калий и магний (сухофрукты, отвары из них).

6. Болезнь всегда легче предупредить, чем лечить.

Поэтому будьте внимательны к своим мальчикам и девочкам, берегите их здоровье, с детства воспитывайте у них уважение к духу и телу, прививайте любовь к правильному образу жизни. Деятельность сердечно-сосудистой системы детей напрямую зависит от их эмоционального статуса, так как регулируется гормонами и нейронными связями. Нужно заботиться не только о непосредственном состоянии детей, но и оберегать их от переживаний, обеспечив спокойное детство в уютной обстановке среди любящих людей.



ПРИЛОЖЕНИЕ 11 ЧТО НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ О БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПЕДАГОГАМ, РОДИТЕЛЯМ



Астма—это хроническое заболевание дыхательных путей, которое вызвано воспалительным процессом.

Главным симптомом этого заболевания является приступ удушья, которому предшествует приступообразный кашель, свистящее, затрудненное дыхание, стеснение в груди.

Приступ может возникнуть в результате нервного стресса, физической нагрузки, холодного воздуха, резких запахов, контакта с аллергеном (шерсть животных, пыльца растений и т. д.),

Приступы удушья приводят к недостатку кислорода в головном мозге, у детей снижается работоспособность. При тяжелых приступах можно услышать характерный свист.

Причины астмы

Наиболее распространенные причины астмы – аллергия и частые инфекционные заболевания. Не исключен и вариант наследственной предрасположенности.

Огромное влияние оказывает окружающая среда: большое количество выхлопных газов, нахождение в прокуренном помещении или рядом с курящими взрослыми, использование бытовой химии. Ну и конечно же непосредственный контакт с сильными аллергенами: шерсть, пыльца растений, пыль, пища, холодный воздух.

Для бронхиальной астмы характерны следующие степени:

Легкая эпизодическая степень

Приступы у детей возникают один раз в неделю или реже, в ночное время — не чаще 2 раз в месяц. По времени они короткие и не мешают в повседневной жизни.

Легкая регулярная степень

Приступы могут происходить от одного раза в день до одного раза в неделю, в ночное время — чаще 2 раз в месяц. Обострение



заболевания мешает вести привычный образ жизни: уменьшает физическую активность детей, прерывает сон.

Средняя степень

Приступы происходят с регулярностью в 1-2 дня, ночью — чаще 1 раза в неделю. Обострения существенно ухудшают жизнь человека.

Тяжелая степень

Приступы беспокоят ребенка-астматика каждый день. В ночное время - с периодичностью один раз в несколько дней, резко ограничивая физическую активность и мешая полноценному отдыху во время сна.



II. На что необходимо обращать внимание педагогам

Типичному приступу предшествует период предвестников, продолжающийся от нескольких часов до 2-3 суток и более, четко выявляемый при повторных приступах. Период предвестников более свойственен детям раннего возраста. Он характеризуется появлением беспокойства и раздражительности, нарушениями сна, возбуждением, а иногда - слабостью, сонливостью, угнетением. Некоторые дети испуганы, говорят шепотом, втягивают голову в плечи. Другие - эйфоричны, громко смеются, поют.

Типичны вегетативные расстройства: бледность или покраснение лица, потливость, блеск глаз, расширение зрачков, тахикардия с дыхательной аритмией, головная боль, нередко тошнота или рвота, боли в животе.

У многих детей наблюдаются слезотечение, ринит, зуд в носу и другие признаки поллиноза.

На фоне расстройств деятельности ЦНС и вегетативного ее отдела появляются признаки дыхательного дискомфорта (ощущение сдавления, щекотания, першения в горле, тяжесть и заложенность груди при незатрудненном вдохе и выдохе), а также заложенность носа, чихание.

Затем появляется мучительный приступообразный кашель, свистящие хрипы, которые постепенно становятся слышными на расстоянии и, наконец, одышка с затрудненным выдохом.



Как БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА отражается на ОБУЧЕНИИ

Астма-это серьёзное заболевание, которое проявляется в виде приступов одышки и затруднения дыхания.

Приступ астмы чаще начинается ночью или в 4-6 часов утра, что связано с циркадным ритмом гиперреактивности бронхов

И понятно, что из-за таких приступов, случающихся у детей в ночное время, может нарушаться сон.

А недосыпы, как известно, влияют на успеваемость детей в школе.

Больные в момент приступа беспокойны, мечутся, многие жалуются на головную боль, локализирующуюся в лобных отделах.

Наблюдается блеск склер, повышение артериального давления, тахикардия. Дыхание больного шумное. При дыхании напрягаются мышцы брюшного пресса (это одна из причин болей в животе), лестничные, грудинно-ключично-сосцевидные, грудные мышцы. Втягиваются над- и подключичные пространства, межреберные промежутки.

Во время приступа ребенок испытывает острую тяжёлую нехватку воздуха, он "борется" за воздух, дышит задыхаясь.

При этом, в первую очередь, затрудняется и пролонгируется выдох, который становится громким, отчётливо слышимым.

Учёным из Медицинской школы Университета Брауна (штат Рой-Айленд) удалось установить определённую взаимосвязь между астмой и учёбой.

Дети с явными симптомами астмы, которая плохо поддавалась контролю, имели успеваемость гораздо ниже, нежели их здоровые сверстники. Причём, чем чаще проявлялись симптомы и чем более выраженными они были, тем ниже был уровень успеваемости. Как считают эксперты, это связано это в большей мере с плохим сном. Не выспавшемуся ребёнку гораздо сложнее сосредоточиться на занятиях, он хуже воспринимает информацию.

Так что за течением астмы важно следить, особенно в ночное время суток.



ПАМЯТКА: Как распознать приступ астмы

Как распознать?	Что делать?
Затруднение дыхания	Обеспечить приток воздуха
Одышка	Усадить и успокоить больного
Удлинённый и затруднённый выдох со свистом	Помогите ребёнку воспользоваться противоастматическими средствами: (карманные ингаляторы)
Свистящие и жужжащие хрипы в груди	
Приступообразный кашель	Два вдоха из ингалятора с перерывом в 1 минуту. Если облегчения не наступило -делать дополнительные вдохи каждые 5 минут
Тяжесть и боль в грудной клетке	Если после 8 вдоха нет реакции-вызвать скорую помощь



ПАМЯТКА

Что необходимо делать педагогу во время приступа бронхиальной астмы у ребёнка:

не следует пугаться и поддаваться панике;

срочно вызвать медицинского работника;

у каждого больного астмой имеется карманный баллончик – ингалятор, в котором находится дозированный аэрозоль, он и должен быть использован в период приступа.

очень важно правильно пользоваться аэрозолем, иначе ингаляция не поможет;

ребенок должен сидеть или стоять, сделать глубокий спокойный выдох через сомкнутые губы, затем обхватить мундштук ингалятора губами и, слегка запрокинув голову, начать делать вдох и, нажимая на баллончик. Продолжать вдыхать глубоко, насколько это возможно, на высоте вдоха задержать дыхание. Затем спокойно выдохнуть. При необходимости повторить ингаляцию;

рекомендуется чередовать ингаляции с питьем горячей жидкости (чая или воды);

после ингаляции выполнить упражнения дыхательной гимнастики – делая неглубокие вдохи через сомкнутые губы.

Для таких детей очень важно соблюдение требований школьной гигиены. Но помимо этого педагог не должен пользоваться дезодорантами и другими средствами современной парфюмерии (духи, туалетная вода, лаки для волос), курение вообще исключается.

В классе не должны стоять цветущие комнатные растения. Обязательна ежедневная влажная уборка класса, наличие сменной обуви у детей.

Педагог не должен допускать психотравмирующих ситуаций.



ПАМЯТКА

ЧТО ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ РОДИТЕЛИ

Диагноз «бронхиальная астма» у ребенка – это не приговор.

Но с того момента, как врач его поставил, взрослым следует кардинально изменить образ жизни всей семьи.

Задача родителей не только знать *первые признаки астмы* (насморк, дрожь, судороги в конечностях), но и научить ребенка их распознавать.

Он обязательно должен знать о своем заболевании, чтобы всегда быть готовым к внезапному приступу.

Желательно завести дневник, в котором указывать симптомы приступов.

Это поможет в лечении астмы.

Как лечить астму?

Ребёнок должен хорошо усвоить, что нужно избегать контакта с вещами, которые могут спровоцировать приступ (шерсть, цветы и т. д.) и уметь предпринять меры. Контролировать болезнь, особенно в весенне-летний период, вам помогут препараты облегчающие приступ и снижающие чувствительность дыхательных путей.

Важные правила, которые помогут избежать появления опасных приступов.

Итак, что нужно делать, чтобы не дать бронхиальной астме у ребенка выйти из-под контроля?

Снизить риск контакта с аллергенами. Чтобы избежать очередного приступа, необходимо выяснить, что может его спровоцировать. Для этого нужно провести специальные аллерготесты.

Максимально часто делать влажную уборку. Воздух в комнатах, где ребенок спит, играет и делает уроки, должен быть чистым и свежим. При необходимости нужно использовать очистители и увлажнители воздуха.

Забудьте о домашних животных. В их перьях и шерсти огромное количество микроорганизмов и клеток эпителия, которые являются мощными раздражителями.



Выбираем постельное белье. Замените пуховые и перьевые подушки на синтетические аналоги – в них не будут разводиться постельные клещи, которые вызывают аллергические приступы.

Для матрасов, одеял и подушек можно использовать специальные непроницаемые чехлы. Это поможет избежать накопления на них бытовой пыли.

Избавиться от ненужных пылесборников. Пересмотрите все предметы интерьера, которые могут накапливать пыль. Чем меньше в квартире штор, ковров, ковровых покрытий, тем лучше.

Покупать правильные игрушки. Детям с бронхиальной астмой не подходят мягкие игрушки – они накапливают бытовую пыль. Гораздо больше пользы крохе принесут игрушки из дерева, качественного пластика или металла.

Исследовать дом на наличие плесени. Чаще всего приступы бронхиальной астмы провоцируют мелкие частицы плесени, которая появляется в домах с повышенной влажностью.

Для ребенка с бронхиальной астмой опасны тараканы. А если быть точнее – продукты их жизнедеятельности, которые представляют собой сильнейший аллерген. Часто именно они приводят к развитию бронхиальной астмы или учащению приступов.

Следить за погодой. Ребенок-астматик должен как можно чаще бывать на улице. Исключение составляет период цветения деревьев и растений. Пыльца – невероятно мощный аллерген для астматиков. Лучше на это время увезти малыша в регион, где сады отцвели или еще не начали цвести.

Дети-астматики отлично реагируют на санаторно-курортное лечение. При правильном выборе климатической зоны больному станет намного лучше.

Регулярно принимать назначенные врачом препараты в периоды ремиссии.

Следить, чтобы у ребенка и у взрослого всегда при себе был ингалятор с бронхорасширяющими препаратами.

Необходимо поставить в известность всех, с кем ребенок имеет дело: воспитателей, учителей, руководителей кружков. Педагоги должны знать об этой детской болезни, так как приступ может возникнуть на фоне эмоционального переживания или стресса.

Не заниматься самолечением, если ребенок-астматик заболел простудой или гриппом. Вести такого больного обязательно должен врач, ведь при астме нужно очень аккуратно выбирать лекарства, в том числе антибиотики и жаропонижающие.



От чего следует отказаться, если у ребенка бронхиальная астма:

прием седативных препаратов;
прием муколитиков (они лишь усиливают кашель);
любые виды физиотерапии (особенно в области грудной клетки);
повышенная гидратация организма (большой объем жидкости может быть прописан лишь грудничкам и маленьким деткам);
антибиотики (можно давать ребенку лишь при наличии сопутствующего заболевания, например, синусит, пневмония или другая бактериальная инфекция).

Соблюдать эти правила важно, если вы хотите снизить риск возникновения приступов у малыша.

Симптомы, которые указывают на ухудшение состояния ребенка и должны вас насторожить:

во время приступа более сильные, чем обычно, хрипы, тяжесть в груди, кашель, особенно ночью или сразу же при пробуждении утром
более частая потребность воспользоваться аэрозолем
все большее ограничение активности ребенка из-за болезни
частые простуды, болезненный вид и бледность

Все эти признаки показывают, что течение астмы ухудшается, и нужно вовремя обратиться к врачу, чтобы скорректировать лечение.

Как подготовиться к приступу

Будьте готовы к приступу астмы. Вы должны быть готовы к определенным действиям в этой ситуации.

Врач поможет составить письменный план действий, что нужно делать при приступе астмы.

Этот план поможет избежать паники.

Копии плана держите в доступных местах. Убедитесь, что Ваш ребенок и все, кто ухаживает за ним (дедушка и бабушка, няня или школьные учителя), знают, где находится этот план. Держите копии этого плана в кошельке или бумажнике, в машине и в рюкзаке ребенка на случай приступа вне дома. Хотя такие планы могут быть индивидуальными, в них должны быть указаны телефон врача и следующие основные данные:

Предупреждающие признаки. Симптомы и показания пикфлоуметра, которые зачастую оказываются предвестниками приступа;



Что делать при приступе в домашних условиях. Лекарства, которые нужно принимать во время приступа, где они находятся и как их следует использовать;

Признаки тяжелого приступа. Информация, необходимая для того, чтобы понять, что ребенок нуждается в медицинской помощи. Список критериев для определения того, насколько затруднено дыхание ребенка. Пометки о том, какая доза использования лекарств указывает на тяжелый приступ. Список инструкций по использованию лекарств, специально предназначенных для лечения тяжелых приступов астмы;



ПАМЯТКА - Что делать в экстренных случаях.

Должны быть конспективно перечислены признаки приближающегося опасного для жизни приступа, телефоны «скорой помощи» и адрес ближайшей больницы.

Если Вы сомневаетесь в тяжести симптомов у ребенка, лучше принять излишние меры предосторожности.

Вызовите врача, вызовы при астме всегда оправданы. Лечение приступов астмы зависит от раннего распознавания их признаков и своевременного лечения.



Задачи родителей ребенка с бронхиальной астмой:

Свяжитесь со школой, чтобы знать, как ребенок чувствует себя во время уроков.

Поделитесь планом лечения ребенка с учителями.

Сообщите план лечения всем взрослым, которые регулярно занимаются с ребенком.

Расскажите, какие лекарства он принимает, как эти лекарства следует принимать, и какие возможны побочные действия.

Объясните, как ребенок должен вести себя во время приступа. Оставьте свой номер телефона.

Попросите врача написать записку преподавателю физкультуры. Эта записка может содержать руководство по подбору требуемого



уровня нагрузки, описание симптомов заболевания и план лечения астмы.

Проверьте, нет ли в классных комнатах пыли, плесени или запахов, например от клея или красок. Находящиеся в классе хомячки, морские свинки и другие животные также могут создавать проблемы. Вы можете попросить сменить Вашему ребенку классную комнату.

Попросите школьных учителей связаться с Вами, если у ребенка возникают трудности с концентрацией внимания, или если он не может выполнять задания.

Оперативно реагируйте на любое ухудшение успеваемости. В этом могут быть повинны симптомы астмы или лекарства от нее. Наблюдайте за симптомами болезни.

Если Вы заметите какие-либо изменения, проконсультируйтесь с врачом.



ПАМЯТКА - Что необходимо делать родителям при наступлении приступа у ребёнка?

необходимо не рисковать и вызвать скорую помощь, медики помогут быстро и эффективно, страх, истерика и паника мамочек и отцов не лучшая помощь ребенку.

пока медики будут ехать к вам на помощь, срочно раскрывайте окна и обеспечивайте ребенку приток свежего воздуха,

необходимо взять себя в руки и всеми силами успокаивать не друг друга, а ребенка.

разговаривайте с ним спокойно, подбодрите его,

нужно мелкими порциями давать ребенку пить, каждые десять минут по паре ложек воды, это разжижает мокроту и помогает им проще откашливать.

даже если ребенка при кашле вырвало, это не повод прекращать его поить водой, это будет полезным для облегчения приступов,

можно давать не только водичку, но и компотик из яблок и сухофруктов, свежий некрепкий чаек, минеральную воду, выпустив газ вилкой.

Это важно для того, чтоб проводить профилактику обезвоживания, так как малыш очень часто дышит и теряет много жидкости, а кроме того – питье разжижает вязкую мокроту.



Чтобы своевременно замечать начало приступов, необходимо научиться считать частоту дыхательных движений, для этого необходимо знать нормальное количество дыханий – вне приступных периодов, подсчитайте, сколько раз в минуту во сне дышит ребенок, либо в спокойном состоянии сосчитайте количество дыханий за пятнадцать секунд, и умножайте результаты на четыре. Тогда это будет основной или базовой частотой дыхательных движений. Если вам сложно делать это визуально, можно сделать все гораздо проще – положите ребенку руку на грудь, сколько раз она поднимется – это и будет количество вдохов малыша за минуту. Зачем это нужно? По увеличению частоты дыхания и его тяжести можно оценивать степень тяжести приступов, помогает ли ребенку терапия, и нет ли утяжеления приступов.

Во время приступа по частоте дыхания отслеживают, как помогают лекарства, и проходит ли приступ.

По мере формирования влажного кашля и снижения его частоты, урежения дыхания и его углубления, считается, что приступы идут на убыль.

Как определить частоту дыхания нормы

(нормальное количество дыхательных движений в разные возрастные периоды):

новорожденные дышат около 40-60 раз в минуту
до годика дети дышат от 35 до 50 раз в минуту,
дети с года до трех лет дышат от 30 до 35 раз,
с четырех до семи лет они дышат от 24 до 30 раз,
после семи лет они дышат от 16 до 24 раз.

ПАМЯТКА Что делать после того, как приступ прошел?

По окончании приступа дети могут чувствовать себя по-разному, многие малыши чувствуют себя как обычно, играют, занимаются обычными делами, и ничем не выдают приступа накануне, а некоторым необходим еще период реабилитации.

У них может сохраняться кашель с мокротой, при сильных эмоциях или нагрузках, беге или криках кашель может резко усиливаться.

После приступа стоило бы немного ограничивать активность ребенка – меньше бегать, играть в активные игры, сильно не переживать и не нервничать.



Если у ребенка нет лихорадки, можно прогуляться с ним в парке, вдалеке от других детей, но не должно быть на улице сильного ветра, мороза или жары.

Если же малыш аллергик с выявлением аллергии на пыльцу, тогда ему лучше посидеть дома в периоды астмы и цветения трав и цветов. С ним можно погулять только после дождя, когда пыльцу прибивает к земле и концентрация аллергенов снижается.

После того, как приступы прошли, необходимо помогать малышу откашливаться при помощи дренажного массажа – нужно постукивать ребром ладони или кулаком по области грудной клетки, за счет вибрации происходит облегчение отхождения мокроты, и бронхи легче очищаются.

Полезно делать специальный лечебный массаж, которому маму обучает аллерголог в поликлинике или в больнице, его проводят курсами, дважды в год даже без обострений проводят курсы специального массажа и общеукрепляющего лечения.



Подростковый возраст у детей с бронхиальной астмой

Наступление подросткового возраста — особенно трудное время для родителей ребенка, больного астмой. Подросток отстаивает свою независимость. Он не хочет, чтобы его воспринимали как больного в каком бы то ни было отношении, не хочет ограничивать свои физические нагрузки, не хочет зависеть от аэрозолей и всего прочего, что сопровождает астму.

Кроме того, подростка чрезвычайно заботит, какое впечатление он производит на окружающих, что очень затрудняет жизнь той небольшой части детей, которые вследствие тяжелой астмы отстают в физическом развитии. Это время вызова авторитету родителей. Типичной формой подросткового «бунта» может стать курение — вещь и без того вредная, но при астме особенно.

Серьезной проблемой может стать нежелание выполнять указания врача — принимать вовремя лекарства и следовать другим рекомендациям. Гнев родителей по этому поводу, вполне объяснимый, скорее способен навредить.

Не улучшает положения и то, что подростковый возраст может быть временем эмоциональных потрясений и, как следствие,



напряжения и тревоги, которые могут провоцировать приступы астмы и ухудшать у некоторых подростков течение болезни.

Именно сейчас полная правда о заболевании начиная с момента установки диагноза может сыграть особенно важную роль. Чем яснее ребенок понимает суть своего состояния, необходимость лечения, тем вероятнее, что он будет лечиться как надо.

Доверительные отношения с врачом, с которым подросток может встречаться сам, очень важны в этом смысле. Поэтому желательно, чтобы ребенок (как, впрочем, и взрослый, страдающий астмой) продолжал консультироваться у одного врача; тогда врач составляет полную картину течения болезни конкретного человека, а это позволяет правильно лечить. Чем лучше врач и больной понимают, что происходит, тем более успешно будет контролироваться течение болезни. Тем легче будет жить с астмой.

Занятия спортом при бронхиальной астме.

Обязательным условием является не хлорированная вода. Если дезинфекцию нельзя провести при помощи брома, серебра или меди, то тогда лучше предпочесть бассейн с морской водой.

Правила, при занятиях спортом:

- наличие противоастматического препарата или ингалятора;
- пить воду до тренировки и после;
- начинать занятия спортом после приема лекарств;
- хорошо размяться перед основной тренировкой;
- не делать резких движений, избегать чрезмерных нагрузок.

Рекомендации специалистов по занятиям спортом:

Чтобы спортивные занятия приносили пользу важно придерживаться некоторых правил:

- главное условие — заниматься следует только после консультации с лечащим врачом, при контролируемом течении процесса и обязательно на фоне медикаментозной терапии;

- интенсивность нагрузки должна увеличиваться постепенно, под чутким руководством тренера. При возникновении одышки, приступообразного кашля, дискомфорта при дыхании тренировку необходимо прервать и со следующего занятия вернуться к прежним нормам;

- следите за дыханием на протяжении всего процесса тренировки. Оно должно быть правильным, ровным;



больные с бронхиальной астмой всегда должны иметь при себе ингалятор;

не стоит тренироваться в пыльных, душных помещениях. Большое значение имеет уровень влажности — вдыхание сухого воздуха вызывает рефлекторный спазм.

Какому виду спорта отдать предпочтение?

Важность спорта для больных астматиков неопределима. Многочисленные исследования подтвердили — тренировки способствуют стабилизации состояния и даже уменьшают количество потребляемых медикаментов. Тем более, что перечень «разрешенных» видов спорта довольно широк.

Особенно полезны для пациентов с бронхиальной астмой занятия, способствующие укреплению плечевого пояса и диафрагмы. Аквааэробика, плавание — прекрасный способ тренировки дыхательных мышц, который ко всему прочему повышает иммунитет и дарит мощный заряд хорошего настроения.

Можно заняться большим теннисом, греблей, записаться в секцию восточных единоборств (тэквондо, дзюдо, ушу, айкидо). Не менее действенны групповые виды спорта — волейбол, баскетбол, футбол. При наличии непреодолимого желания заниматься в тренажерном зале, ограничивать себя нет необходимости. Единственное, следите за пульсом — он не должен подниматься больше 150 ударов в минуту.

Чего делать не следует?

Не рекомендуется заниматься тяжелыми видами спорта, а также тренировками, требующими значительных усилий, например, бегом на значительные расстояния, поднятием тяжестей, гимнастическими упражнениями на турнике и кольцах.

Старайтесь избегать зимних видов спорта (лыж, биатлона, фигурного катания, хоккея), т.к. морозный воздух у многих астматиков провоцирует сужение бронхов. Противопоказаны упражнения, предполагающие натуживание и длительную задержку дыхания (дайвинг).

ВЫБОР ПРОФЕССИИ

При выборе профессии человеку с бронхиальной астмой необходимо обратить внимание на довольно опасные виды работ, которые связаны с попаданием частиц вредных веществ в дыхательные пути.

К группе риска относятся:



работники пылевых производств (рабочие фарфоровых, асбестовых, известковых заводов, литейных цехов, лица, которые заняты на подземных работах, шлифовщики, сотрудники производств твердых сплавов, электросварщики);

работники текстильных, скорняжных производств, прядильных, шляпных, шелкопрядильных фабрик;

работники пекарен и хлебозаводов;

работники табачных производств;

работники гренажных и кокономотальных производств;

работники производств искусственных цветов и пуговичных производств;

работники мебельных, деревообделочных предприятий;

работники радиозаводов (занятые пайкой, монтажники).



ПРИЛОЖЕНИЕ 12 ПАМЯТКИ ДЛЯ ПЕДАГОГОВ ДЕТИ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ



Что надо знать педагогу /учителю о фенилкетонурии

Открытие заболевания фенилкетонурия связывают с именем норвежского врача Ивара Фёллинга. В Норвегии заболевание известно под названием «Болезнь Фёллинга» в честь учёного, открывшего её. Успешное лечение впервые было разработано и проведено в Англии группой медиков под руководством Хорста Биккеля в начале 50-х годов XX века, ранняя диагностика фенилкетонурии по повышенному содержанию фенилаланина в крови у новорожденных проведена американским педиатром Гатри, в 1958—1961 гг, сегодня это микробиологический тест Гантри, метод выявления некоторых наследственных нарушений обмена аминокислот у новорожденных при массовых обследованиях, основанный на оценке степени подавления или стимуляции роста определенных штаммов микроорганизмов продуктами обмена и (или) ферментами, содержащимися в крови обследуемого.

Фенилкетонурия (ФКУ) – довольно редкое наследственное заболевание, связанное с нарушением обмена аминокислот. Организм больного фенилкетонурией человека не способен расщеплять аминокислоту **фенилаланин**, которая поступает с белковой пищей.

У здоровых людей аминокислота *фенилаланин* перерабатывается особыми ферментами печени, и становится тирозином. Впоследствии он становится основой для белков и ферментов организма.

У больных фенилкетонурией естественный процесс переработки фенилаланина нарушен, он не становится тирозином, а потому его чрезмерное количество имеет свойство накапливаться во всех тканях организма.

Имеет свойство накапливаться в головном мозге, что является чрезвычайной опасностью для нормального развития и функционирования центральной нервной системы.



Так как он сам и его производные токсично воздействуют на головной мозг, печень.

Диагностика фенилкетонурии входит в программу неонатального скрининга, который проводится всем, без исключения, новорожденным. Проводится такой тест на 3-5 день жизни грудничка и на 7 день жизни в том случае, если малыш родился недоношенным. Исследование проводится путем забора капиллярной крови, при обнаружении гиперфенилаланемии новорожденного направляют к детскому генетику для повторного обследования.

Существуют несколько форм или типов данного заболевания. Все они характеризуется недостаточностью разных ферментов, которые участвуют в переходе фенилаланина в тирозин, однако на различных этапах.

1-ый тип — классическая форма (самая распространенная). Характеризуется отсутствием фенилаланин-4-гидроксилазы.

2-ой тип и 3-ий – характеризуются атипичностью, так как в отличие от предыдущей формы, не поддаются лечению только с помощью диетического питания.

Инвалидность назначается всем детям с данным заболеванием со вторым и третьим типом болезни.

При первом же типе заболевания инвалидность имеет место, когда налицо необратимость тех изменений центральной нервной системы, которые приводят к умственному отставанию, а также сильным неврологических отклонений.



Важно

Основой лечения заболевания является строгое соблюдение предписанной врачом диеты, с ограниченным содержанием белка, как животного, так и растительного происхождения. Исключение сладких напитков, сладостей, в которых может быть фенилаланин.

В основном рацион должен состоять из жиров и углеводов (всевозможные крупяные каши, макаронные изделия и хлеб), белковых гидролизатов, аминокислотных смесей. *Такая диета назначается до периода полового созревания, либо на пожизненной основе.*

Эффективность диетотерапии зависит от возраста, в котором началось лечение ребенка, от длительности лечения, а также от тяжести поражения мозга к моменту начала лечения.



Все исследователи-клиницисты единодушны в том, что раннее начало лечения при строгом соблюдении диеты ведет к значительному уменьшению клинических проявлений заболевания, а также к резкому улучшению умственного развития и поведения. В то же время, ослабление диеты в период до подросткового возраста сразу же влечет за собой регрессивные изменения психики.

Лечебное питание детям, страдающим этим заболеванием, по Закону показано бесплатно.



На что обращать внимание

Симптомы и признаки

Если вовремя не был установлен диагноз, то первые симптомы заболевания будут видны в первые недели или первые месяцы жизнедеятельности новорожденного:

Дети с ФКУ рождаются абсолютно здоровыми. Поэтому, если в течение первых дней жизни выявить заболевание и придерживаться диеты, то удастся предотвратить разрушение мозга ребенка. При этом, никакие признаки заболевания не появляются. Малыш развивается и растет, как и его сверстники.

Если же момент упущен, и ребенок употребляет в пищу белковые продукты, богатые фенилаланином, то начинают проявляться симптомы поражения центральной нервной системы. Поначалу изменения у больных фенилкетонурией незначительны. Их трудно заметить даже опытному педиатру:

- это слабость и беспокойство;
- малыш не улыбается и мало двигается;
- к шести месяцам задержка развития становится более заметной;
- ребенок слабо реагирует на происходящее, не узнает мать, не пытается сесть и перевернуться;
- фенилаланин и его производные выводятся из организма с мочой и потом. Они вызывают специфический «мышинный» или затхлый запах;
- кожные покровы становятся неестественно светлые, а также голубые глаза (так называемый альбинизм);
- различные виды высыпаний, такие как, пузырьки с серозным содержанием, просто небольшие папулы;
- покраснение кожи, схожее с аллергической реакцией;



пассивность, отсутствие реакции на происходящее вокруг;
повышенное напряжение отдельных групп мышц;
заметное отставание в физическом и умственном развитии;

Если в свое время исследование на уровень аминокислот по каким-то причинам не был проведен, то появляются *характерные признаки, такие как* пассивность, судорожные явления, маленький размер черепной коробки, неестественная бледность кожных покровов

Вас должно насторожить, если:

ребенок плохо себя чувствует (подавлен) или не может ясно мыслить

снижена скорость реакций

выглядит унылым, грустным, болезненным или сердитым

не может сосредоточиться, взгляд не фиксируется на лице собеседника Все это признаки повышения уровня ФА.

Поговорите с ребенком и выясните причины – произошло ли нарушение диеты вне дома, либо был слишком расширен дома рацион.

Последствия нехватки фенилаланина

Ухудшение активности ребенка

Колебания настроения

Отсутствие аппетита

Недостаточная прибавка веса и роста

Гиперактивность

Во всех вышеперечисленных случаях необходимо сообщить о состоянии ребенка родителям, медицинскому персоналу.

Родителям следует срочно обратиться к педиатру, лечащему врачу и описать подробно все особенности состояния ребенка.



Особенности мышления и речевой деятельности детей с ФКУ

Структура интеллектуального дефекта имеет свои особенности.

Нарушение познавательной деятельности - ведущее. Сюда относятся слабое развитие внутреннего плана действий, локальное нарушение пространственных представлений, трудности распределения, концентрации и переключения внимания.



Как следствие, у детей возникают сложности при обучении арифметике. Они плохо пересказывают, рисуют, опосредствуют предъявленный для запоминания материал, а также недостаточно успешно выполняют задания по конструированию и классификации.

Дети не могут действовать в игре с двумя и более предметами одновременно, выполнять двухступенчатые инструкции.

Отмечается плохая способность к активному произвольному запоминанию. Инертны и недостаточно целенаправленны мыслительные процессы (анализ, синтез, сравнение), по сравнению с более развитой способностью к обобщению.

Есть отставание в развитии наглядно-образного мышления, особенно часто страдает словесно-логическое. Невозможность последовательного пересказа прочитанного обусловлены трудностью образного представления, а при составлении рассказа по серии сюжетных картинок - трудностью абстрагирования от конкретной ситуации.

Фонетическая сторона речи страдает меньше и легче поддается коррекции, чем грамматический строй и связная речь. В процессе порождения речевого высказывания в основном отмечаются трудности на этапах лексического развертывания и грамматического конструирования, самоконтроля.

Важно отметить своеобразие сенсорного развития детей. Оно имеет свои особенности: дети затрудняются в обследовании предметов, выделении нужных свойств, а главное - в обозначении этих свойств словом. Даже в старшем дошкольном возрасте дети путают названия цветов, геометрических фигур, с трудом ориентируются в пространственных и временных отношениях, далеко не всегда используют те возможности восприятия, которыми обладают. Соотнесение предмета с эталоном - сложный вид перцептивных действий. Наиболее трудны действия, связанные с необходимостью самостоятельного анализа сложных свойств предметов, «раскладывания» их на элементы, соответствующие усвоенным эталонным представлениям, с последующим воссозданием целостного предмета. Образы сходных объектов часто уподобляются друг другу, порой полностью отождествляются. Забываются и отождествляются также знания о сходных предметах и явлениях, полученные в словесной форме.

Это сказывается на их мыслительной деятельности, для выполнения которой необходима актуализация полученных ранее знаний и умений. Отмечаются трудности переноса усвоенных знаний в сходной ситуации и невозможность применения их в новой. У большинства детей имеются нарушения зрительно-моторной координации.

Наибольшие трудности выявляются при выполнении движений по словесной инструкции.



В познавательной деятельности они часто неуверенны в себе, стремятся избежать малейших затруднений в работе, наблюдается нежелание делать волевые усилия, не проявляют выраженных стремлений к приобретению новых знаний или навыков, отсутствуют стойкие интересы. Иногда отмечаются неадекватные эмоциональные реакции на успех и неудачу, связанные с плохой оценкой своих возможностей и результатов.

Особенности эмоционально-волевой сферы

Дети доброжелательны, стремятся к общению с родителями и сверстниками. Важно отметить, что к концу дошкольного возраста у них формируется своеобразный склад личности. В связи с тем, что их деятельность характеризуется недостаточной целенаправленностью, произвольностью и однообразием при быстрой физической и психической истощаемости, может развиваться комплекс эмоционально-личностных реакций на социальное окружение, способы и результаты своей деятельности, по которым больные ФКУ отличаются от своих здоровых сверстников.



РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ДЕТСКОГО САДА

Дошкольники с ФКУ обладают характерными особенностями при выполнении интеллектуальных операций.

Сюда относятся слабое развитие внутреннего плана действий, локальное нарушение пространственных представлений, трудности распределения и концентрации внимания. Как следствие, у таких детей возникают сложности при обучении арифметике, они плохо пересказывают, рисуют, опосредствуют предъявленный для запоминания материал, а также недостаточно успешно выполняют задания на конструирование и на классификацию по нескольким признакам.

Для обучения детей с леченой ФКУ весьма важным является тот факт, что у этих детей к концу дошкольного возраста формируется своеобразный склад личности. На фоне общего снижения работоспособности, высокой утомляемости, недостаточной целенаправленности и произвольности деятельности у них развивается целый комплекс эмоционально-личностных реакций на социальное окружение, на способы и результаты своей деятельности, по которым они сильно (и не в лучшую сторону) отличаются от своих здоровых одногруппников.

Первое, что бросается в глаза, - это трудности установления контакта с таким ребенком, которые возникают при попытках общения с ним как взрослого человека (например, педагога), так и детей. В этих случаях поведение детей с ФКУ напоминает поведение детей, страдающих ранним аутизмом, - они не выдерживают направленного на них взгляда, отворачиваются от партнера по общению, закрывают лицо руками и всячески стремятся уйти от этой тяжелой для них ситуации. Однако в отличие от аутистов они не переносят данный стиль общения на близких людей, что указывает на принципиально иные причины их трудностей.

Другая типичная особенность этих детей - неуверенность в себе, стремление избежать малейших затруднений в работе, нежелание или невозможность делать умственные усилия. Сюда же накладываются неадекватные эмоциональные реакции на успех и неудачу, связанные с плохой оценкой своих возможностей и результатов.



Детей с ФКУ отличает эмоциональная холодность по отношению к своим близким и почти полное отсутствие сопереживания и понимания эмоционального смысла ситуаций.

В структуре мотивов детей с ФКУ к 6-7 годам еще преобладают игровые интересы, причем удельный вес собственно ролевых игр обычно невелик. Дети отличаются незрелостью социальных мотивов учебной деятельности: необходимость посещать школу, где много незнакомых людей, где нужно подчиняться требованиям учителя и соблюдать правила поведения, вызывает у них чувство тревоги и страха.

Школьная оценка не имеет для них того стимулирующего значения, которое хорошо понятно здоровым детям при поступлении в школу. Слабо выражены у детей с леченой ФКУ и чисто познавательные интересы: они не любят играть в дидактические игры или игры со сложными правилами, не проявляют выраженных стремлений к приобретению новых знаний или навыков, не одолевают взрослых вопросами и т. д.

Учитывая эти особенности личности, характерные даже для тех детей, которым оказывалось лечение с раннего возраста, трудно ожидать, что они самостоятельно могут сразу включиться в учебную деятельность и реализовать там все свои потенциальные возможности. Ясно также, что и определение уровня интеллекта у таких детей находится в прямой зависимости от искусства специалиста, проводящего обследование, - от его умения быстро войти в контакт, правильно поощрить усилия ребенка, учесть быструю утомляемость и т. д.

Психическое развитие этих детей невозможно рассматривать в отрыве от социальной ситуации, в которой они находятся и в которой они, в конечном счете, формируются как личность. Жизнь детей, у которых обнаружена ФКУ, с самого раннего возраста проходит под знаком соблюдения диеты. Родители знают, что, выполняя рекомендации врачей, они лечат ребенка и от строгости диеты зависит степень терапевтического эффекта. Соблюдением диеты озабочена вся семья больного. Вокруг этого строится и общение с ребенком - ему внушают, что можно есть, а что нельзя и почему. Такой ребенок, в силу необходимости соблюдать диету, не может быть помещен в дошкольное учреждение общего типа, и потому подавляющее большинство детей с леченой ФКУ воспитывается дома. В семье он оказывается на положении больного, которому дозволено больше, чем другим, что, несомненно, сказывается на его психическом облике.



Подготовка детей с ФКУ к школе требует преодоления негативных личностных реакций, формирования у них познавательных интересов, целенаправленности и настойчивости. А это невозможно без проведения психологической и воспитательной работы, как с самим ребенком, так и с его родителями.

Особое внимание в коррекционной работе с больными ФКУ обращается на развитие эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности. Логопеды должны уделять большое внимание фонетической и лексико-грамматической сторонам речи детей, развитию связной речи; сенсорному восприятию, формированию пространственно-временных представлений, представлений об окружающей действительности и отражением их в речи.



РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ШКОЛЫ - НАЧАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ-1-4 КЛАССЫ

МЕТОДЫ И ПРИЕМЫ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ФКУ

Установление контакта.

Введение оценки деятельности.

Например, исследователи предлагают следующие методы: знакомство ребенка со школьными оценками - "отлично" ("5") и "плохо" ("2"). "Пятерку" всегда выделять красным цветом, а "двойку" - черным, что будет придавать им особую аффективную значимость. Сначала оценивать только легкие задания, с которыми ребенок хорошо справлялся, например рисование простых форм или предметов.

Подготовка ребенка к преодолению ситуации неуспеха. Например, если ребенок не справляется с заданием, то вместо отрицательной отметки, просто не выставлять ожидаемой "пятерки". Данный прием действует мягче, чем подчеркивание неуспеха с помощью плохой оценки. При отсутствии оценки дети будут стремиться выполнить задание как можно лучше, чтобы получить "пятерку". Фиксировать внимание на приложенных усилиях, а не на неудаче.

Развитие навыков самоконтроля.

Методы и приемы:

проверка работ других учеников (например, списывание слов из букваря печатными буквами), в которых либо были допущены ошибки, либо ошибки отсутствовали;

оценивание своих письменных работ;

оценивание своих работ повторно, после проделанной работы на допущенных ошибках;

главная задача такой работы - допущенные ошибки нужно найти и исправить (тогда можно рассчитывать на хорошую отметку);

Развитие самооценки

Преодоление эгоцентризма.

чтение и обсуждение рассказов, которые требовали оценки ситуации и сопереживания персонажу. Примерами таких рассказов являются "Горькое лекарство" и "Самая красивая";



менять персонажи рассказов, ставя на их место то самого ребенка, то его родителей, то посторонних людей, детей подводить к осознанию того факта, что положительное отношение и благородные мотивы поступков могут быть связаны с другими лицами;

в присутствии матери или другого члена семьи подчеркивать положительные качества и поступки людей (покупка одежды, игрушек ребенку, забота о нем); приучение ребенка к суждению, что мама добрая, красивая, ласковая, заслуживает внимания, ласки;

обсуждение с ребенком бытовых ситуаций, возникающих в семье, во дворе, классе. Объяснять, показывать на примерах, что можно поделиться чем-то с другом или родными, что-то отдать, кому-то помочь, затем закреплять и отрабатывать ситуации дома.



ПАМЯТКА

Работа с родителями детей с фенилкетонурией

Изменение родительских установок на воспитание ребенка.

Присутствие родителей на занятиях, активное включение в процесс подготовки ребенка к школе.

Вызывание правильного поведения ребенка и подкрепление похвалой.

Проведение совместных занятий, игр в школе и дома приводит к лучшему взаимопониманию родителей и ребенка.

Консультация психолога позволяет выявлять индивидуальные особенности ребенка, страдающего фенилкетонурией, помогать всем членам семьи правильно взаимодействовать с ним.



ПРАВИЛА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ:

Развитие, самочувствие, поведение вашего ребенка, состояние его кожи и многое-многое другое зависит от уровня фенилаланина в его крови. Постоянно осуществляйте тщательный контроль. Если вам или вашему ребенку нужно придерживаться диеты с низким содержанием фенилаланина, необходимо ежедневно вести учет съеденной пищи.

Постарайтесь, чтобы расчеты были максимально точными. Используйте специальные мерные стаканчики, ложки, весы, которые могут измерять массу в граммах. Это поможет четко контролировать количество съеденного фенилаланина каждый день.

Используйте для учета количества фенилаланина в вашем рационе или в рационе вашего ребенка пищевой дневник или специальную компьютерную программу.

Не обязательно сильно ограничивать себя. Сегодня можно купить специальные продукты с низким содержанием фенилаланина, например, макароны, рис, муку, хлеб, и питаться почти как обычный человек.



Будьте изобретательны. Поговорите со своим лечащим врачом, диетологом: возможно, они посоветуют вам, как можно разнообразить рацион питания, не жертвуя здоровьем. Вы можете сделать свои блюда более разнообразными при помощи приправ.



ПАМЯТКА РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ФКУ:

Совет первый и самый главный: никогда не говорите ребенку, что он болен. Ваш ребенок особенный, но отношение к нему как к больному не добавит ему здоровья. Расскажите ребенку, что все люди разные. Кто-то ест мясо, а кто-то не ест, кому-то можно молоко, а кому-то нет, кто-то ест конфеты, а кому-то нельзя их есть. Все люди особенные. Приведите примеры: кошка ест мясо, а корова – траву. Корову нельзя кормить мясом, ее организм не справится, и она от этого заболеет. Так и у людей. Твой организм не справится с этими продуктами, и если ты их будешь есть, то можешь заболеть. Посмотри, как много всего вкусного! И это истинная правда!

К трем-четырем годам ребенок уже должен понимать, что у него особенное питание, и что некоторые блюда и продукты, которые едят его сверстники или другие члены семьи, ему не подходят. Старайтесь готовить блюда, которые подойдут и вашему ребенку, и для других членов семьи.

В этом возрасте ваш ребенок уже обладает всеми необходимыми навыками для самообслуживания, у него сложился определенный режим дня, выработались пищевые пристрастия.

Ваш ребенок уже четко знает, что есть часть продуктов, которые ему нельзя есть. Но он не чувствует себя таким уж обделенным, ведь вы предприняли все меры, чтоб научиться вкусно готовить овощные блюда. Вы уже научились готовить из низкобелковых продуктов и ваш ребенок, возможно, очень полюбил саговую кашу. В этом возрасте дети очень активны, и энергозатраты их велики.

Идеально, если вы сможете обеспечить ребенку 4-5 разовое питание. В основных трех приемах пищи необходимо сосредоточить примерно 25-30% суточного рациона (без учета аминокислотных смесей).

Второй завтрак и полдник должны добавить еще 10-15% энергии.



Нельзя изолировать ребенка от семьи и общества только потому, что его питание отличается от других. Ребёнок должен принимать пищу вместе со взрослыми либо с ровесниками в детском саду, под присмотром воспитателей. Совместная трапеза формирует навыки правильного поведения за столом, обучает правилам рационального питания, формирует правильное пищевое поведение.

Старайтесь рассказывать ребенку, насколько полезна для него его еда. Старайтесь разнообразить меню, готовьте разные блюда, красиво их украшайте. Ребенок никогда не будет чувствовать себя обиженным.

Научите ребенка отказываться от предложенных угощений. Например, ему предлагают печенье. Ребенок должен поблагодарить и ответить, что ему такое печенье есть нельзя, у него диета. Сейчас люди уже знают о безглютеновой диете, о разного рода пищевых аллергиях, и никого этот ответ особо не удивит.

Учите ребенка критериям выбора продуктов и замены одних другими в случае необходимости. Если ему предлагают конфету и яблоко, посоветуйте взять яблоко, а от конфеты отказаться. Объясните ребенку, что в яблоке гораздо больше пользы.

Обязательно берите ребенка в магазин, объясняйте, какие продукты вы покупаете для него и почему. Готовьте вместе с ребенком, сервируйте блюда – все это привьет ребенку навыки самостоятельного питания.

Читайте статьи, книги, смотрите телепередачи о здоровом питании. Здоровое питание основано на потреблении овощей и фруктов, а это как раз и составляет основу питания вашего ребенка. И скорее всего, после просмотра телепередач или чтения статей по диетологии, у вас у самих может возникнуть желание отказаться от вредного для здоровья фастфуда, вы начнете отдавать предпочтение овощам и фруктам в большей мере, чем до этого, то это все, безусловно, пойдет вашей семье только на пользу!

Кормите ребенка часто, но маленькими порциями. Не следует давать ребёнку слишком больших порций, так как от этого у него может пропасть желание кушать. Недостаточное количество приёмов пищи может стать причиной перекусывания между едой. Ребёнок может тайком съесть продукт, запрещённый в диете, а это может отрицательно отразиться на уровне фенилаланина.

Научите ребенка взвешивать лечебную смесь, продукты для приготовления блюд, запоминать, что съел в течение дня, а по возможности записывать и примерно подсчитывать белок.



Расскажите, что необходимо регулярно сдавать кровь на анализ, для того чтобы определить, правильно ли ребенок питается. Настройте ребенка на позитив, когда будете брать у него кровь, превратите это в своего рода игру, где сначала малыш будет пациентом, а потом разрешите ему «полечить» вас. И поскольку общаться с врачами вашему малышу, возможно, придется гораздо чаще, чем другим детям, постарайтесь, как бы это не было сложно, научить ребенка спокойно относиться к людям в белых халатах.

В этом возрасте дети посещают детские сады. Организм ребенка сталкивается с разного рода инфекциями. Частота заболеваний увеличивается, и это может так же негативно сказаться на уровне фенилаланина в крови.

Как можно раньше сообщите работникам школы и учителям о наличии у Вашего ребенка ФКУ. Объясните учителям и прочим школьным работникам важность понимания того, почему Вашему ребенку необходим специальный рацион и тщательное наблюдение. Поинтересуйтесь, можно ли при необходимости хранить еду с низким содержанием белка в школе, и попросите разрешить Вашему ребенку принимать специальную смесь в школе или в классе. Может оказаться полезным попросить учителей складывать остатки пищи в коробку для ланча ребенка, чтобы Вы могли определить, сколько было съедено. В некоторых случаях администрация школы требует предоставления определенных документов о наличии у Вашего ребенка ФКУ.



ПАМЯТКА РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ФКУ:

Очень важно рассказать ребенку о том, что в коллективе ему часто будут задавать вопросы, почему он не ест котлету, хлеб, булочку, почему отказывается от угощений. Научите ребенка, не стесняясь, отвечать, что ему эти продукты есть нельзя или он их не любит. Не нужно вдаваться в излишние подробности заболевания, просто нельзя и все.

Ваш ребенок уже должен четко осознавать опасность запрещенных продуктов.

Надеемся, что время до школы не было потрачено зря и ребенок уже четко знает, что ему можно, а что нельзя.



Доверяя ребенку, не забывайте, что обязательно надо регулярно контролировать уровень фенилаланина в его крови, особенно в первое время, пока ребенок не адаптируется в школе, в новом коллективе, пока его не перестанут одолевать соблазны. Доверяй, но проверяй! И если вы обнаружили, что ребенок нарушает диету, вам надо проанализировать, где вы допустили ошибку, снова провести с ребенком беседу, мотивировать его не нарушать диету и обязательно расспросить учителя и повара. Ведь, может быть, они что-то недопоняли или забыли. Может быть, они выпустили что-то из виду и ребенку попадают продукты из списка запрещенных. С каждым годом контролировать диету ребенка вне дома становится все труднее и труднее. И поэтому, чтобы на сто процентов быть уверенным, что ребенок не съест ничего лишнего, вам нужно воспитывать в нем ответственность за свое здоровье. Это нелегко, но это единственный способ избежать трудностей подросткового возраста, когда ребенок хочет свободы и независимости.

Чем раньше вы привьете ребенку ответственность за собственное здоровье, тем проще ему будет справляться с диетой в подростковом и взрослом возрасте.

Помните, что высокие уровни фенилаланина продолжают оказывать токсическое действие на мозг. Ребенку трудно сосредоточиться, трудно запомнить материал, он становится раздражительным, нервным, агрессивным.

Фенилкетонурия требует от человека огромной самодисциплины. Если у вас доверительные отношения с ребенком, постарайтесь объяснить ему, что желание съесть что-то из запрещенных продуктов – не имеет смысла. Продукт будет находиться во рту, доставляя удовольствие вкусом, всего несколько секунд, а вот лишний фенилаланин будет отравлять организм долгое время. Ребенок поймет бессмысленность попыток «поедания» высокобелковых продуктов.

Расскажите, что люди с диабетом и сердечными болезнями избегают сахара и жиров.

Людам с аллергией на некоторые продукты, такие как яйца, орехи или морепродукты, приходится избегать даже нескольких молекул белков, которые вызывают аллергию или даже могут стать причиной смерти. Огромное количество людей, подобно вегетарианцам или людям на кошерной диете, избегает определенных продуктов из моральных соображений. Поэтому соблюдение диеты уже никому не кажется чем-то необычным.



Родителям легче мотивировать своих детей соблюдать диету, если у ребенка есть какие-то увлечения и вы договоритесь, что посещать любимые занятия ребенок будет только в случае, если у него будет хороший результат анализа. Но хочется повторить еще раз – соблюдать диету будет намного легче, если у ребенка дома будет вкусный и разнообразный стол.

Ищите новые рецепты, вкусовые сочетания, специи - ведь и диета может быть вкусной!

Готовьте оригинальные и полезные овощные блюда из разных национальных кухонь, которые с удовольствием будут есть все члены семьи – так ребенок не будет чувствовать себя одиноко за общим столом.

Конечно, увеличивающиеся энергетические затраты ребенка ведут к увеличению объема потребляемой пищи, и вместе с тем может увеличиваться и уровень фенилаланина в крови. Если так происходит, увеличьте количество низкобелковых продуктов, углеводов и жиров.



ПАМЯТКА РОДИТЕЛЯМ ПОДРОСТКОВ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ:

Правильное диетическое лечение – это не просто ограничение поступления фенилаланина, это обязательный прием аминокислотных смесей в полном объеме, которые обеспечивают поступление в организм всех жизненно важных аминокислот.

Нехватка аминокислот. Если организм испытывает недостаток в «строительных»

аминокислотах, то страдает не только общее физическое состояние (задержка роста; недостаток веса), но и мозг. Без тирозина, который не образуется в организме больного фенилкетонурией, невозможно строительство важных гормонов: допамина, адреналина, норадреналина, серотонина.

Нехватка допамина вызывает нарушение познавательных и исполнительных функций (концентрация внимания, способность планировать, память, способность решать проблемы), эмоциональные нарушения (неадекватное поведение), нарушение социального поведения. Недостаток серотонина вызывает депрессию, нарушения сна, бессонница, агрессия, чрезмерное возбуждение. Увеличение



уровня фенилаланина, и в то же время снижение допамина и серотонина приводят к снижению синтеза миелина. Миелин — вещество, образующее миелиновую оболочку нервных волокон.

Нехватка миелина приводит к ухудшению передачи нервных импульсов.

Нехватка минералов, витаминов, микроэлементов. Диета ФКУ – это резкое ограничение источников натурального белка, в том числе молочных продуктов (главный источник кальция у здоровых людей), что приводит к развитию остеопении (остеопороза). Современные синтетические смеси аминокислот – главный источник кальция у больных ФКУ, однако его количество может быть недостаточным. Возможно и влияние самого основного заболевания на костный обмен – нарушение процесса абсорбции минеральных веществ в пищеварительном тракте из синтетических смесей аминокислот. Так же на усвоение кальция могут влиять высокие концентрации фенилаланина в сыворотке крови в случае прекращения соблюдения диеты в подростковом возрасте, недостаток физической активности.

Недостаточное усвоение минералов для строительства костной ткани может быть даже из-за переизбытка белка, который возникает в том случае, если употребляется полная доза аминокислотной смеси и высокобелковые продукты. В этом случае больному грозит не только избыточный вес и высокий уровень фенилаланина, но и лишняя нагрузка почек белком, что приводит к гипертензии. Даже при приеме полной нормы аминокислотной смеси существует риск недостатка микроэлементов и витаминов. Нехватка витаминов (B12, B6, K1 и др.) приводит к нарушению функций нервной системы и кроветворения; нехватка калия и магния приводит к сердечно-сосудистым заболеваниям.

Профилактика остеопороза в подростковом возрасте:

- диета с низким содержанием фенилаланина, использование безфенилаланиновых смесей, обогащённых кальцием и витаминами;
- следует избегать как недостаточного, так и избыточного потребления белка;
- восполнение дефицита кальция (800 mg 9 года жизни, 1200 (1500) mg 9 года жизни) и витамина D3 – 400 м.е/сутки – особенно в период интенсивного роста (контроль основных биохимических параметров минерального обмена, абдоминального УЗИ);
- регулярная физическая активность;
- наблюдение за состоянием костной ткани – денситометрия у пациентов с фенилкетонурией старше 12 лет.



СОВЕТЫ ПОДРОСТКАМ С ФКУ:

Подростку очень сложно удержать уровень фенилаланина в крови в пределах нормы. Но это так важно! Повышение уровня фенилаланина на 1 мг% вызывает падение IQ на четыре пункта. Мы уже знаем, что высокий уровень фенилаланина приводит к перепадам настроения и неадекватным действиям.

Чтобы управлять уровнем фенилаланина, вам нужно планировать вашу диету, записывать и контролировать содержание фенилаланина в продуктах, избегать запрещенных продуктов. Чтобы выполнить эти задачи, вам нужно ясное мышление, контроль и концентрация – и тогда высокий уровень фенилаланина вам не грозит. Вам также поможет позитивный настрой.

Чем ниже у вас уровень фенилаланина в крови, тем лучше. Когда ваш уровень фенилаланина низкий, ваш мозг будет всегда находиться в наилучшем состоянии. Вы будете легче думать, разумно планировать и следовать советам, которые помогут вам быть здоровым. В то же время, чем больше вы позволяете расти уровню фенилаланина, тем труднее вам будет его снизить.

Есть огромный бонус в том, что вы держите низкий уровень фенилаланина. Навыки, которые вы получаете для того, чтобы держать низкий уровень фенилаланина в крови каждый день от математических вычислений фенилаланина в продуктах до самодисциплины, чтобы всегда говорить "Нет" продуктам с высоким содержанием фенилаланина - дают вам тренировку, полезную и для других областей вашей жизни.

Помните, что у людей, живущих с фенилкетонурией, высокие уровни фенилаланина могут вызвать проблемы настроения, включающие депрессию.

Депрессия, если у вас некоторые из следующих симптомов:

- грустное настроение, состояние тревоги и/или опустошенности
- нежелание заниматься любимым делом или невозможность получать удовольствие от вашей деятельности
- постоянное чувство голода или наоборот, отказ от пищи. Потеря или быстрый набор веса
- беспокойный сон или чрезмерная сонливость
- постоянное чувство усталости



- непроизвольные движения тела
- чувство ненужности, отсутствие надежды
- неспособность сфокусироваться или принимать решения
- нежелание жить.

Если у вас есть данные симптомы, мысли, скажите это близким, доктору немедленно. Возможно, эти проблемы из-за высокого уровня фенилаланина в крови.



ПАМЯТКА ДЛЯ ПОДРОСТКОВ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ

Фенилкетонурия требует самодисциплины. Каждый прием пищи напоминает вам, что вы имеете серьезную проблему. Каждый день вам придется думать о ваших потребностях.

Низкобелковая диета – это на всю жизнь.

Вам придется не только думать о том, что вы едите в каждый прием пищи. Вы, также возможно, должны будете рассказывать другим людям о вашей диете. Вам может быть затруднительно есть вне дома или в гостях, многих блюд придется избегать.

Поскольку вам нужна специальная диета, вам, вероятно, нужно будет научиться готовить ваши собственные блюда. Вам необходимо разработать с вашими родителями и врачами, диету, которая поддержит ваш уровень фенилаланина в крови на вашем целевом уровне. Это поможет сохранить ваш мозг здоровым.

Изучите рецепты блюд из низкобелковых продуктов, овощей и фруктов. Научитесь самостоятельно составлять свое меню на день.

Если вы начали уделять больше внимания контролю того, что вы едите, как вы узнаете, правильно ли работает ваша диета? Регулярно сдавайте анализ, проверяйте ваш уровень фенилаланина. Только так вы сможете узнать, поднимается ли ваш уровень, падает или остается стабильным. Вы не можете самостоятельно точно определить собственный уровень фенилаланина в крови.

Сделайте ваш контроль фенилаланина поводом для праздника. Установите себе цель и награду за достижение вашей цели, например, купите новую книгу или повеселитесь с друзьями.

Когда ваш уровень фенилаланина соответствует цели, вы должны поощрить себя! Обязательно разделите вашу радость с семьей и с друзьями. Сотрудничайте с вашим доктором, чтобы найти наилучший уровень фенилаланина для вас.



РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С ФКУ О ПРОДУКТАХ



Группы продуктов при ФКУ

Разделяют три группы натуральных продуктов. В основе классификации лежит количество в них фенилаланина:

Красный список – продукты, которые необходимо полностью исключить из рациона.

Оранжевый список – разрешены в небольших количествах под строгим контролем.

Зеленый список – могут употребляться без ограничений.

Красный список	Оранжевый список	Зеленый список
Все виды мяса	Молочные продукты	Фрукты
Колбасные изделия	Рис и кукуруза	Ягоды
Все виды рыбы	Овощи (картофель, капуста)	Зелень
Морепродукты	Овощные консервы	Овощи
Яйца		Рисовая, кукурузная мука



Сыры		Крахмал и саго
Творог		Сахар и варенье
Орехи		Мед
Хлеб и хлебобулочные изделия		Сливочное и растительное масло, топленый жир
Кондитерские изделия		
Крупы и хлопья		
Продукты из сои		
Поп-корн		
Аспартам		

Промышленность выпускает еще две группы продуктов:

искусственные низкобелковые продукты, специально для диетического питания (хлеб, печенье, макароны)

готовые пюре для детского питания на основе фруктов.

На основе этих продуктов можно составить полноценное меню, готовить ребенку вкусные, полезные и разнообразные блюда.

Родителям ребенка, больного ФКУ, важно уметь составлять диету и правильно рассчитывать количество фенилаланина. Для этого необходимо иметь под рукой весы, которые дают возможность взвешивать до десятой доли грамма.

Конечно, кроме общих рекомендаций, каждая мама еще должна приспособиться к тому, что любит ребенок, а что нет, как реагирует его организм на тот или иной продукт. Часто случается, что советы одних мам могут быть совершенно бесполезными для других, так как дети разные, формы заболевания и переносимость ФА тоже разная. Именно поэтому сложно создать универсальную книжку рецептов, подходящих абсолютно всем.



Каждая мама знает, насколько ограничен набор разрешенных продуктов. Но даже из этого скудного списка продуктов можно создать настоящие кулинарные шедевры – вкусные и полезные блюда – нужно только проявить фантазию и смекалку. Исключая мясные, рыбные, молочные продукты, компенсируйте рацион свежими овощами и фруктами, растительными маслами.

Существует огромное количество Интернет-ресурсов, которые помогут развить ваши навыки в приготовлении пищи. На нашем сайте вы найдете не только традиционные блюда из общедоступных продуктов, но и оригинальные находки опытных мам, а так же разнообразные кушанья из национальных кухонь мира.

Какие знания могут помочь в организации правильного питания ребенка с фенилкетонурией?

Прежде всего - принципы здорового питания. В семьях, где появляются детки с фенилкетонурией, постепенно меняются приоритеты в выборе продуктов и для нас, родителей. Мы больше стали есть свежих овощей и фруктов, готовить вегетарианские блюда. И мы, родители, стали чувствовать себя гораздо здоровее. Каждый день у нее на столе обязательно несколько видов сезонных фруктов.

Не нужно настраивать ребенка на то, что ему после окончания диеты можно будет есть всё.

Опыт показывает, что диета необходима и подросткам, и в старшем возрасте. Лучше искать разумное меню и приучать ребенка готовить низкобелковые блюда самостоятельно. А польза от такого питания – очевидна.

Итак, главный принцип здорового питания - максимальное количество натуральных продуктов, исключение продуктов, содержащих химические пищевые добавки. Мы стараемся придерживаться еще одного принципа здорового питания – давать фрукты и овощи разных цветов в течение дня. Почему?

Цветные овощи и фрукты содержат наибольшее количество витаминов, минералов, клетчатки и главным образом фитонутриентов. Только фитонутриенты дают яркий цвет коже этих продуктов и эффективно помогают иммунитету защищать организм ребенка от опасных вирусов.

Кроме того, овощи и фрукты в сыром виде содержат структурированную воду, которая лучше всего подходит организму. Приучайте ребенка употреблять больше сырой пищи, свежавыжатых соков, фруктовых коктейлей, ягод. Блюдо должно быть свежее, быстрое, полезное. Кулинарная обработка – минимальная.



Кроме употребления свежих овощей и фруктов, в диете при фенилкетонурии обязательно должны присутствовать жиры - растительные масла, сливочное масло, жирная сметана, сало.

Особенно обратите внимание на растительные масла, богатые Омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами (ПНЖК). Специалисты по ФКУ во всем мире советуют пациентам дополнительный прием Омега-3.

Попробуем разобраться, почему. Примерно 60% мозга состоит из жира, и основная его часть — это ПНЖК. Когда в рационе наблюдается нехватка Омега-3, их заменяют другие виды жиров.

Как следствие, здоровье мозговых клеток нарушается. Мембрана каждой мозговой клетки становится жесткой, и для передачи электрических импульсов от одной клетки к другой требуется большее время. Это означает, что процесс передачи сообщений между клетками мозга замедляется.

В результате ребенок не может мыслить четко, память затуманивается. В таких случаях также могут развиваться депрессия и состояние тревоги.

"Растительные" Омега-3 (ALA) содержится в зеленых листовых овощах, льняном масле. Не забывайте, что "растительные" Омега-3 быстро окисляются и разрушаются при термообработке.

Всего 5% ALA в организме человека может быть преобразовано в другие необходимые формы Омега-3 - длинноцепочечные EPA и DHA. Хотя льняное масло и другие источники жирных кислот Омега-3 обладают определенными достоинствами, они неспособны заменить EPA и DHA. Именно эти формы необходимы мозгу для строительства мембран. В основном они содержатся в морской рыбе.

Но так как при фенилкетонурии употребление рыбы исключено, стоит вспомнить о рыбьем жире, богатым так же и витамином Д. В аптеках и интернет-магазинах можно найти капсулы Омега-3 (EPA и DHA). Но советуем быть осторожным с рыбным жиром, чтоб не было передозировки витаминов А, Е, Д. Поэтому не забудьте согласовать дозировки с врачом!

Углеводы обеспечиваются за счет крахмалов. Но не стоит очень увлекаться макаронами и выпечкой. Такая еда дает калории, но не обеспечивает организм полезными веществами. Крахмалы дают нагрузку на поджелудочную железу. Кроме того, в готовых продуктах достаточно много химических добавок.

Аминокислотные смеси являются главным источником минералов, ответственных за формирование костей. Однако, опыт показывает, что



не всегда содержание кальция, магния и других минералов, ответственных за плотность костей, полностью соответствует потребностям организма. А так как часто приходится экономить аминокислотную смесь, то организм ребенка недополучит не только белок, но и минералы, а это чревато различными нарушениями. Всегда помните об этом!

Согласуйте с врачом, нужно ли принимать дополнительно минеральные комплексы.

Кроме витаминов, минералов и микроэлементов, организм ребенка с фенилкетонурией обязательно должен получать тирозин и триптофан - очень важные для мозга аминокислоты. Мы знаем, что дефицит тирозина может негативно отразиться на умственном развитии. Симптомами недостаточности тирозина являются угнетение функции щитовидной железы, понижение артериального давления и температуры тела (холодные руки, ноги), ощущение тяжести в икроножных мышцах. Из тирозина образуется допамин – главный и основной регулятор различных функций нашего мозга, а именно: рациональной, социальной и эмоциональной. Считается, что именно допаминавая система мозга ответственна за центры удовольствия. Тирозин способствует повышению настроения, оказывает антидепрессивное действие, повышает концентрацию внимания.

А триптофан очень важен для выработки гормона серотонина, влияющего на психоэмоциональное состояние. Недостаток серотонина вызывает депрессию, нарушение сна, агрессию, чрезмерное возбуждение, расстройство внимания. Серотонин - соединение, которое вызывает умственное расслабление и создает ощущение эмоционального благополучия. Серотонин, в свою очередь, является предшественником мелатонина, регулирующего биологические часы.

Кроме аминокислотных смесей, источниками этих важных веществ могут быть и некоторые продукты.

Овощи Салаты из свежих овощей очень важны. Дело в том, что именно прием салата настраивает пищеварительный тракт, насыщает организм структурированной водой, витаминами и минералами.

Салаты мы подбираем из сезонных овощей. Зимой, конечно, приходится покупать импортные овощи, ну а летом с этим проблем нет. Здесь подойдут любые овощи в любом сочетании. Отдельно хотим сказать о пользе растительных масел.

В оливках содержатся практически все необходимые человеку витамины и микроэлементы, которые хорошо усваиваются организмом человека. Входящие в состав оливкового масла полезные



полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК) необходимы как строительный материал оболочек клеток. Кроме оливкового, очень полезны масло грецкого ореха, масло из виноградных косточек, льняное, кунжутное и другие масла. Они так же компенсируют дефицит полиненасыщенных жирных кислот (ALA) в диете ФКУ. Растительные масла снабжают организм витамином Е.

Красный. Красные фрукты и овощи защищают сердце благодаря высокому содержанию фитонутриентов ликопина и эллаговой кислоты. В красную группу входят: вишня и черешня, клюква, шиповник, красная смородина, гранат, малина, земляника и клубника, свекла, редис, арбуз, красные листовые салаты и цикорий, помидоры, красный сладкий перец и острый перец чили, красный репчатый лук и картофель с красной шкуркой, рябина и другие ягоды, красные яблоки и цитрусовые и др.

Помидоры являются самым богатым источником ликопина – сильного антиоксиданта. В обработанном состоянии помидоры полезнее, так как ликопин, больше высвобождается и лучше усваивается. Кроме того необходима соль. Вот они, наши любимые помидорчики из банки и томатный сок! Из помидоров можно приготовить вкуснейший суп-пюре, гаспаччо, начинить помидоры овощами и запечь, и много других очень вкусных блюд.

Сладкий перец может быть разных цветов: красного, желтого, зеленого. Это кладезь витамина А, марганца и фолиевой кислоты. Список блюд из перца огромен: это и фаршировка (начинка) другими овощами и рисом, салаты, макаронные изделия.

Свекла обязательно должна присутствовать в рационе ребенка с фенилкетонурией, поскольку имеет свойства лекарственного значения. Она очень важна для кроветворения. В состав входят: железо, каротин, витамины группы В: такие как В1, В3, В2, и В6, В12, а также витамин С; калий, йод, магний, кальций; фолиевая кислота.

Ягоды - кладезь витаминов и полезных микроэлементов. Применять их можно по-разному.

Просто есть, делать морсы, муссы, компоты, перетирать с сахаром, замораживать на зиму. Из ягод можно делать соусы к блинчикам, добавлять в каши. Обязательно заготовьте чернику, малину и другие ягоды на зиму - у вашего ребенка всегда будут натуральные витамины!

Оранжевый, желтый. Оранжевые овощи приобрели свой цвет благодаря бета-каротину источнику витамина А, недостаток которого вызывает повышенную утомляемость, снижение устойчивости к простудным и инфекционным заболеваниям, нарушение функций



желудочно-кишечного тракта, развитие малокровия и ухудшение зрения. К группе желтых и оранжевых овощей и фруктов относятся: абрикосы, персики, манго, нектарины, папайя, хурма, облепиха, ананас, тыква, кукуруза, сладкий картофель (батат), желтая репа, морковь, желтые и оранжевые цитрусовые, желтые яблоки, желтые и оранжевые дыни, сладкий перец.

Морковь. Кто же не знает о пользе моркови? Всем известно, чтобы иметь хорошее зрение, необходимо обязательно ее включать в свой рацион. Сравниться с ней в этом, пожалуй, может только сладкий перец. Морковь также является прекрасным источником витаминов С, В, D, Е. Она богата минералами и микроэлементами – калием, кальцием, железом, фосфором, йодом, магнием, марганцем. В ней также содержатся эфирные масла, физиологически активные вещества — стеролы, ферменты и другие соединения, необходимые организму. Следует помнить, что содержащийся в моркови каротин будет усваиваться значительно лучше в сочетании с жирами. Поэтому лучше заправлять морковь и салаты из нее растительным маслом или сметаной, а сок можно пить с кусочком сливочного масла.

Морковь является редким исключением из правил: в вареном виде она содержит больше полезных веществ, чем в сыром. Сразу после варки моркови уровень антиоксидантов в ней повышается на 34% и возрастает в первую неделю ее хранения в вареном виде. После месяца хранения вареной моркови в ней все еще содержится больше полезных веществ, чем в свежей.

Морковь в тушеном виде можно использовать как гарнир, можно сделать котлеты, в сочетании с рисом и луком вы получите прекрасный вегетарианский плов.

Тыква очень вкусный и полезный овощ, который содержит большое количество каротина и витаминов. В мякоти тыквы содержится очень много ценного для детского организма кальция и витамина D, который ускоряет рост. Поскольку в тыкве много солей меди, цинка, железа и фосфора, которые положительно влияют на процесс кроветворения в организме, употребление ее рекомендовано как профилактика малокровия. Из тыквы можно приготовить кашу, суп-пюре, блинчики или просто запечь.

Царем фруктов считается ананас. Содержит фермент бромелайн, который позволяет расщеплять употребленную пищу, что способствует лучшему ее усвоению. Вовсе необязательно покупать цельный ананас, разделять его и есть. Можно купить консервированные кольца и есть их сразу после приема пищи.



Зеленый. Зеленые листовые овощи – источник хлорофилла, кальция, витамина K1, фолиевой кислоты, провитамина А и магния. Растительные соединения лютеин и индол способствуют укреплению зрения, костей и зубов. К зеленой группе овощей и фруктов относятся:

киви, авокадо, лайм, артишок, зеленая спаржа, зеленые капусты (брокколи, брюссельская, савойская и др.), огурцы, зеленые листовые салаты и пряные травы, лук (порей, батун и шнитт), стебли сельдерея, зеленые кабачки и цуккини, шпинат, зеленый горох, а также зеленые яблоки, груши, виноград, оливы, перец, ремень и другое.

Обязательно предлагайте ребенку петрушку, укроп, листовые салаты, зеленый лук. В диете ФКУ допускается использование спаржевой фасоли и зеленого молодого горошка. Это очень ценно тем, что в них содержится много витаминов и минералов, железа, цинк. Если толерантность фенилаланина позволяет, можно добавить их в суп или салат.

Авокадо – экзотический для наших широт фрукт. Для нас этот фрукт (или овощ, или орех?) ценен высоким содержанием тирозина. Если позволяет толерантность фенилаланина, обязательно включите его в рацион ребенка. Авокадо содержит в среднем около 20 грамм жира. Однако, почти весь этот жир – полезный мононенасыщенный жир. Авокадо содержит больше калия, чем средний банан, а калий также защищает организм от сердечных и сосудистых заболеваний. Авокадо является богатым источником фолата (фолиевая кислота или витамин B9). Авокадо содержит комплекс каротиноидов, предшественников важнейшего для организма витамина А. В 100 г авокадо содержится 1,9г белка. Авокадо можно добавлять в салаты, а можно сделать пасту с чесноком и зеленью, которую вкусно намазывать на малобелковый хлеб.

Капуста брокколи намного вкуснее и питательнее, чем цветная капуста. В ней больше витаминов - А, Е, С, группы В, РР; минералов - кальция, калия, железа, фосфора, натрия, магния, марганца, меди, йода, бора, хрома; белков и углеводов; есть каротин, которого нет в цветной капусте. Очень много в брокколи витамина С, поэтому она отличается выраженными антиоксидантными свойствами. Брокколи очень богата питательными веществами, однако белка в ней больше, чем в любом другом виде капусты (2,82 г на 100 г). Из брокколи можно приготовить суппюре, либо просто отварить и добавить к салату.



Кабачки ценны тем, что содержат всего 0,6 г белка. Плоды кабачков обладают общеукрепляющими свойствами из-за большого содержания каротина и витамина С. Они богаты минеральными веществами. Кабачок - настоящий кладезь очень важных для организма микроэлементов: калий, кальций, железо, магний. А они, как известно, так необходимы и сердцу, и мозгу, и мышцам, и печени. Из кабачков можно приготовить огромный спектр блюд – например, блинчики, пожарить кольцами, сделать икру. Отварные кабачки, а также пюре и пудинги, сделанные из этих овощей, активно используются при любых проблемах с желудочно-кишечным трактом.

Киви. Учеными было выявлено, что это самый полезный фрукт. Он богат витаминами, особенно А, В, С, минеральными солями. 1 киви в день покрывает суточную норму витамина С, который, как известно, укрепляет иммунную систему, кровеносные сосуды. Кроме того, киви содержит много магния, минеральных солей (калия) и клетчатку. В одном киви среднего размера содержится 1 г белка.

Ламинария, или морская капуста - исключительно полезный продукт. Она находится в топе рейтингов по витаминам и микроэлементам, самыми ценными из которых являются йод, железо, кальций. В ней много тирозина и триптофана, зато мало фенилаланина (0.043г). Обязательно включите ламинарию в рацион ребенка для профилактики заболеваний щитовидной железы и для улучшения умственной деятельности.

Синий и фиолетовый. В овощах и фруктах фиолетовой группы присутствуют растительные соединения антоцианин и фенолик, способствующие улучшению памяти и мозговых функций. К овощам и фруктам фиолетовой группы относятся: черная смородина, черника, голубика, ежевика, черноплодная рябина, темный виноград, темные сливы, "синие" капусты, баклажаны, фиолетовый и черный перец, темные (зрелые) оливки.

Баклажаны. А синенькие они потому, что в их кожице есть соли - причем кальциевая и магниевая соли синие, а калиевая - пурпурная. Содержание белка в баклажанах выше, чем в кабачках. В сочетании с морковью и луком можно приготовить вкуснейшую икру. Существует огромное количество рецептов с баклажанами: фаршированный овощами он лучше сбалансирован по питательным веществам.

Отдельно хочу выделить чернику из-за ее уникальной способности поддерживать зрение.

Черника особенно богата углеводами, калием, кальцием, фосфором и магнием, железом. Кроме витамина С, в чернике есть витамины В1 и



В6, витамин РР, а также пантотеновая кислота. А как приятно есть блинчики и вареники с черникой!

Белый, коричневый. К этой группе относятся: бананы, финики, чеснок и репчатый лук, топинамбур, светлый картофель, белая дыня, пастернак, корневой сельдерей и корневая петрушка, белая спаржа, груши с коричневой кожурой, корневой (флорентийский) фенхель, а также капусты цветная, белая и кольраби. Присутствие в овощах и фруктах этой группы растительного соединения аллицина и элемента селения помогает поддерживать работу сердца.

Картофель — целебный продукт. Примерно 2 % — белок, который относится к полноценным белкам, поэтому при низкой толерантности фенилаланина картофель следует ограничивать. В картофеле содержится много калия, фосфора, значительное количество магния кальция и железа, витамины С, В, В2, В6, В РР, Д, К, Е, фолиевая кислота, каротин. Наименьшее количество фенилаланина в молодом картофеле. Но, если его нет, лучше не жарить картошку (в ней будет больше ФА), а спечь — пользы будет гораздо больше. Печеный картофель богат магнием и калием, что очень полезно для сердца.

Сельдерей. Наиболее ценные части сельдерея - упругие хрустящие стебли и мясистый корень. Наряду с питательной, сельдерей обладает и лекарственной ценностью, поскольку: является превосходным источником витамина А, К, С и бета-каротина; является источником рибофлавина и хлорофилла; содержит фолат калия, флавоноиды, витамин В6; калий, цинк, кальций, железо, фосфор, магний, витамины группы В, РР, Е и провитамин А. Сельдерей широко используется в французской кухне в свежем виде. Его можно и жарить, как картофель.

Банан содержит огромное количество полезных веществ, самым ценным из которых для человека с фенилкетонурией является триптофан, который превращается в серотонин, всем известный гормон счастья. Серотонин способствует повышению жизненного тонуса. Многие замечали, что после поедания банана у них повышается настроение, появляется энергия, становится легче на душе и хочется буквально горы свернуть. Это все воздействие гормона серотонина. В банане есть витамины С, В, Е, каротин. Эти витамины защищают от инфекционных болезней. Много в банане и калия. Банан - незаменимый компонент десертов, фруктовых салатов, смузи, коктейлей. Из него можно приготовить блинчики, добавить в выпечку.

В диете ФКУ для старших детей так же можно использовать некоторые грибы, которые так же богаты триптофаном, например, шампиньоны, шиитаки, сыроежки и лисички в них фенилаланина не



много, зато в шиитаки много тирозина. Такие грибы, как белый, польский имеют достаточно высокое содержание белка (3,7 г), поэтому их употребление нежелательно. Шампиньоны содержат витамин D, E, PP и витамины группы B. Также в этих грибах есть железо, калий, фосфор и цинк. Цинк, содержащийся в шампиньонах, мобилизует иммунную систему.

Крупы В диете при фенилкетонурии крупы находятся в желтом и красном списках. Однако, если толерантность фенилаланина позволяет, можно включить некоторое количество круп в рацион ребенка. Например, рис.

Рис. Многие родители детей с фенилкетонурией редко готовят блюда из риса, считая, что в нем много белка (в 100 г содержится около 7 г белка). Однако в 100 г порции отваренного риса может быть около 2 грамм. Если добавить в рис много овощей, содержание белка в блюде можно еще снизить.

Рис очень полезен для организма человека, он не только восполняет энергозатраты, но и служит важным источником углеводов (72,5 г) и минералов (калий 70 мг, кальций 30 мг, магний 38 мг, фосфор 104 мг), и при этом содержит мало жиров (0,9 г). Рис традиционно употребляют в пищу в Азии. Для лучшего его усвоения применяются специи – куркума, имбирь, гвоздика. Не стоит пренебрегать специями и в нашей диете, ведь специи помогают организму извлечь максимальную пользу из продукта.

Готовьте вашему ребенку вкусные и полезные блюда, старайтесь искать новые сочетания продуктов, специй, приправ. Главное - делайте все с любовью!



ПРИЛОЖЕНИЕ 13 ДЕТИ С ГЕМОФИЛИЕЙ



ЧТО ТАКОЕ ГЕМОФИЛИЯ?

Гемофилия — редкая наследственная болезнь, при которой нарушается

свертывание крови, необходимое, например, для остановки кровотечения при травме. Гемофилия вызвана поломкой в гене, ответственном за выработку одного из факторов свертывания, то есть белка крови, участвующего в образовании тромба.



2. Как гемофилия отражается на обучении?

К счастью, благодаря эффективному современному лечению гемофилия не сильно мешает обучению ребенка. Главное, чтобы воспитатель и учитель хорошо понимали, что такое гемофилия, и установили с ребенком доверительные отношения. Дети с гемофилией не отличаются от своих сверстников — они готовы под любым предлогом пропускать нелюбимые уроки и занятия, порой даже симулируя кровотечение.

Но, конечно, при всей важности занятий иногда ребенку просто необходимо

остаться дома, чтобы поправиться после перенесенного кровотечения. Вам же надо будет стараться, чтобы пропустивший занятия ребенок быстро наверстал упущенное и не отстал от класса.

Совсем в редких случаях дети теряют подвижность и нуждаются в костылях или даже инвалидном кресле.

Все это должно учитываться администрацией детского сада и школы.

Задача педагога — заинтересовать ребенка, вовлечь его в жизнь класса и сосредоточиться на всем том, что он делает не хуже других ребят, вместо того чтобы заикливаться на том немногом, что ему не дается из-за гемофилии. Все это, конечно, зависит и от тяжести



гемофилии, и от особенностей самого ребенка: его возраста, устремлений и талантов.

В целом, ребенок с гемофилией может участвовать почти в любых занятиях, играх и мероприятиях, хотя по поводу физкультуры лучше посоветоваться с родителями. Возможно, они сочтут нужным проводить ребенку профилактику перед занятиями физкультурой или определенными (особенно контактными) видами спорта.

Ясли, детский сад и начальная школа

Важно, чтобы ребенок мог с самых ранних лет, несмотря на гемофилию, играть со сверстниками. Опасности от обычных детских игр практически нет, разве только иногда на коже остаются синяки или возникают кровотечения из ссадин и порезов, но эти кровотечения несложно остановить. Прежде чем давать ребенку с гемофилией ножницы или другие острые предметы, ему (как и любому другому) надо объяснить, как безопасно с ними обращаться.

В занятиях спортом маленьким детям еще почти не свойственны соперничество и жесткость, поэтому, если у ребенка нет каких-то особых противопоказаний (например, частых кровоизлияний в определенный сустав), он может заниматься физкультурой без ограничений.

Средняя школа

По мере того как дети взрослеют, в них все сильнее пробуждается дух соперничества. Их внимание обращается к новым видам спорта и активного отдыха, а нагрузки становятся интенсивнее. Это не должно вызывать беспокойства: физические упражнения полезны для ребят, потому что помогают укрепить суставы и мышцы, что защищает от кровоизлияний. Детям с гемофилией можно заниматься практически любым видом спорта, при условии, что и сами они, и их тренеры ответственно подойдут к занятиям и будут использовать защитное снаряжение там, где это необходимо. Если какой-то вид спорта вызывает трудности, то несложно подобрать другой, такой же увлекательный, но более безопасный.

Не существует строгих правил о том, какие виды спорта подходят для детей с гемофилией, а какие нет. Риск от занятий тем или иным видом спорта для разных детей разный, а мнения специалистов о пользе и вреде того или иного вида спорта расходятся. В целом, можно посоветовать избегать «жестких» контактных видов спорта вроде бокса, борьбы, регби или контактных восточных единоборств, однако некоторые дети с гемофилией весьма успешно занимаются и ими. Если



у вас есть сомнения, лучше связаться с родителями ребенка или с центром гемофилии.



ПАМЯТКА На что учитель должен обращать внимание

В яслях, детском саду, начальной школе

Если ребенок грустит или плачет без видимой причины, нужно проверить, нет ли у него признаков кровотечения.

В средней школе

Дети постарше обычно сами обнаруживают начавшееся кровотечение и говорят об этом учителю. Однако иногда они не хотят привлекать к себе лишнего внимания, поэтому учителю нужно быть бдительным, и если он вдруг замечает, что ребенок ведет себя необычно тихо или необычно мало двигается, надо проверить, нет ли у него признаков кровотечения. В сомнительных случаях нужно связаться с родителями ребенка или с центром гемофилии.

Ссадины, порезы, синяки

Легкие порезы, синяки и ссадины, неизбежные в жизни ребенка, как правило, безопасны и лечатся точно так же, как у других детей.

Кровь при гемофилии такая же густая, как в норме, а кровотечение при травме не сильнее, чем у здорового человека при такой же травме. Поэтому обычной, элементарной первой помощи будет достаточно, чтобы остановить кровотечение из носа или из кожной ранки.

Естественно, при остановке наружного кровотечения, как и при всяком контакте с кровью, надо соблюдать стандартные меры предосторожности: носить защитные перчатки, смывать следы крови дезинфицирующим раствором (разведенным раствором хлорной извести), выбрасывать испачканные кровью бинты и марлю, только поместив их предварительно в полиэтиленовый пакет, и т. д.

Для остановки кровотечения из неглубокой раны надо наложить на нее повязку или заклеить пластырем и на несколько минут прижать. На глубокие раны, которые, возможно, придется ушивать, надо наложить повязку и отправить ребенка в центр гемофилии.



Синяки не должны вызывать беспокойства, если только ушибленное место не слишком сильно болит (что указывает на возможное внутреннее кровотечение).

С особой остороженностью следует относиться к ушибам головы и наружных половых органов — такие ушибы часто требуют вмешательства специалиста.

При гемофилии категорически противопоказаны лекарства, содержащие аспирин (ацетилсалициловую кислоту), так как они замедляют свертывание крови и усугубляют состояние ребенка.

Носовые кровотечения

Остановить носовое кровотечение обычно удастся, прижав ноздрю, из которой течет кровь на 10—20 мин. или приложить к спинке носа пузырь со льдом не более чем на 5 мин. (вместо пузыря со льдом можно использовать пакет с замороженными овощами или кубики льда, завернутые в полотенце).

При этом ребенок должен сидеть прямо. Если описанные меры не помогают, нужно вызвать родителей или отправить ребенка в центр гемофилии.

Кровотечение изо рта

Кровотечения изо рта останавливать сложнее, потому что, стоит только образоваться тромбу, как он смещается языком или остатками пищи либо смывается слюной. Иногда кровотечение останавливается, если пососать кубик льда, но чаще ребенка приходится отправлять в центр гемофилии.

Кровоизлияния в мышцы и суставы

Дети постарше сами умеют определять, когда у них начинается кровоизлияние.

Маленькие дети этого еще не понимают, но всем своим видом показывают, что у них что-то болит: плачут, хромают, стараются не двигать пострадавшей рукой или ногой. Типичные места для кровоизлияний — плечевые, локтевые, лучезапястные, тазобедренные, коленные и голеностопные суставы.

Основные симптомы кровоизлияния следующие:

боль или непривычное ощущение в области кровоизлияния;
опухание пораженного сустава или мышцы;
повышение температуры пораженного сустава или мышцы;
ослабление или отсутствие подвижности в суставе.



Если произошло кровоизлияние, необходимо как можно быстрее доставить ребенка родителям или в центр гемофилии.

Любое кровоизлияние в ткани лица, шеи, горла следует рассматривать как неотложное состояние; необходимо срочно доставить ребенка для лечения родителям или в центр гемофилии.

Травмы головы

Любая травма головы сопряжена с риском внутричерепного кровоизлияния и сдавления головного мозга. Поэтому, даже если кажется, что травма пустяковая, надо весь остаток дня внимательно приглядывать за ребенком и рассказать о травме родителям, чтобы ни вы, ни они не пропустили признаков, указывающих на истинную тяжесть травмы. Если у вас есть сомнения, обратитесь за помощью в центр гемофилии.

Легкие травмы

Дети часто ударяются головой. Если удар был легким, ребенок чувствует себя хорошо и не жалуется на боль, внутреннего кровотечения, скорее всего, не произошло и специального лечения не требуется. Тем не менее, нужно внимательно следить за ребенком и при малейшем ухудшении его состояния срочно обратиться за помощью. Если же от удара на голове остались синяк или шишка, ребенка обязательно нужно передать родителям или отправить в центр гемофилии.

Тяжелые травмы

Тяжелые травмы возникают от сильных ударов по голове. Ко всякому удару, в результате которого ребенок теряет сознание, нужно относиться как к тяжелой травме. Однако помните: любое, даже на первый взгляд легкое повреждение головы может на самом деле оказаться не менее опасным.

При появлении следующих симптомов ребенка необходимо срочно отправить в ближайшую больницу или в центр гемофилии независимо от тяжести травмы:

- непрекращающаяся или нарастающая головная боль;
- тошнота или рвота;
- заторможенность, необычное поведение;
- слабость в руках или ногах;
- необычная неуклюжесть, нарушение координации движений;
- напряжение задних шейных мышц, боль в шее;
- затуманивание зрения или двоение в глазах;
- косоглазие;
- нарушения равновесия;
- судорожные припадки.



ПРИЛОЖЕНИЕ 14 ДЕТИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ



САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – хроническое нарушение обмена веществ, в основе которого лежит дефицит образования собственного инсулина и повышение уровня глюкозы в крови. Проявляется чувством жажды, увеличением количества выделяемой мочи, повышенным аппетитом, слабостью, головокружением, медленным заживлением ран и т. д. Оно требует особой системы инсулинотерапии (до пяти уколов в день), режима питания и отдыха и значительно ограничивает жизнедеятельность ребенка.



Как сахарный диабет отражается на обучении?

Ребенок с диабетом, большую часть своего времени проводящий в школе, чувствует, в первую очередь, заботу учителя, а учитель отвечает за жизнь своего ученика. Школьный учитель, в особенности классный руководитель, должен иметь необходимую информацию об этом заболевании и его течении.

Эта информация дается не для того, чтобы дети с диабетом стали объектом особого покровительства. Они должны в равной мере выполнять все школьные правила, как и другие дети. Речь идет о некоторой дополнительной

заботе о них, вызванной теми критическими ситуациями, в которых они могут оказаться из-за болезни.

Для создания облегченного режима обучающийся имеет право на дополнительный выходной день, то есть, при необходимости, может не посещать школу в какой-либо день недели, помимо воскресенья.

Несмотря на свое заболевание, ребенок с диабетом может и должен участвовать в обычной жизни класса. Психологически комфортная среда – один из важных факторов поддержания здоровья.



Задача педагога

Классному руководителю нужно постараться сделать так, чтобы дети с сахарным диабетом «не выпадали» из общего круга интересов и дел класса, дать шанс реализовать себя.

Важно понимать это состояние ребенка с диабетом и спокойно отнестись к нему, раздражаясь и не акцентируя на этом внимание других учеников

Классный руководитель должен убедиться в том, что другие учителя знают о диабете вашего ученика, постарайтесь сделать так, чтобы к нему правильно относились взрослые и сверстники.

Если ребенку нездоровится, никогда не отправляйте его одного в медицинский кабинет или домой - только с сопровождением; если возникнет необходимость отправить его домой, убедитесь, что дома есть кто-то из взрослых.

Никогда не задерживайте ребенка в школе после занятий в то время, когда ему нужно сделать укол и пообедать, а также на уроке (сдвоенных уроках), перемене, после которых он должен «перекусить».

Не всегда родители больного ребенка хотят, чтобы в классе знали диабете: опасаются (и часто не без основания), что ребенка будут дразнить. Как поступить в этом случае классному руководителю? Прежде всего, следует все-таки достичь согласия с родителями в решении этого вопроса, поскольку совсем удержать в тайне информацию о заболевании невозможно.



ПАМЯТКА Что должен знать классный руководитель о детях, страдающих диабетом:

Все дети, у которых выявлен диабет, нуждаются в ежедневных инъекциях инсулина.

Учитель должен знать, как важно школьнику с диабетом вовремя поесть и что может случиться, если не дать ему возможности выполнить все необходимые процедуры.



Кроме того, нужно решить, где ребенок будет делать укол перед обедом (инъекцию инсулина) — в классе, у медсестры или в другом месте. Дети с диабетом пользуются специальными шприц-ручками или одноразовыми шприцами, которые просты в употреблении и не нуждаются в кипячении.

Следует предусмотреть случаи и обговорить их с ребенком, когда медсестра отсутствует или класс закрыт, где тогда сделать укол, где хранить шприц-ручку, кто проследит, какую дозу набрал ребенок;

все эти случаи невозможно оставлять без присмотра, особенно если ребенок учится в младших классах.

У ребенка с сахарным диабетом всегда должна быть при себе карточка больного диабетом.



Вот образец.

Помогите! Я болен диабетом!

Если я без сознания или мое поведение неадекватно, прошу вас срочно оказать мне помощь — мое состояние связано с болезнью.

Дайте мне сладкой жидкости или кусочек сахара (он лежит у меня в левом кармане).

Если после этого мне не стало лучше, убедительно прошу вас вызвать "скорую помощь".

Если я не могу глотать, прошу вас незамедлительно вызвать "скорую помощь".

Сообщите о моем состоянии моим близким. Их телефоны находятся на обратной стороне этой карточки.

ФИО и телефон родителей.

ФИО и телефон врача.

Типы и дозы получаемого инсулина.

В каждой школе организационные вопросы решаются по-своему, если постоянно работает медицинская сестра, то она может помочь учителю и самому ребенку в решении его проблем:

сделать инъекцию инсулина, проследить, чтобы ребенок ввел инсулин правильно;

ребенок может не уходить после 5-го урока домой для того, чтобы сделать инъекцию инсулина и пообедать, а потом опять вернуться в школу - он делает укол у нее в кабинете и обедает в школьной



столовой (пища ребенка с диабетом почти не отличается от обычной; просто, например, сладкий компот можно заменить несладким чаем);

медицинскому работнику следует обязательно встретиться с родителями ребенка и предложить им принести в школу дубликат выписки из истории его болезни;



ПАМЯТКА На что учитель должен обращать внимание?

Пожалуй, "гипо" - единственное тяжелое состояние, которое можно отнести к критическим и с которым учитель может столкнуться на уроке, во время занятий физкультурой, на экскурсии, при уборке школьного класса.

"Гипо" - сокращенная форма слова **"гипогликемия"**. Этот термин используют для выражения симптомов, развивающихся при значительном понижении уровня сахара крови.

"Гипо" может развиться, если ребенок:

- сделал себе инъекцию инсулина, выбрав неправильную дозу (слишком большую);
- пропустил или отложил на позднее время прием пищи или поел слишком мало;
- получил значительную физическую нагрузку без дополнительного приема углеводов.

Важно, чтобы учитель смог оперативно распознать признаки "гипо" (ребенок, особенно младших классов, не всегда может это сам сделать) и срочно принять необходимые меры.

Симптомы "гипо":

- чувство слабости;
- повышенная нервозность, волнение, агрессивность;
- сильная потливость;
- тошнота;
- обидчивость, смущение, плаксивость, смятение;
- ухудшение зрения и слуха, нарушение координации движений;
- дрожание рук и озноб; возможная потеря сознания.



ПАМЯТКА Действия учителя при гипогликемии:

Не пугаться! Действовать решительно!

При первых симптомах "гипо" разрешить ребенку выпить или съесть что-нибудь.

Например, стакан молока и два печенья, яблоко, бутерброд (все это всегда должно быть в портфеле ученика - родители должны следить за этим).

Можно разрешить ученику выйти из класса и поесть в школьной столовой, медицинском кабинете, но обязательно отправить его с сопровождающим и убедиться, что у него есть еда.

Нет необходимости совсем отправлять ребенка домой, состояние "гипо" обычно проходит буквально через 10 - 15 минут; если эта ситуация произошла в конце учебного дня (на последнем уроке, в раздевалке), ребенка, после того, как он поест, следует отправить домой с сопровождением или вызвать для этого родителей.

Если же ребенок потерял сознание, требуется немедленно вызвать "скорую помощь". Не надо пытаться влить ребенку, находящемуся без сознания, сладкий чай или иную жидкость - он может захлебнуться.

Примечание

Для оказания неотложной помощи при гипогликемиях используется глюкагон в форме препарата ГлюкаГенГипоКит, производимого компанией "Ново Нордиск" (Дания). Набор состоит из упаковки, в которой имеются ГлюкаГен 1 мг. в виде порошка во флаконе, шприца с водой-растворителем и инструкция по применению. Как использовать ГлюкаГенГипоКит? Надо растворить порошок ГлюкаГена водой из шприца; не вынимая иглы, тщательно и аккуратно перемешать полученный раствор, набрать его в шприц, вынуть иглу из пробки флакона и ввести ГлюкаГен подкожно или внутримышечно (как инсулин). ГлюкаГен - быстродействующий препарат, поэтому ребенок обычно прямо "на игле" приходит в себя. В течение 10 минут после инъекции ребенка необходимо покормить - дать бутерброд, фрукт или фруктовый сок, т.к. может повториться гипогликемия, ибо ГлюкаГен действует только короткое время.



ГлюкаГенГипоКит должен быть у ребенка с собой или у медицинской сестры.



ПАМЯТКИ для учителя физкультуры, тренера - Физические нагрузки и спорт:

Адаптивная физическая культура определяются медицинскими рекомендациями (достижения оцениваются индивидуально).

физические нагрузки запрещены ребенку, напротив, в умеренных объемах и под контролем спорт и физические упражнения ему показаны;

перед началом занятий и после них учителю физкультуры следует убедиться, что ребенок не только успел переодеться, но и поесть;

если уроки физкультуры сдвоенные или вы выходите из спортивного зала на улицу (например, зимой на лыжах), следует убедиться, что у ребенка с собой (или у учителя) есть сладости (сахар, конфеты, печенье, «пепси», сок) и дополнительная еда (бутерброд, фрукты и т.д.);

если у ребенка все же возникло состояние "гипо" и вы сумели с ним справиться, но решили отправить ребенка в школу с занятий на улице или в класс из спортивного зала, найдите ему сопровождающего;

если ребенок участвует в спортивных соревнованиях или других мероприятиях, следует чаще обращать на него внимание, контролируя его состояние.

Особое внимание следует уделить самому ребенку с диабетом.

Ребенок должен знать, что он может поднять руку во время урока и беспрепятственно выйти из класса (Ребенок с диабетом пьет чаще, чем другие здоровые дети, это вызвано повышением уровня сахара крови, а, следовательно, может в течение урока отпрашиваться в туалет).

Младшим школьникам просто нужно напоминать о времени еды, инъекции инсулина, бывают очень застенчивые дети: они боятся насмешек товарищей; стесняются е бутерброд на перемене.

Определив у себя признаки "гипо", **важно**, чтобы ребенок не растерялся и знал, что в этом случае ему нужно срочно достать из



портфеля и, вне зависимости от того, где он находится (например, на уроке), выпить сладкий фруктовый сок (0,5 стакана) или съесть три кусочка сахара (конфеты), или печенье, или выпить 0,5 стакана обычной пепси-колы, или принять 3 таблетки глюкозы по 5 граммов.

Ни при каких обстоятельствах нельзя допускать проявления психологического давления на ребенка с сахарным диабетом со стороны окружающих. Дети с сахарным диабетом часто выделяются среди окружающих, так как им иногда приходится есть и пить в классе, а также делать инъекции инсулина и измерять уровень сахара при всех. К сожалению, из-за этого они могут стать объектом для издевательств, насмешек и излишнего внимания со стороны сверстников. Как учителю, вам необходимо взять на себя ответственность по присмотру за таким ребенком и стараться не допускать подобных ситуаций.



ПРИЛОЖЕНИЕ 15 ДЕТИ, СТРАДАЮЩИЕ ОНКОЛОГИЕЙ



ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ - одна из самых страшных и острых тем для современного общества. «Все думают, что дети после рака слабые, а на самом деле, они сильнее некоторых взрослых, даже больше знают». — Из монолога подростка, пережившего рак.15 февраля – Всемирный день онкобольного ребёнка.

Что такое рак

Наш организм построен из крошечных строительных кирпичиков, каждый из которых представляет клетку. Представьте себе: сто миллионов миллиардов клеток. Эти клетки такие крошечные, что ученым приходится пользоваться микроскопом, чтобы изучить их. Когда ребенок растет, на самом деле каждая из этих клеточек все время изменяется, а число их увеличивается. Но все это происходит по правилам и под строгим контролем «главного компьютера» организма – мозга. Но иногда какая-то клетка или группа клеток по причинам, не всегда понятным, перестает слушаться и начинает вести себя плохо. Она увеличивается и размножается без всякого контроля, начинает губить здоровые клетки и вместо них распространяться по всему телу. Рак может принять форму лейкемии, которая развивается из белых кровяных телец, или солидных (плотных) опухолей, обнаруженных в любой части тела.

В Древней Греции был такой знаменитый врач Гален. Он заметил, что распухшие кровяные сосуды вокруг опухоли похожи на клешни рака, вот он и назвал эту болезнь «фак». Рак на самом деле – это целая группа заболеваний, каждое – со своим названием, собственным методом лечения и различными шансами на ремиссию и выздоровление.



Как болезнь отражается на обучении

Во время болезни дети от полугода находятся на стационарном лечении, что может повлиять на успехи в учебе из-за длительного отсутствия и повышенной утомляемости. Это негативно влияет на эмоциональное состояние ребенка, он невольно начинает закрываться в себе. Важно не дать развиться чувству неполноценности, а мотивировать ребенка продолжать развиваться, учиться, стремиться вперед.

Дети, заболевшие раком, могут быстро уставать, чувствовать себя вялыми и больными, у них могут возникать головные боли, а также боли в каком-то определенном месте.

Задачи учителя

После прохождения курса лечения, ребенок возвращается к привычному образу жизни. Очень важна возможность посещать школу, для ребёнка это свидетельствует о том, что он преодолел болезнь и может жить так, как раньше.

Задача учителя не только возобновить и подогреть интерес к учебе, но и вернуть веру в себя и в будущее. Учеба - не только возможность узнать что-то новое, это прежде всего частичка той здоровой жизни, которую у них украли. Это способ отвлечься от своей болезни, забыть о том, что ты не такой как все.

Важно не акцентировать внимание на болезни ребенка, чтобы он чувствовал себя таким же, как и все. Не нужно делать какие-то поправки.

Очень важно сохранять связи школьника с одноклассниками. **Классному руководителю** нужно постараться сделать так, чтобы они «не выпадали» из общего круга интересов и дел класса, дать шанс реализовать себя.

Необходимо открыто говорить о заболевании ребенка с учителями и обсуждать с ними возникающие проблемы в обучении. Важно помочь ребенку подобрать понятное сверстникам объяснение, почему он периодически надолго пропадает и с чем связаны некоторые изменения во внешнем виде.



Необходимо поговорить с учениками о том, являются ли детские онкологические заболевания опасными для окружающих? Так же как и взрослые, дети, больные злокачественными опухолями, не представляют опасности заражения для окружающих. **Рак не заразен!** Он не может передаваться от одного человека к другому, как простуда, или от животного к человеку.

Сотрудничества с семьей обучающегося. Попробуйте поговорить с родителями одноклассников, чтобы сделать их своими союзниками в сохранении дружеских отношений между детьми. С этой целью можно использовать родительские собрания или внеклассные мероприятия.

Куда обратиться за помощью:

Центр реабилитации детей с онкологическими заболеваниями в Новосибирске. Служба социальной адаптации кризисных семей. Сайт: <http://www.doktor.ru/onkos/krizis/> E-mail: grigoryts@fromru.com



ПАМЯТКА

Что должен знать учитель

Учитель должен понимать, что учеба онкобольным детям дается не просто и нагрузка должна зависеть от состояния здоровья.

У детей после окончания лечения могут быть следующие проблемы с обучением:

Из-за перерыва в обучении могут быть большие пробелы в освоении материала;

Низкая концентрация внимания;

Неспособность запоминать визуальную информацию;

Проблема с правописанием;

Отсутствие навыков планирование задач и организация распорядка дня;

Неспособность скопировать с доски;

Медленный темп чтения;

Нарушение арифметических навыков.



ПАМЯТКА

Что нужно делать в экстренной ситуации, если таковая возникла

Есть несколько экстренных ситуаций, в которых необходимо вызывать скорую помощь. Прежде всего, это открывшееся кровотечение, а так же резко обострившаяся боль, которую не удастся снять самостоятельно:

Первая помощь больным раком при появлении рвоты

Если рвота носит обильный и непрекращающийся характер, имеет черный цвет, крайне важно оказать первую помощь до прибытия скорой помощи. Уложите в постель и постарайтесь обеспечить ему максимальный покой.

Далее выполняйте следующие указания:

№1:

Во время приступа осторожно переверните ребенка на бок и немного склоните его голову (это позволит избежать попадания рвоты в дыхательную систему).

№2:

Чтобы предотвратить сильное обезвоживание организма, предложите теплое питье в виде травяных отваров или сладкого чая. Лучше воспользоваться готовыми растворами, которые всегда должны быть у онкологического больного (например, эффективен раствор “Регидрон”, предназначенный для приема внутрь).

№3:

Если есть возможность, рекомендуется дать медикаменты (это могут быть антигистаминные препараты, например, “Супрастин”, которые облегчат состояние).

Важно:

Употребление пищи сразу после того, как приступ закончился, категорически запрещается!



ПАМЯТКА ПЕДАГОГАМ, ОБУЧАЮЩИХ И ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЕЙ

Как учить ребенка с онкологией?

При обучении ребенка-инвалида образовательная организация на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии разработает индивидуальный образовательный маршрут с использованием дистанционных технологий обучения:

В соответствии с Федеральным законом № 273-ФЗ

Под дистанционными образовательными технологиями понимаются образовательные технологии, реализуемые, в основном, с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и педагогических работников.

п.5 ст. 41 закона РФ «Об образовании в РФ» основанием для организации обучения на дому или в медицинской организации являются заключение медицинской организации и в письменной форме обращение родителей (законных представителей);

Возможно, ребенку необходим **дополнительный отдых** между уроками или меньшее количество уроков в день.

Для создания облегченного режима обучающийся имеет право на дополнительный выходной день, то есть, при необходимости, может не посещать школу в какой-либо день недели, помимо воскресенья.

Школа должна приспособиться к физическим потребностям ребенка после лечения. **Например**, если ребенок слаб и ему тяжело носить книги, то ребенку, возможно, понадобятся 2 набора книг: один для дома и один для школы.

Проведение занятий по адаптивной физической культуре. **Адаптивная физическая культура** определяются медицинскими рекомендациями (достижения оцениваются индивидуально). Ребенок также **может быть освобожден от физкультуры,** чтобы избежать чрезмерной физической нагрузки.



ПАМЯТКА РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ОНКОЛОГИЕЙ:

Когда ребенку диагностируют рак, родители и семья должны справиться со многими проблемами, в том числе и с адаптацией ребенка после окончания основного лечения.

Важно не молчать

Прежде чем ребенок пойдет в школу, родителям нужно провести встречу с учителями, классным руководителем и школьной медсестрой. Очень важно, чтобы они знали о диагнозе, а также — что нужно делать в экстренной ситуации, если таковая возникла. Они должны знать, какие лекарства нужно принять ребенку, какие проблемы он испытывает, как за ним наблюдать, что ваш ребенок может делать, а что — нет.

Также вы должны проинструктировать ребенка к кому он должен обратиться в школе в случае плохого самочувствия или возникновения каких-либо проблем.

В связи с сухостью во рту или потерей веса, вызванные лечением, ребенок должен носить с собой бутылку с водой, а также брать с собой дополнительную еду помимо предоставляемого обеда в школе.

Оставьте в школе дополнительные контакты других членов семьи на случай, если с вами не будет возможности связаться или вы не сможете быстро приехать.

Старайтесь каждую неделю обсуждать с Вашим ребенком проблемы, которые у него могли возникнуть с возвращением в школу. Возникшие проблемы нужно обязательно решать. Если вы не можете справиться самостоятельно, обратитесь к классному руководителю.

Вы должны быть готовы к вопросам одноклассников о «раке». Поэтому постарайтесь подготовить ребенка к всевозможным вопросам на тему «Что такое рак?», «Могу ли я им заразиться?», «А кто им болеет?». Поговорите со своим ребенком о том, как ответить на эти вопросы. В этом вопросе вам могут помочь классный руководитель или школьная медсестра, предварительно проведя с классом беседу на тему «рак», объяснить, что рак не заразен и никто не виноват, что ребенок им заболел.



ПРИЛОЖЕНИЕ 16 ДЕТИ С ЭПИЛЕПСИЕЙ



Что нужно знать педагогам, родителям об эпилепсии

Всемирная Организация Здравоохранения определяет эпилепсию как хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными приступами, которые возникают в результате чрезмерной нейронной активности и сопровождаются различными клиническими и параклиническими проявлениями.

Эпилепсия не относится к заболеваниям психики. У людей с эпилепсией, действительно, могут быть психические проблемы, но они, как правило, либо являются следствием сопутствующих заболеваний мозга (атрофия мозга, опухоль), либо вызваны побочным действием противосудорожных препаратов, или же трудноустранимыми социальными проблемами.

Среди существующих психических проблем у людей с эпилепсией преобладают снижение интеллекта и нарушение поведения.

Следует отметить, что длительное лечение некоторыми противосудорожными препаратами оказывает определенное влияние на темперамент человека, в результате которого его характер становится более медлительным, а в итоге нарушается концентрация внимания и память. Дети, получающие лечение, часто выглядят заторможенными и вялыми.

При некоторых формах эпилепсии у детей может возникнуть деменция - приобретенный интеллектуальный дефект.



Классификация эпилепсии у детей

В зависимости от характера эпилептических припадков, выделяют: **Фокальную эпилепсию** у детей, протекающую с фокальными (локальными, парциальными) приступами:

простыми (с двигательными, вегетативными, соматосенсорными, психическими компонентами)

сложными (с нарушением сознания)



с *вторичной генерализацией* (переходящими в генерализованные тонико-клонические приступы)

Генерализованную эпилепсию у детей, протекающую с первично-генерализованными приступами:

абсансами (типичными, атипичными)

клоническими припадками

тонико-клоническими припадками

миоклоническими припадками

атоническими припадками

Эпилепсию у детей, протекающую с неклассифицируемыми припадками (повторными, случайными, рефлекторными, **эпилептический статус** и пр.).

Локализационно-обусловленные и генерализованные формы эпилепсии у детей с учетом этиологии подразделяются на идиопатические, симптоматические и криптогенные. Среди идиопатических фокальных форм заболевания у детей чаще всего встречается **доброкачественная роландическая эпилепсия**, эпилепсия с затылочными пароксизмами, эпилепсия чтения; среди генерализованных идиопатических форм – доброкачественные судороги новорожденных, **миоклоническая** и абсансная эпилепсия детского и юношеского возраста и др.

Эпилепсия может иметь несколько вариантов развития:

благоприятный (припадки происходят редко, выраженные изменения в психике отсутствуют, дети сохраняют возможность к обучению в условиях общеобразовательной школы);

неблагоприятный (припадки достаточно часты, вследствие чего возникают изменения в эмоционально-волевой сфере при сохранении интеллекта, благодаря чему дети сохраняют способность к обучению в массовой школе при условии индивидуального подхода и щадящего режима);

тяжелый (припадки довольно часты, интеллект снижен, нарушения эмоционально-волевой сферы, обучение только в вспомогательных учреждениях);

эпилептическая деменция (вследствие частых припадков изменения в психике носят грубый характер, не обучаемы, помещение детей в психоневрологические больницы).



На что обращать внимание

Симптомы эпилепсии у детей

Клинические проявления эпилепсии у детей многообразны, зависят от формы заболевания и типов приступов. В этой связи остановимся лишь на некоторых эпилептических припадках, встречающихся в детском возрасте.

В продромальном периоде эпилептического припадков обычно отмечаются предвестники, включающие аффективные нарушения (раздражительность, головную боль, страх) и ауру (соматосенсорную, слуховую, зрительную, вкусовую, обонятельную, психическую).

При «большом» (генерализованном) припадке ребенок, страдающий эпилепсией, внезапно теряет сознание и падает со стоном или криком. Тоническая фаза приступа длится несколько секунд и сопровождается напряжением мускулатуры: запрокидыванием головы, сжиманием челюстей, апноэ, цианозом лица, расширением зрачков, сгибанием рук в локтях, вытяжением ног. Затем тоническая фаза сменяется клоническими судорогами, которые длятся 1-2 минуты. В клоническую фазу приступа отмечается шумное дыхание, выделение пены изо рта, нередко – прикусывание языка, непроизвольное мочеиспускание и дефекация. После стихания судорог дети обычно не реагируют на окружающие раздражители, засыпают и приходят в себя в состоянии амнезии.

«Малые» припадки (абсансы) у детей, страдающих эпилепсией, характеризуются кратковременным (на 4-20 секунд) выключением сознания: замиранием взгляда, остановкой движений и речи с последующим продолжением прерванной деятельности и амнезией. При сложных абсансах могут иметь место моторные феномены (миоклонические подергивания, закатывание глазных яблок, сокращения мышц лица), вазомоторные нарушения (покраснение или побледнение лица, саливация, потливость), двигательные автоматизмы. Приступы абсансов повторяются ежедневно и с большой частотой.

Простые фокальные припадки при эпилепсии у детей могут сопровождаться подергиваниями отдельных мышечных групп; необычными ощущениями (слуховыми, зрительными, вкусовыми, соматосенсорными); приступами головных и абдоминальных болей,



тошнотой, тахикардией, потливостью, повышением температуры; психическими нарушениями.

Длительное течение эпилепсии приводит к изменению нервно-психического статуса детей: у многих из них наблюдается синдром гиперактивности и дефицита внимания, трудности в обучении, нарушения поведения. Некоторые формы эпилепсии у детей протекают со снижением интеллекта.



Характеристика детей с эпи-синдромом

1. Изменение характера. В начале заболевания дети становятся чрезмерно сентиментальными, утрируется проявление чувств. Но при этом у них начинают появляться злопамятность и подозрительность. Так же появляются или становятся более гротескными такие составляющие, как агрессивность, эгоцентризм, подобоострастие, жестокость, эгоизм. Характерен чрезмерный педантизм в отношении порядка и сверхзабота о своем здоровье. Социальный опыт сужается. Распадаются этические и духовные нормы.

2. Моторные особенности. Движение и мимика замедлены.

3. Развитие интеллекта. Мышление замедленное, вязкое. Уровень интеллектуальных возможностей с развитием болезни деформируется. Вначале снижаются способности к анализу, синтезу, осмыслению новых задач. На более поздних этапах распадаются смысловые связи и родовые понятия. Наблюдаются тенденция к конкретизации, направленность на излишние подробности, склонность к детализации.

4. Уровень развития речи. Речь тягучая, замедленная, наполненная персекацией (повторение одних и тех же слов, фраз). Ответы носят формальный характер.

5. Особенности обучения. Ребенок периодически находится то в состоянии повышенной возбудимости, то относительного прекращения припадков. В первом случае он теряет интерес к учебе и не поддается педагогическому воздействию, во втором — усидчивость повышается, и он может включиться в учебный процесс при условии осуществления индивидуального подхода



Как отражается на обучении

Трудности в обучении наблюдаются у многих детей с эпилепсией. По меньшей мере трети из них требуется особая форма педагогики. Проблемы в чтении такие дети испытывают в 3—4 раза чаще, да и в математике, особенно в старших классах, неуспеваемость у них в порядке вещей. Трудности можно было бы объяснить слабыми способностями, однако более 30 процентов страдающих эпилепсией детей с нормальными способностями также испытывают больше проблем в обучении. Тип припадков и их частота, локализация фокуса и побочные действия фармакотерапии — все это влияет на тип проблем в обучении. Надо также принимать во внимание негативные последствия припадков эпилепсии, которые случаются в школе, психические реакции ребенка на них.

При эпилепсии, независимо от типа припадков, часто происходит ухудшение внимания, особенно при решении визуальных задач. Частые тонико-клонические, а также сложные парциальные припадки негативно влияют на когнитивный уровень. При дневных припадках кратковременная память и абстрактное мышление ухудшаются, появляется апатия. Ночные припадки влияют прежде всего на речевые функции, память и пробуждение.

Вербальное обучение, память и обработка новой информации ухудшаются при эпилептическом очаге в левом полушарии. В то время как невербальные функции, а также визуальные способности, направленное внимание, контроль аффектов и невербальная коммуникация особенно подвержены воздействию при очаге в правом полушарии. Височно-лобная локализация очага увеличивает риск проблем памяти и обучения. Нарушения памяти и внимания часты при эпилептическом фокусе, расположенном фронтально. Субклиническая ЭЭГ-активность, то есть активность без одновременных явных клинических симптомов, может иметь негативные действия на когнитивную функцию. Субклинические припадки могут даже объяснить эпизодические трудности обучения, а также нарушения внимания у некоторых детей и подростков.



У детей, больных эпилепсией наблюдаются особенности протекания высших психических процессов.

В период между приступами больные дети могут иметь хорошее и устойчивое **внимание**. Однако они могут делать большое количество пропусков при осуществлении различных видов деятельности, например в корректурных пробах, при письме, чтении, вышивании и т. д.

Такие пропуски могут быть различными по протяженности: от нескольких букв, цифр до нескольких строк.

Внимание больных эпилепсией также характеризуется очень плохой переключаемостью и застреванием на предыдущем способе осуществления деятельности или «соскальзывании» на второстепенные детали.

Инертность, характерная для внимания таких детей, проявляется в их обязательном стремлении закончить начатую деятельность.

Одним из основных расстройств при эпилепсии является **нарушение памяти**. У больных детей отмечается расстройство процесса сохранения запоминаемого материала. Дети забывают прочитанное или услышанное на уроке. Иногда они даже не могут вспомнить сам факт того, что была дана инструкция на запоминание. Такие дети лучше запоминают слова через прямое опосредствование их картинкой, например, к слову «чтение» они подбирают картинку с изображенным на ней учебником, а к слову «продукты» — картинку, на которой нарисованы яйца, молоко, хлеб.

Эта же закономерность проявляется и при обследовании детей методом пиктограммы, лучше запоминаются те слова, которые были связаны с конкретным рисунком. Отдельно взятые слова, не связанные логически, практически не запоминаются, или их сохранение в памяти оказывается краткосрочным.

Среди детей, страдающих эпилепсией, встречается много таких, которые обладают хорошей зрительной памятью, граничащей с эйдетической памятью (разновидностью образной). У некоторых из таких детей эйдетический образ приближается к галлюцинаторному. Следует подчеркнуть, что состояние памяти как психического процесса зависит от общего состояния больного ребенка. У детей, страдающих частыми приступами, процесс запоминания деформирован,

Психологическое обследование детей с эпилепсией дает возможность устанавливать зависимость между возникающими у них



расстройствами вербального мышления, словесной памяти и речевыми расстройствами.

Среди *речевых расстройств* наиболее часто встречаются *олигофазии* (от греч. *oligos* — малый, *phasis* — речь), при которых замедляется темп речи, ребенок забывает нужные слова и часто останавливается, чтобы их подыскать. Возможно забывание каких-то отдельных частей речи (только глаголов или только существительных). Больные часто начинают растягивать слова («кни-и-га»). Такое состояние производит впечатление заикания. Дети могут также прибегать к помощи жестов и эмоциональных восклицаний в случае подыскивания нужного слова.

Особенностью речевых расстройств при эпилепсии является также частое использование в речи больных уменьшительных суффиксов: вместо «ложка» используется «ложечка», вместо «книжка» — «книжечка», а также «словарик», «закладочка» и т. д.

Особенности мышления детей с эпилепсией выражаются в замедленности, инертности протекания мыслительных процессов. Это объясняется насыщенностью мыслительных операций конкретными образами и трудностями, возникающими при их оперировании. Детям недоступен отвлеченный смысл пословиц и поговорок, и они легко «соскальзывают» на конкретное объяснение, некоторые больные дети затрудняются также и в нахождении сходства-различия между предметами, в подборе аналогий.

Работая с наглядным материалом, дети демонстрируют большую продуктивность и успешность в выполнении заданий. Однако и здесь проявляются особенности их психической деятельности. Больные понимают смысл сюжетных картинок, но при объяснении их включают многочисленные подробности и существенные детали. Особые трудности вызывает операция обобщения. Классифицируя предметные картинки, дети дробят материал на множество мелких групп. Если после стимуляции они и объединяют его в большие группы, то такое объединение происходит на уровне житейских понятий, а не смысловых и логических.

Процессу обобщения мешает *застревание* детей, больных эпилепсией, на отдельных деталях предметов и «соскальзывание» на второстепенные (а не основные) характеристики, что не позволяет формировать обобщенные представления.

Характеризуя в целом особенности мышления при эпилепсии следует отметить такие характеристики, как обстоятельность,



склонность к повторам, застреваемость, персеверативность, затруднённая обобщений и кратких формулировок.

Часто выраженность этих процессов сочетается с общими изменениями личности больного ребёнка.

Следует отметить, что при проведении обследования больным детям необходимо предоставить время на «приспособление» к заданию. Готовясь к заданию, они просят повторить вопрос, иногда сами его несколько раз повторяют, «соскальзывают» на второстепенные признаки или просто «чужие». Это создает картину резонерства, формирующегося на базе инертно протекающих мыслительных процессов. Ответы детей приобретают приблизительный смысл и тонут в многочисленных ненужных деталях.

Воображение детей, больных эпилепсией, характеризуется бедностью и конкретностью образов. У них вызывает затруднение угадывание образов в незаконченных рисунках или сочинение рассказов на заданные темы. Составление любого рассказа опирается у них на конкретный материал, сохраняемый в памяти. Этот материал служит основой возникновения представлений. Однако снижение темпа формирования мнемических следов, и таким образом представлений, не позволяет осуществлять этот процесс полноценно, что ведет к развитию эмоциональной тупости и обедненности воображения больных детей.

Эмоционально-волевая сфера больных эпилепсией отличается определенными особенностями: вязкостью, напряженностью и длительностью сохранения негативных переживаний.

Эти дети легко ранимы и тяжело переносят свое состояние.

Они легко обижаются и не переносят порицаний. Эмоциональной сфере детей с эпилепсией свойственна та же инертность и вязкость, что и другим психическим процессам. Поэтому негативные переживания таких детей прочно закрепляются в сознании и приобретают неадекватные формы.

От неудач они становятся раздражительными, сердитыми, а иногда и злобными. В случае обиды дети младшего школьного возраста и подростки могут затаить желание отомстить обидчику. Однако такая особенность, как мстительность, у этих детей может проявиться не открыто, а тайно, исподтишка.

Вместе с тем для детей и подростков с эпилепсией характерна почтительность к старшим или значимым взрослым, которая порой может переходить в льстивость и угодливость.



Некоторые дети проявляют злобность к близким (матери, бабушке и др.), особенно в домашних условиях. В присутствии посторонних такие дети могут демонстрировать фальшивые чувства («Как же я без мамочки! Кто же меня кормить и поить будет?»),- говорит подросток 13 лет, который дома не раз поднимал руку на мать и сестру). В отличие от подростков младшим школьникам больше свойственны двигательные беспокойства и неустойчивость проявления аффективных реакций. В состоянии покоя они ласковы, а их эмоциональная сфера близка к норме.

Особенности детей, больных эпилепсией, у которых отсутствует снижение интеллектуальной деятельности

У части детей, больных эпилепсией, для которых нехарактерны частые припадки, а психическая деятельность близка к норме, может отсутствовать снижение интеллектуальной деятельности. Эти дети обычно продолжают обучение в массовой школе. Однако и у них наблюдаются некоторые проявления патологического развития психики.

Отличительной особенностью таких детей является хорошо развитая речь, изобилующая многочисленными подробностями, вплоть до мельчайших деталей. У этих детей лучше развита зрительная память по сравнению со слуховой. Несмотря на близость к нормативным мыслительные операции нуждаются в конкретном представлении, а особые трудности может вызывать операция обобщения. Логические умозаключения зачастую подменяются житейскими. Возникают незначительные трудности и при реализации ассоциативного процесса. В целом эти особенности и свидетельствуют о легкой степени нарушения динамики протекания психических процессов у детей. При этом на уровне личности нарушений не отмечается.

Подросткам и при нормальном развитии свойственна особая сензитивность к воздействию на них окружающего мира. Некоторые дети, страдающие эпилепсией, в этом возрасте особо ранимы. Они чувствительны и повышено аффективны. У этих детей отмечается потребность в самоутверждении и постоянном привлечении к себе внимания. Отсюда проявляющиеся у них назойливость и некоторая агрессивность.

Особенности детей с органической эпилепсией

Органическая эпилепсия сопровождается более выраженной тугоподвижностью, значительным снижением интеллекта с отсутствием критического отношения к собственной



интеллектуальной несостоятельности, выраженной истощаемостью, отсутствием устойчивости и целенаправленности в работе. При осуществлении любой деятельности такие дети не проявляют инициативы. Обращает на себя внимание резкое нарушение их работоспособности.

Особенности протекания дементного процесса при эпилепсии

Психические нарушения при эпилепсии у части детей вызывают распад высших психических функций.

Деменция при эпилепсии — это сложное образование, ее особенностью является необратимый, прогрессирующий дефект, который проявляется в общем снижении личности, в стойком поражении интеллекта и других психических процессов, в уменьшении возможности детей продолжать обучение.

У дементных детей, страдающих эпилепсией, в большей степени проявляются тугоподвижность и замедленность всех психических процессов. Заметно снижается память, больной ребенок лишается возможности получать новые знания и постепенно теряет уже приобретенные. Разрушаются мыслительные операции, проявляющиеся в нарушении различения главных и второстепенных сущностей явления.

Восприятие окружающего мира происходит только в связи с конкретной ситуацией. В ответах больных обнаруживается все увеличивающаяся склонность к детализации второстепенных подробностей, отражающих узость кругозора больного ребенка. Снижение всех мыслительных процессов и плохая память не позволяют больному ребенку правильно разбираться в жизненных явлениях.

Разрушаются логические взаимосвязи и процесс сравнения или обобщения сводится к перечислению многочисленных второстепенных признаков.

Речевые расстройства становятся все более выраженными. Они носят разнообразный характер: имеются элементы амнестической афазии (ребенок забывает названия менее употребительных предметов и вместо них описывает другой предмет), а также парафазические явления (вместо одного слова говорит другое, сходное по звучанию, например, вместо «лопатка» говорит «лошадка», вместо «вилка» — «пилка» и т.д.).

Употребление уменьшительных суффиксов становится самой яркой особенностью речи: карандашик, линейка, тетрабочка, рюкзачок, ботиночек и т. д.



Понижается работоспособность. Ребенок оказывается способным к проявлению активности только в исполнительской деятельности. Характерными становятся личностные нарушения и резкое сужение интересов.

Аффективная сфера поражается в сторону все большего эгоизма, злопамятности и жестокости.

Среди личностно сниженных больных с эпилепсией отмечаются преимущественно дементные больные.

Кроме того, снижению успеваемости могут способствовать:

пониженная самооценка,
социальные и культурные факторы,
особенности личности и психического здоровья ребенка.

Характерными особенностями личностной сферы детей с органическими заболеваниями ЦНС являются:

повышенная тревожность,
неуверенность в себе,
чувство общей напряженности, раздражительности, повышенная психологическая ранимость,
сниженная стрессоустойчивость,
склонность к страхам и опасениям.



Задачи педагога

На что должен обращать внимание педагог?

1. В деятельности с ребенком-эпилептиком должен быть четкий порядок (алгоритм), работа должна быть продумана в деталях;
2. Если в данный момент у ребенка плохое настроение, его нужно переключить на более простое и легкое. В этих случаях можно зависить оценку;
3. На фоне приподнятого настроения больные эпилепсией бывают слащавыми, проявляют угодливость, педагог должен использовать их трудовую направленность и осторожно привлечь к решению более трудной задачи;
4. Важно оценивать не только результат деятельности, но хорошее поведение ребенка;
5. Дети с эпилепсией привыкают к ритуалам;
6. Детям нужно давать возможность высказываться, но так, чтобы это не ушло в резонерство;
7. Большое значение приобретает организация коллектива (определение традиций и установок);
8. Все просьбы нужно осуществлять в спокойном, ласковом тоне, играя на интересах ребенка (н-р: мы пойдем туда-то, но сначала ты сделаешь то-то)

Дети с эпилепсией медлительны, что часто приводит к проблемам в обучении.

Для этого необходимо:

- не торопить их в процессе занятий;
- давать дополнительное время для обдумывания вопроса;
- в случае затруднений задать наводящие, дополнительные, уточняющие вопросы;
- вовремя подсказать, расчленив большой вопрос на более мелкие и конкретные;
- частые повторения, направленные на закрепление пройденного материала.
- использовать наглядный материал;



добиваться переключения внимания следует мягко, терпеливо, напоминая о других приятных и нужных видах деятельности.

Учитывая приверженность этих детей к порядку и дисциплине, следует давать им следующие поручения:

- приводить в порядок книги;
- ведать классной библиотечкой;
- ухаживать за растениями и заниматься другой деятельностью;
- выполнять точные и конкретные задания

Иногда требуется помощь для «включения» привычки к чтению художественной литературы:

для этого сначала ребенку предлагаются книги с яркими иллюстрациями, крупным шрифтом и занимательным сюжетом;

затем, как бы исподволь, дети подводятся к чтению литературы по программе.

Для профилактики жестокости надо приучать ребенка заботиться о младших детях в семье, а при их отсутствии - подарить ребенку домашнее животное.

Резкие колебания настроения, взрывчатые вспышки злобы и агрессии могут быть проявлениями эпилептической болезни и требуют специального лечения.

В такие моменты:

- ребёнка лучше " не трогать";
- в школе - не вызывать его к доске;
- бесполезно резко и грубо ему противоречить, при возможности надо ребенку уступить.

иногда период умеренно выраженного «плохого» настроения может затянуться на несколько дней - тогда при посещении школы ребенку следует предлагать легкие и интересные задания, хвалить его, в порядке исключения иногда и зависить оценку.

Указанные нарушения обычно приступообразны, кратковременны и сменяются обычным поведением ребенка.

Вот тогда уже необходимо с ним обсудить его поведение, разъяснить ему, в чем он был неправ, потребовать от него сдержанности и уважения, для того, чтобы ребенок не начал считать, что ему все позволено.



Рекомендации по режиму дня:

больному с эпилепсией необходимо спать достаточное количество часов в сутки;

избегать нарушений ритма сна, ранних или резких пробуждений;
необходимо избегать физических и психических перегрузок;
правильно чередовать работу и отдых.

О чем следует помнить педагогу, если в группе (классе) оказался ребёнок с эпилепсией?

Во-первых, педагогам нужно разобраться, что же это за такое заболевание – эпилепсия.

Во-вторых, не нужно пугаться. Если ребёнок посещает Ваше учреждение – значит, ему это не противопоказано. Нужно иметь в виду, что лечащий врач (невролог-эпилептолог) предварительно определяет возможность и длительность пребывания ребенка в группе (классе) на основе комплексного обследования и с учетом формы эпилепсии, типа и тяжести эпилептических приступов.

Наконец, необходимо настроить на доверительную беседу с Вами родителей ребёнка, страдающего эпилепсией.



ПАМЯТКА

О чем должны знать педагоги, если в классе (группе) обучается ребенок, страдающий эпилепсией?

Как часто и какие у этого ребёнка бывают эпилептические приступы?

Как в случае приступа правильно оказать ребёнку первую помощь?

В каком режиме ребёнок принимает противосудорожные препараты (чтобы контролировать приём лекарств в то время, когда он находится в Вашем заведении)?

Как в случае необходимости можно связаться с родителями больного ребёнка?



ПАМЯТКА

Что делать, если приступ случился во время пребывания ребенка в учебном заведении?

Если эпилептический приступ произошёл на глазах у других детей, то не следует акцентировать их внимание на этой ситуации. Нужно постараться максимально облегчить смущение больного ребёнка (особенно в случае непроизвольного мочеиспускания).

В большинстве случаев развернутый приступ (генерализованный тонико-клонический) продолжается от одной до трех минут и, несмотря на "угрожающий" характер, не оказывает повреждающего действия на головной мозг. Поэтому, как правило, медикаментозная терапия такого кратковременного приступа не проводится.



Что делать, если у ребенка возникли судороги?

При наличии *ауры* (предвестников приступа) необходимо положить ребенка на спину на кровать или на пол, расстегнуть воротник и освободить от тесной одежды.

Изолировать ребенка от любых повреждающих предметов (острые углы и края, вода).

Не паниковать, вести себя спокойно. Соблюдать тишину и внимательно наблюдать за течением приступа. Зафиксировать продолжительность приступа по часам.

Повернуть голову ребенка набок во избежание аспирации слюны и западения языка.

При возникновении рвоты удерживать ребенка (без применения силы) в положении на боку.

Ни в коем случае нельзя применять никаких предметов (шпатель, ложка) для разжатия челюстей.



Не давать никаких лекарств или жидкостей перорально (через рот).
Находиться возле ребенка до полного прекращения приступа.

Не тревожить ребенка после приступа и в случае наступления сна
дать ему выспаться



Чего не нужно делать педагогам:

не нужно напоминать ребёнку о болезни;
не нужно обсуждать факт болезни с кем-то при больном ребёнке;
не нужно чрезмерной опеки и излишних ограничений.



Педагогам необходимо всегда помнить:

большой эпилепсией ребёнок в целом не отличается от других детей;

он такой же умный, красивый, интересный и нужный;
он такой же хороший. Он такой же молодец, как и все ребята.

А то, что у него время от времени случаются приступы – это всего лишь одна из его индивидуальных особенностей, которую нужно просто понять и принять. Эта особенность ни в коем случае не делает его хуже или в чём-то ограниченнее других детей, ему просто нужно чуть-чуть больше внимания и заботы. Только и всего.



**Рекомендации педагогам по сопровождению
ребенка с эпилепсией**

Контролировать взаимодействие с малознакомыми людьми, редко вступающими с ним в контакт (подсказывать, но не поправлять их в его присутствии).

Стараться прогнозировать ситуации и предполагаемое поведение ребенка, учитывая их особенности: медлительность, заторможенность



всех реакций, педантичность, трудности переключения (предупреждать, договариваться, оговаривать заранее).

Критиковать только поступки, а не его самого.

Исключить инструкции-приказы. Например: Не стучи, не кричи, забудь, перестань и т.д. Чаше употреблять слова: надо, давай вместе, покажи пример и т. д.

К любому событию готовить постепенно, дозировано, но каждый день.

Поощрять за выполненную работу, преодоление лени, привлекать к этому окружающих, сверстников. Акцентировать внимание ребенка на том, что он поработал больше, чем всегда; хорошо себя ведёт.

Если это поездка, выход за пределы знакомых помещений, проговорить несколько раз пошаговую модель поведения.

Подобрать то, что может выступать средством мотивации, стимулирования и улучшения желаемого поведения. Можно мотивировать перспективой получения грамоты, поездками на экскурсии, посещением бассейна, сладостями, добавками в еду (в крайних случаях, когда остальное не приносит результата).

Иметь на урок подготовленные 3-4 задания (рисование, подбор картинок по какой-либо теме, вставить слова, вырезание и т. п.) для смены видов деятельности. Задания должны исходить от учителя.

Говорить с ребенком конкретно, т.к. испытывают затруднения в понимании иносказательного смысла. Попросить его повторить вами сказанное.

Давать время на вхождение в задание, повторять несколько раз. Также давать время

обязательно доделать работу до конца, т. к. могут остро среагировать на прерывание деятельности.

Учитывать быстрое истощение. Постепенно увеличивать время продуктивной деятельности.

Стараться по возможности не изолировать от коллектива. Предлагать задания, но выполнять их в группе, классе.

Определять (по состоянию) обязательные для посещения уроки, если не выдерживает весь объем учебной нагрузки.

Напоминать ребенку правила поведения на уроке, что надо поднимать руку, а не выкрикивать с места (ответы/ имя педагога), объясняя тем, что при выкрикивании: «Я буду идти к тебе долго»

Контролировать правильное формулирование просьб (с обращением по имени, отчеству, с использованием вежливых слов).



Любые изменения, новшества обсудить сначала с педагогами, воспитателями (не в присутствии ребенка), потом сообщать ему. Вводить все новое постепенно, ненавязчиво.

Что делать, когда ребенок находится в возбуждённом состоянии:

Успокоить (погладить, попросить выслушать, умыть, вывести из класса).

Дать возможность разрядиться: сенсорная комната, бассейн, тренажёрный зал.

Исключить инструкции-приказы.

Переключить внимание на другой вид деятельности (дать какое-либо поручение).

Ограничения, требования и запреты должны быть всегда, но их не должно быть очень много.



ПАМЯТКИ Задачи родителей:

Родители детей с эпилепсией должны знать:

что такое эпилепсия;
причины и формы эпилепсии;
типы приступов и их причины;
управление приступами при наличии ауры;
ведение календаря приступов;
правильное оказание первой помощи при эпилептическом приступе;
почему необходимо медикаментозное лечение;
противоэпилептические препараты и их возможные побочные эффекты;
причину изменения доз препаратов лечащим доктором, особенно, если дозы повышаются;
законы, регулирующие оказание помощи ребенку (например, "Закон о психиатрической помощи").

Что нужно делать родителям:

морально и психологически поддерживать ребенка;
рассказать ребенку о его приступах;
необходимости лечения;
безопасности и безболезненности обследования у врача понятными в этом возрасте словами.

Обеспечьте здоровый образ жизни ребенка путем:

оптимальной диеты и соблюдения режима сна;
регулярного приема противоэпилептических препаратов с исключением возможности резкого прекращения лечения;
периодической проверки зубов и ротовой полости у стоматолога;
соблюдайте меры предосторожности на случай появления приступов дома, в школе, играх, транспорте, но избегайте при этом гиперопеки;
будьте стойкими, не позволяйте ребенку использовать свои приступы для достижения своих целей.



Расскажите ребенку о механизме заболевания

У маленьких детей очень живое восприятие мира. Детское мышление, как правило, непосредственно, поэтому ребенка легко напугать. Страхи появляются, если ребенок не знает о тех вещах, которые с ним происходят. Это пройдет, если умело объяснить ребенку ту ситуацию, в которую он попал. Дети часто имеют искаженное представление о приступах, пока им не расскажут, что это такое. Родители обычно получают информацию от врача, но ребенку ничего не рассказывают, так как считают, что он еще слишком маленький. Это порождает у ребенка непонимание своих состояний. Его водят к врачам, к его голове прикрепляют провода, кроме того, он каждый день должен принимать лекарства.

Даже маленькие дети догадываются, что с их "головой что-то происходит". Если родители будут скрывать от ребенка истину, он может вообразить нечто ужасное и испугаться. Если ему не рассказать о приступах и необходимости длительного приема лекарств, он может сделать свои собственные выводы. Ребенок может связать эти приступы с мыслью о смерти, либо о своей неполноценности. Поэтому ребенку с приступами необходимо объяснить его состояние так, чтобы он понял, что это такое, и не боялся приступов.

Объяснить слишком маленькому ребенку, что такое приступы в то время, как он не знает устройства своего организма, трудно. Вы должны рассказать, что приступы могут быть у многих людей, и лекарства, которые ребенок принимает, помогут ему выздороветь. Хорошо привести в пример какого-нибудь другого ребенка с приступами. Рассказать о том, как его лечили и может быть познакомить их, если это возможно. Более старшим детям полезно подробно рассказать о деятельности мозга и механизме появления приступов.

Например: "Наш мозг контролирует все, что мы делаем: разговариваем, слышим, дышим и ходим. Иногда слишком сильные электрические разряды клеток мозга и сигналы, которые поступают в мозг извне, смешиваются. Это может вызвать избыточное возбуждение клеток мозга в виде появления приступов (судорог). Таблетки, которые ты принимаешь, помогают уменьшить избыточную электрическую активность мозга и, соответственно, предотвратить приступы. Миллионы людей, а не только ты, имеют те же проблемы и успешно справляются с ними с помощью лекарств и соблюдения режима".



Рекомендации родителям о правилах поведения при возникновении приступа и особенностях жизнедеятельности ребенка больного эпилепсией

Существуют определенные правила поведения родителей при эпилептическом приступе у ребенка.

При возникновении приступа:

расстегнуть воротник и освободить от тесной одежды;
удалить инородные предметы из полости рта;
положить ребенка на спину и повернуть голову на бок;
не пытаться разжать челюсти с помощью каких-либо предметов;
не давать никаких лекарств и жидкостей через рот;
измерить температуру;
внимательно наблюдать за течением приступа;
находиться возле ребенка до полного прекращения приступа.

Рекомендации:

Во время судорожного припадка ребенок обычно падает на пол или на землю. Если представится возможность, надо постараться сделать падение мягким.

После того, как ребенок оказался лежащим на полу, освободить пространство вокруг него от стульев, столов и т. д.

Подложить ему под голову полотенце, пиджак или свою руку, чтобы предотвратить травму головы. Шея должна быть в вытянутом положении, что поможет свободнее дышать

Обеспечить доступ свежего воздуха.

Во время судорог происходит спазм и сокращение мышц челюстей, из-за чего зубы сомкнуты.

При попытке разжать их пальцами рискуете получить укус.

Если протиснуть какой – либо предмет между зубами, пострадавший рискует сломать зубы. Поэтому лучше дать возможность событиям развиваться самостоятельно.

Придать телу ребенка правильное положение. Плавным движением повернуть ребенка набок, на левую сторону.

Такое положение позволит освободить рот от накопившегося секрета.

По окончании судорожного припадка наступает сон в течение нескольких часов.



Если приступ не прекращается через 3-5 минут, вызвать «скорую».



Как помочь правильному социальному становлению ребенка с эпилептическими приступами?

Предоставьте ребенку как можно больше самостоятельности, поскольку это - фундамент его дальнейшей взрослой жизни.

Безусловно, спокойнее, когда ребенок всегда «на глазах», но гораздо важнее вашей самоуспокоенности дать ребенку шанс стать в будущем полноценным человеком, не нуждающимся в постоянной опеке близких.

Как здоровые дети самостоятельно познают мир и действуют, исходя из собственного опыта, так же должны познавать мир и дети с эпилепсией, как бы ни было трудно смириться с этим их родителям.

Никогда не следует использовать эпилепсию как повод избежать каких-либо неприятных, или просто нежелательных для вас или ребенка действий.

В семье не делайте поблажек ребенку с приступами и не ставьте его в исключительное положение по сравнению с братьями и сестрами. Он точно так же может исполнять поручения по дому -помогать уборке, мыть посуду и т. п.

Приступы не должны быть использованы как повод для уклонения от неприятных обязанностей. Иначе, привыкая в детстве к подобным уловкам, ему и в дальнейшем захочется ими воспользоваться в трудных ситуациях, что, в свою очередь, может привести к психическим проблемам, связанным с нежеланием «расставаться» с приступами.



Какие нарушения поведения могут возникнуть у ребенка с эпилепсией?

Первое место по частоте встречаемости у детей, страдающих эпилепсией, занимают астенические состояния (слабость, утомляемость, снижение работоспособности и т.д.).

На втором месте находятся нарушения поведения.



Следующую группу составляют так называемые аффективные расстройства, т.е. состояния возбуждения.

Перечисленные выше виды расстройств могут сочетаться у одного больного, а могут выступать в качестве единственного проявления.

Нарушения поведения у детей с эпилепсией связаны, с одной стороны, с заболеванием, а с другой стороны, обусловлены особенностями воспитания, семьей ребенка.

Частые конфликты в семье, отсутствие согласованных действий родителей в воспитании ребенка может привести к нарушениям поведения.

Для ребенка с эпилепсией обычные раздражители могут оказаться сверхсильными и вывести его из равновесия. Нередко даже незначительный повод может привести к неадекватной эмоциональной вспышке. Дети младшего возраста часто капризничают, плачут, а в более старшем возрасте – грубят, иногда совершают разрушительные действия и агрессивные поступки.

Из расстройств поведения чаще всего встречается расторможенность: дети раздражительны, возбуждены, непоседливы, чрезмерно подвижны, ни на минуту не остаются в покое. Все, что находится в поле их зрения, не остается без внимания. Порой трудно понять, что они хотят.

Расторможенность проявляется не только в движениях, но и в речи, желаниях, эмоциях, во всем поведении. Эти нарушения проявляются еще более сильно, когда имеются дефекты воспитания -исполнение всех желаний и прихотей ребенка незамедлительно.

В некоторых случаях расторможенность достигает такой степени, что больных ни на минуту нельзя оставить без присмотра.

Противоположной формой нарушения поведения является гипоактивность. Эти дети малоподвижны. Они с трудом адаптируются к жизни. Даже в простых жизненных ситуациях они оказываются беспомощными.

Может быть, вариант контрастного поведения ребенка. В коллективе больной послушен, а дома - расторможен и деспотичен.

У подростков нарушения поведения могут достигать значительной степени выраженности. В этом случае формируется аномальная личность, эгоистичная, с переоценкой своего «я». Такие подростки требуют от родителей приобретения дорогостоящих модных вещей, хотя сами еще не зарабатывают.



Некоторые из подростков, считающиеся «трудными» дома, в стационаре преобразуются, подражают окружающим, выполняют все врачебные назначения.

Другие ведут себя как «трудные» не только дома, но и в коллективе, в стационаре. Такие дети неуправляемы, конфликтуют по мелочам. Они могут настраивать на свой лад других детей. Их поведение представляет собой результат не столько болезни, сколько распушенности, отсутствия уважительного отношения к другим.

Нарушения поведения иногда развиваются в результате неправильного представления об эпилепсии как неизлечимой болезни.

Например, когда больным говорят, что им всю жизнь предстоит принимать лекарства и строго соблюдать многочисленные ограничения, у них нередко возникает депрессия, т.е. стойкое снижение настроения.

Иногда больные отказываются от лечения вообще, что опасно для их жизни. Родители в связи с неправильными представлениями об эпилепсии иногда рисуют мрачную картину будущего своего ребенка, чрезмерно его жалеют и опекают, что также отражается на его поведении.

Нарушения поведения выступают в качестве фактора, осложняющего лечение эпилепсии, усугубляя тем самым ее течение.

Учитывая все вышеизложенное, поведение ребенка во многом определяется родителями. И сформируются нарушения поведения у больного или нет, зависит, в первую очередь, от семьи, в которой воспитывается ребенок.



ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРА, СПЕЦИФИЧНЫЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Некоторые тяжелые формы эпилепсии сопровождаются развитием определенных черт характера, типичных для эпилепсии. Обычно при таких тяжелых формах эпилепсии приступы, также, плохо поддаются лечению и повторяются, несмотря на попытки подобрать оптимальный противоэпилептический препарат. Впрочем, ниже перечисленные неприятные черты характера бывают у многих людей и без всякой эпилепсии. Ваше преимущество заключается в том, что вы знаете,



какие черты характера могут появиться при эпилепсии, своевременно обратитесь на них внимание и сгладите их правильным воспитанием:

эгоизм

для предотвращения развития этой черты характера необходимо, чтобы ребенок регулярно делал что-либо полезное и приятное для других членов семьи - помощь по дому, участие в выборе и покупке подарков. Забота о ребенке со стороны родителей не должна восприниматься им как должное. Для этого отец должен рассказывать ребенку, как много мать делает для семьи и ребенка, и демонстрировать свою признательность и благодарность за это жене достаточно ясно заметно для ребенка. Аналогично должны поступать мать ребенка и другие члены семьи по отношению к друг-другу так, чтобы это видел и чувствовал ребёнок.

Родители должны своим примером учить ребенка вежливому и доброжелательному отношению и к посторонним (попутчикам в общественном транспорте, соседям и др.). Нельзя, чтобы они испытывали какие-либо неудобства из-за вашего ребенка (ребенок должен понимать, что окружающие не обязаны из-за него испытывать эти неудобства или быть в чем-то ущемлены).

С первых лет жизни надо учить ребенка обслуживать себя, начиная с уборки игрушек и одежды.

обидчивость

надо воспитывать у маленького ребенка отходчивость, стараться, чтобы он не был злопамятным. Не следует изолировать ребенка от друзей по играм, если кто-либо из них незначительно его обидел. Пусть он первый подойдет к обидчику, предложит помириться и продолжит игру, как будто никакой ссоры не было.

Исключается грубый тон по отношению к ребенку. Замечания по поводу проступков ребенка должны высказываться, но без раздражения и резких слов. Надо не забывать об одобрении хороших поступков. Следует избегать малейшей несправедливости по отношению к нему (что не исключает требовательности).

педантизм

чрезмерная склонность к точности, скрупулезному соблюдению одних и тех же правил и условий даже в мелочах, с отрицательной реакцией ребенка, поставленного в непривычные условия и ситуации. В умеренной степени педантизм скорее положительная, чем отрицательная черта. Ребенок хорошо справляется с учебными заданиями и домашними поручениями, требующими усидчивости, тщательности и скрупулезности выполнения. Поэтому к педантизму



следует просто приспособливаться - домашние обязанности должны носить регулярный характер: на одном и том же месте, в одно и тоже время.

Не рекомендуется, за исключением особо необходимых случаев, отвлекать ребенка вне расписания случайными просьбами помочь, в тот момент, когда он занят уроками или каким-либо важным для него делом. Лучше попросите, чтобы он сам спланировал, когда он сможет вам помочь.

Вещи в доме должны находиться в одном и том же четко определенном месте.

Начиная со школьного возраста, ребенок сам должен учиться раскладывать свои лекарства на сутки или неделю вперед и принимать их без напоминания родителей.

Однако дневник приступов лучше вести родителям, чтобы не заострять внимание ребенка на его болезни.

Педантизм сопровождается трудностью переключения внимания и эмоций, с одного вида деятельности на другой. Для тренировки переключаемости желательно пребывание среди сверстников, включение в подвижные игры.

Однако необходимо помнить, что при общении со сверстниками такой ребенок склонен к конфликтам и мало терпим к другим детям.

Поэтому, если в подвижных играх ребенок из-за конфликтов участвовать не может, необходимо тренировать переключаемость с помощью специального комплекса ритмично музыкальной лечебной физкультуры.

При этом упражнения ребенок начинает выполнять в замедленном ритме, а затем постепенно их убыстрять.

У такого ребенка должно быть место в классе и дома для учебы, строго закрепленное за ним. К началу занятий на этом месте должен быть строгий порядок, к которому привык ребенок.



Проблемы переходного возраста

Родители особенно должны быть внимательны к подросткам, так как они имеют свои особые проблемы, связанные с переходным возрастом:

не ограничивайте социальную и общественную активность подростков;

будьте готовы объяснить побочные действия лекарств и опасность внезапного прекращения лечения;

обсудите вместе с подростком будущую профессию.

Рекомендации родителям

Родители должны установить доверительные отношения с лечащим врачом ребенка. Они должны четко осознавать, что эпилепсия, такое же заболевание, как и многие другие.

Никто из членов семьи не виноват в болезни ребенка.

Совершенно бессмысленно все время жаловаться. Если ребенок заболел, надо сделать все чтобы ему помочь.

Не следует подчеркивать недостатки ребенка.

Недопустимо на него кричать, применять телесные наказания. Но и нельзя прощать ему проступки.

Только ровное спокойное отношение к ребенку позволит избежать родителям проявлений нарушений поведения у него.

Необходимо адаптировать ребенка к коллективу. Большинство детей с эпилепсией могут и должны получать образование.

Родителям следует помнить, что постоянная опека приводит к воспитанию у ребенка эгоизма.

Поэтому очень важно привить ребенку доброту и заботу о близких.

Если в семье есть младшие дети, необходимо привлекать ребенка к опеке за ними.

Если больной единственный в семье ребенок, то важно привить ему любовь к птицам и животным. Помощь и забота, кормление, уход за животными являются хорошим средством профилактики эгоизма, агрессивности у детей.

У детей с эпилепсией часто отмечается обидчивость. Некоторые родители усугубляют ее тем, что изолируют детей от сверстников, не разрешают играть с другими детьми, боясь наступления приступа.



Отстранение детей от игр, развлечений, лишение общения со сверстниками способствует душевному опустошению.

Если эпилепсией болен подросток, то родителям очень важно правильно разъяснить ему суть болезни и необходимость соблюдения определенных правил в жизни.

Убеждение, беседа «на равных» действуют более убедительно, чем повелительный тон. Все должно быть аргументировано, четок сформулировано, чтобы подростку было предельно ясно: это можно, а это действительно нельзя.

Родители должны помнить, что с примера, который они подают, начинается всякое воспитание.

Что бы ни говорили родители и воспитатели, какие бы благородные мысли и убеждения они не развивали, эти мысли и убеждения не окажут на ребенка полезного действия, если они не будут подкрепляться соответствующим поведением старших.

Для того чтобы существенно сократилось количество ограничений и запретов, установленных для детей с эпилепсией, необходимо, прежде всего, повышение уровня образованности, как семьи, так и общества в целом.

Необходимо постоянно поощрять детей к различным активным действиям, не представляющим опасности для их здоровья.



ЭТО ВАЖНО ПОМНИТЬ!

Да, ваш ребенок отличается от других детей, ему труднее, чем обычному ребенку.

Но ему, так же как всем детям, нужна любовь, ласка, игра и общение с близкими людьми.

Его жизнь — это не только тренировки, лечение, реабилитация и специальные занятия, это игра, радость и удовольствие, без которых не бывает детства.

Влияние заболевания на выбор профессии

Эпилепсия, конечно же, часто ограничивает ребенка и родителей в выборе профессии, это определяется эпилептологом индивидуально и зависит от формы эпилепсии и провоцирующих приступ факторов и все же:

нельзя работать со сложными механизмами;



водить транспортные средства;
работать с компьютером (зрительное напряжение и/или мелькающие картинки могут спровоцировать приступ).



ПАМЯТКА № 1

Рекомендации для родителей детей с эпилепсией.

Как относиться к ребенку, больному эпилепсией.

Количество опасных ситуаций для ребенка с эпилепсией ненамного больше, чем для всех прочих детей. Родителям следует обратиться к врачу, который оценит возможности ребенка на каждом этапе лечения.

Ограничения для каждого ребенка должны носить индивидуальный характер, они зависят от причины и клинических проявлений заболевания, возраста и т.д. Для одних детей эти ограничения временны, для других более продолжительны или постоянны.

Во избежание несчастных случаев, нужно придерживаться следующих рекомендаций:

маленьких детей не оставлять в ванне без присмотра, более старшим предпочтительно пользоваться душем, не запирая дверь в ванную комнату;

избегать толстых мягких покрывал и подушек, которые при потере сознания могут вызвать постепенное удушье – особенно у младенцев и маленьких детей;

исключить пребывание ребенка одного вблизи открытого огня, горячих печей и духовок, на лестницах.

Если у ребенка частые приступы, то воспитатели, учителя и медики детского учреждения должны быть проинформированы о вероятности приступов, знать, что они собой представляют, где у ребенка хранятся быстродействующие противосудорожные препараты, как их применить и каким образом проинформировать домашних.

Обычно родителям тяжело решиться на то, чтобы разгласить диагноз ребенка, но это дает ему возможность посещать обычный детский сад или школу, без особого риска принимать участие во многих детских спортивных и массовых мероприятиях.

Можно ли ребенку с эпилепсией ходить в детский сад (школу)?



Если приступы редки, протекают в легкой форме, то отказать в приеме такого ребенка в детский сад (школу) не имеют права. Именно этого ребенка лучше отдать в обычное образовательное учреждение (детский сад, школу) – для хорошей социальной реабилитации. Если же у ребенка частые приступы, то он вряд ли сможет регулярно посещать занятия – педагоги просто не смогут организовать ему должный уход и внимание.

Нужно ли оповещать друзей, педагогов о болезни вашего ребенка?

У многих родителей существуют опасения, что знакомые, узнав об эпилепсии, резко изменят свое отношение к вам или вашему ребенку. Однако рассказать о болезни необходимо, прежде всего для того, чтобы близкие и друзья смогли бы оказать необходимую помощь во время приступа. Школьному учителю крайне важно сообщить о приступах, если есть вероятность появления их в школе.

Может ли ребенок обходиться без опеки близких?

Родителям надо помнить, что принятие помощи со стороны близких, которые хотят облегчить жизнь больному, делая и решая все за него, является «медвежьей услугой». Ребенок привыкает к такому положению вещей и в дальнейшем расплачивается за это потерей собственной активности, самостоятельности и способности нести за себя ответственность.

В семье не делайте поблажек ребенку с приступами и не ставьте его в исключительное положение по сравнению с братьями и сестрами. Он точно так же может исполнять поручения по дому – помогать в уборке, мыть посуду и т.п. Приступы не должны быть использованы как повод для уклонения от неприятных обязанностей. Иначе, привыкая в детстве к подобным уловкам, больной ребенок и в дальнейшем захочет ими воспользоваться в трудных ситуациях, что, в свою очередь, может привести к психологическим проблемам, связанным с нежеланием «расставаться» с приступами.

Поэтому необходимо постепенно приучить ребенка самостоятельно принимать таблетки, контролировать плановые посещения врача и т.д., так как собственный опыт, даже ошибочный, укрепляет чувство уверенности в себе. Если на этот счет все-таки возникают сомнения, то лучше посоветоваться об этом с лечащим врачом.

Можно ли ребенку с эпилепсией заниматься физкультурой?

В школе, на уроках физического воспитания, если у ребенка нет приступов, можно под наблюдением учителя заниматься



физкультурой, но только после индивидуальной консультации с врачом – эпилептологом..

В каких случаях разрешено плавание?

Для людей с эпилепсией занятия плаванием ограничены в силу их несовместимости с вероятными приступами. Возникновение приступа в воде, безусловно, опасно для жизни, но следует отметить, что такое случается довольно редко. При допуске к плаванию ребенка с эпилепсией необходимо учитывать следующие моменты:

- нельзя плавать при частых неконтролируемых приступах, общем недомогании или при предчувствии приступа;

- не рекомендуется плавание в холодной воде;

- нельзя прыгать в воду с вышки и нырять;

- необходимо выбирать спокойное время в бассейне и избегать большого скопления людей и различных праздников на воде;

занятия плаванием ребенку с эпилепсией рекомендуется проводить только в паре со взрослым, который владеет приемами спасения на воде.

Вредно ли смотреть телевизор?

Просмотр телевизора может вызвать приступы примерно у 1% людей с эпилепсией, обладающих повышенной чувствительностью к действию света. При просмотре телевизора необходимо соблюдение следующих правил:

- располагаться не ближе 2-х метров от экрана;

- отдавать предпочтение меньшим размерам телевизионного экрана;

- смотреть телевизор в освещенном помещении;

- использовать для управления телевизором дистанционный пульт.

Опасно ли работать за компьютером?

При правильно подобранном лечении и соблюдении ряда защитных мер можно не лишать ребенка возможности работы за компьютером. При этом желательно соблюдение некоторых правил:

- расстояние от глаз до экрана монитора должно быть не менее 35 см;

- компьютер должен быть установлен в светлом помещении;

- монитор необходимо расположить так, чтобы избежать бликов от окон или других источников света;

- работа за компьютером должна быть строго ограничена по времени (не более 40 мин- 1 час).



ПАМЯТКА № 2

Памятка родителям пациентов с эпилепсией Н.Н. Заваденко,
А.А. Холин, И.О. Щедеркина

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
Педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Родителям пациентов с эпилепсией важно придерживаться ряда рекомендаций. Необходимо учитывать, что в настоящее время квалифицированный подбор антиэпилептических препаратов (АЭП), который осуществляет врач, позволяет в большинстве случаев постепенно достичь полного прекращения приступов у пациентов или значительно облегчить их.

При возникновении приступа впервые следует:

Немедленно вызвать «Скорую» или обратиться к врачу-неврологу.

После назначения врачом лечения необходим длительный непрерывный прием АЭП под контролем лечащего врача.

Категорически запрещается самостоятельно менять препараты или их дозировки. Это может привести к резкому ухудшению течения болезни или появлению нежелательных реакций.

Немедленно сообщать лечащему врачу об ухудшении самочувствия ребенка или появлении у него побочных эффектов от терапии, а также о проводимом лечении по поводу других заболеваний.

Правила поведения и оказания неотложной помощи во время приступа.

Людям, находящимся рядом с пациентом, у которого развился судорожный приступ, следует иметь в виду то, что *начавшийся приступ невозможно остановить или предотвратить*.

Чтобы оказать человеку во время приступа реальную помощь, необходимо сохранять спокойствие и придерживаться **следующих правил**.

Освободите пространство вокруг и изолируйте больного от любых предметов, которые могут травмировать его во время приступа.

Не пытайтесь перенести человека с того места, где у него развился приступ. Это требуется лишь при риске дополнительных увечий (больной находится на проезжей части улицы, вблизи огня, на лестнице, берегу водоема и т.д.)



Уложите больного на ровную поверхность, положив его на бок или повернув голову на бок (во избежание западения языка или аспирации слюны/рвоты) и подложив ему под голову что-нибудь мягкое. Расстегните воротник, освободите шею от тесной одежды.

Не следует сдерживать судорожные движения – они прекратятся самостоятельно в течение нескольких минут.

Не пытайтесь разомкнуть челюсти больного во время приступа, ничего не кладите ему с этой целью в рот.

По мере прекращения судорог поверните больного на бок во избежание западения языка и аспирации слюны.

Не давайте больному во время приступа никаких лекарств для приема внутрь (через рот). Не давайте ему пить, пока он полностью не придет в себя.

Оставайтесь рядом до окончания приступа и полного восстановления сознания у больного. Если по окончании приступа пациент быстро приходит в сознание, у него отсутствуют какие-либо осложнения, то неотложная медицинская помощь ему не требуется.

Обращаться за медицинской помощью (вызвать бригаду скорой помощи) необходимо в следующих случаях:

Приступ не прекращается в течение 5-10 минут.

Приступы следуют один за другим в виде серии, между приступами больной не приходит в сознание.

У больного нарушено дыхание.

Приступ привел к физической травме.



ПАМЯТКА

В повседневной жизни важную роль играет организация здорового режима, спокойная домашняя обстановка.

Полезны занятия гимнастикой, физкультурой, но без элементов соревнования.

Детям, и особенно подросткам, следует избегать позднего отхода ко сну и непривычно раннего пробуждения. Это особенно существенно при приступах, возникающих рано утром, в период пробуждения.



Необходимо избегать длительного пребывания на солнце, купания одному. Не следует находиться у движущихся механизмов, у огня, на высоте.

Уменьшить время просмотра телепередач и компьютерных игр, но ни в коем случае не запрещать их (они должны быть полностью исключены лишь при фотосенситивной эпилепсии – форме эпилепсии, при которой приступы вызываются ритмичными световыми мельканиями).

Запрещены электро- и тепловые физиотерапевтические процедуры.

Особых ограничений в питании нет. Диетические ограничения необходимы при приеме препаратов, влияющих на функцию печени и на аппетит, что необходимо обговорить с лечащим врачом при назначении противосудорожной терапии.

Школьные занятия и задания должны выполняться в полном объеме. Временные ограничения могут потребоваться только в период подбора и коррекции противоэпилептической терапии.

Помните, что необоснованные ограничения могут негативно сказаться на развитии ребенка как личности и способствовать формированию у него «комплекса неполноценности».

Ребенок не должен чувствовать себя изолированным от общества.



ПАМЯТКА № 3

Памятка для родителей детей, больных эпилепсией

Уважаемые родители! Если вашему ребенку поставили диагноз «эпилепсия», не стоит отчаиваться.

Данное заболевание в детском возрасте встречается нередко.

Но на современном уровне развития медицины возможно полноценное обследование и адекватное лечение.

В арсенале врачей имеются современные лекарства, которые помогают больному. Противозепилептические препараты подбираются индивидуально и на длительный срок.

Для того, чтобы достигнуть максимального успеха в лечении, необходимо соблюдение рекомендаций по образу жизни детей и подростков с эпилепсией:

1. Регулярно принимайте противозепилептические препараты, не пропуская ни одного приема

2. Ведите «дневник приступов»

3. Избегайте нарушений ритма сна и резких пробуждений

4. Полноценно питайтесь

5. Избегайте длительного пребывания на открытом солнце

6. Во время купания ребенка рядом всегда должен находиться взрослый

7. Избегайте любых психических перегрузок

8. Организуйте четкий распорядок дня с учебой, прогулками, сном в тишине

9. Ребенок не должен смотреть телевизор более 1-1,5ч в сутки

10. Продолжительность игры на компьютере не должна превышать 1-1,5ч в сутки, с обязательным перерывом через каждые 30 минут на 10-15 минут

11. Подростки не должны заниматься экстремальными видами спорта

12. Недопустимо употребление алкоголя, наркотиков. Это увеличивает частоту и усиливает тяжесть приступов

13. Перед проведением прививки необходимо проконсультироваться с лечащим врачом (есть ограничения по ряду прививок)

14. Несмотря на заболевание ребенка, сделайте его повседневную жизнь приятной и интересной, поддерживайте позитивный настрой в семье

Желаем здоровья вам и вашим детям!

ГБУ РО "КБ им. Н.А. Семашко"



ПАМЯТКА № 4

Памятка пациенту с эпилепсией

Необходимо всегда при себе иметь карточку произвольного вида, в которой указано, что Вы страдаете эпилепсией, указана разновидность приступов, телефон родственников, лечащего врача. Это может быть бэйдж, прикрепленный на внутренней стороне верхней одежды, карточка яркого цвета, помещенная в бумажник, либо браслет с вложенными данными;

Ваше ближайшее окружение должно знать о возможных приступах, а также о необходимых мерах помощи при приступе. Целесообразно ввести в курс дела и ближайших коллег на работе, дабы избежать частой в ситуации приступа паники и суеты;

При частых приступах необходимо детально оценить домашнюю обстановку и быт и предпринять меры для предупреждения травматизма при приступе. Для этого необходимо представить наступление приступа во всех местах и ситуациях, которые часто повторяются в обычной жизнедеятельности и далее внести необходимые изменения в интерьер и поведение так, чтобы даже внезапное падение не принесло травм больших, чем ушибы. При частых приступах падений оправданной мерой является ношение защитного шлема.

Ведение дневника приступов является одним из способов контроля эффективности лечения, а также позволяет оценить суточную динамику, цикличность приступов, уточнить провоцирующие моменты, что может оказаться важным при первичной постановке диагноза.



ПАМЯТКА № 5

Как необходимо себя вести детям с эпилепсией:

В ванной комнате:

двери должны открываться наружу, не запирайте их (поместите знак «занято» на двери).

безопаснее принимать душ, а не ванну.

пойте, находясь в душе, чтобы члены Вашей семьи знали, что с Вами все в порядке.

умывайтесь теплой водой (избегайте слишком горячей воды).

каждый раз проверяйте, работают ли в ванной системы водостока и вентиляции.

пациенты, страдающие частыми эпилептическими приступами, должны принять дополнительные меры безопасности во время принятия ванны (специальные поверхности, стулья с ремнями).

не используйте электроприборы (фен, электрический подъемник) в ванной комнате или около воды.

На кухне:

по возможности готовьте в присутствии других членов Вашей семьи.

пользуйтесь пластиковыми тарелками, кружками и стаканами.

пользуйтесь резиновыми перчатками при использовании ножа или при мытье посуды.

избегайте частого использования острых ножей (по возможности используйте уже нарезанную пищу или полуфабрикаты).

по возможности пользуйтесь микроволновой печью.

Дома:

накройте пол и мебель мягкими материалами.

закройте мебель с острыми краями или купите мебель с закругленными краями.

поместите защиту вокруг мест с открытым огнем, обогревателей и радиаторов.

избегайте курения и разжигания огня, когда Вы находитесь в одиночестве.

не носите зажженных свечей, горячую посуду или пищу.

избегайте обогревателей, которые могут опрокинуться.



осторожно пользуйтесь утюгом и другими электроприборами, особенно теми, которые имеют автоматический выключатель безопасности.

старайтесь не забираться на стулья или лестницы, особенно если дома кроме Вас никого нет.

Немедикаментозная терапия:

Это так называемая кетогенная диета. Обычно кетогенную диету применяют при тяжелых, трудно поддающихся лечению формах эпилепсии. Кетогенная диета требует длительного голодания, тем более что для маленького ребенка было бы чрезвычайно трудно воздержаться от еды хотя бы на сутки.

Основное содержание нового метода лечения - это специальным образом рассчитанный рацион ребенка, в котором снижено количество углеводов (сахара) и основную массу пищи составляют жиры. Содержание в пище основных питательных веществ (белков, жиров, углеводов) подбирается в определенном соотношении, которое определяет врач. Обычно кетогенную диету применяют у детей от 1 до 12 лет, однако есть сведения о ее эффективности и у взрослых, а также у детей, начиная с 4-месячного возраста. Применение кетогенной диеты позволяет снизить частоту приступов, улучшить память, внимание пациентов.

Что делать, если приступ произошел в транспорте?

Необходимо освободить ближайшие сиденья и положить больного на бок.

Обеспечить ему свободное дыхание.

Рекомендуется закрыть ближайшие твердые поверхности подушками, одеялами, одеждой или сумками во избежание травм во время генерализованного приступа.

Что делать, если приступ произошел в воде:

Больного необходимо удерживать таким образом, чтобы его голова постоянно находилась на поверхности воды.

Необходимо вытащить человека из воды, продолжая придерживать его голову на поверхности.

В случае нарушения проходимости дыхательных путей немедленно начать реанимацию (искусственное дыхание рот в рот в сочетании с непрямой массажем сердца).



Затем отправить больного в ближайшее медицинское учреждение для тщательного обследования.

Доврачебная помощь в случае возникновения генерализованного тонико-клонического приступа:

- удалить все предметы, находящиеся в непосредственной близости от больного, которые могут нанести ему вред во время приступа;
- положить под голову мягкий, плоский предмет;
- расстегнуть стесняющую одежду;
- вплоть до прекращения судорог перевести человека в боковое положение;
- не класть никаких предметов в рот!
- не заливать в рот никакой жидкости, пока больной не придет в сознание;
- не рекомендуется удерживать больного во время приступа;
- всегда ждать, пока пациент придет в сознание;
- вызвать скорую.



Памятка № 6

Что нужно делать детям, при возникновении эпи-приступа у товарища по игре (друга, брата, сестры и т.д.) в отсутствии взрослых (на улице, на игровых площадках, в детских развлекательных учреждениях):

- не надо пугаться и кричать;
- не надо ничего вставлять между зубами ребенку, находящемуся в приступе;
- надо срочно позвонить по сотовому телефону его маме или папе (если ребенок носит на запястье специальный браслет с телефоном экстренной связи с родителями или лечащим врачом), либо позвонить по номеру неотложной помощи в экстремальных ситуациях – 112, либо же позвать взрослых;
- если детей двое и у одного из них случился приступ, то нельзя оставлять больного ребенка одного. Если детей трое и больше, то один из них (тот, кто постарше) обязательно должен остаться рядом с больным ребенком и обезопасить его от травмирования окружающими предметами. Другие дети могут пойти за помощью взрослых.

важно соблюдать описанную последовательность действий.



ПРИЛОЖЕНИЕ 17 ДЕТСКИЕ ТРАВМЫ



По словам заместителя директора НИИ неотложной детской хирургии и травматологии департамента здравоохранения Москвы, д.м.н., профессора Светланы Валиуллиной, ежегодно более 3 млн. детей получают различные травмы, более 6000 погибают, четверть из которых - дети с травмой мозга.

Дети более активные и любознательные, чем взрослые, у них снижено чувство опасности, поэтому и травмы они получают более тяжелые, нежели взрослые. Каждому возрасту соответствуют свои травмы.

Наиболее тяжелые травмы дети получают в результате ДТП, падений с высоты более 3 метров (особенно выпадение маленьких детей из окон), занятий экстремальными видами спорта (паркур, велоакробатика, сверхскоростные ролики, и пр.), катания на опасных видах транспорта (квадроциклах, скутерах), беганий по крышам электричек, стягивания на себя тяжелых предметов и пр. Отдельно выделяются травмы, полученные в результате ожесточенных драк школьников.

Тяжелые травмы являются основной причиной детской смертности и инвалидности, и, к сожалению, в последние годы наблюдается их значительный рост как в Москве, так и по всей России.

Лидирующее место среди всех тяжелых травм в детском возрасте занимают черепно-мозговые и спинно-мозговые травмы. Именно они обуславливают высокий уровень заболеваемости, смертности, госпитализации и инвалидности.

Ежегодно в мире от черепно-мозговой травмы (ЧМТ) погибает 1,5 млн. человек, а 2,4 млн. становятся инвалидами.

Читать полностью: <http://www.doctor-roshal.ru/news/1370/>

Директор ФГБУ «НИДОИ им. Г.И.Турнера» Минздрава России, академик РАН Алексей Баиндурашвили:

«Среди общего числа травм у детей преобладали поверхностные травмы (40%), вывихи и растяжения связок суставов (15%), раны (11%). Переломы костей верхней конечности составляли 13,3%, переломы костей нижних конечностей — 5,4%, переломы



позвоночника и костей туловища — 1,4%, термические и химические ожоги — 2,1%

В структуре травматизма преобладают бытовые травмы — 38%, на втором месте — уличные (37%), затем школьные — 11% и травмы, полученные во время занятий организованным спортом — около 7%. Примечательно, что транспортные травмы — это всего 1% от всех. Среди пострадавших от травм преобладают мальчики (55,6%), а если смотреть по возрастам, то травмируются чаще подростки от 15 до 17 лет

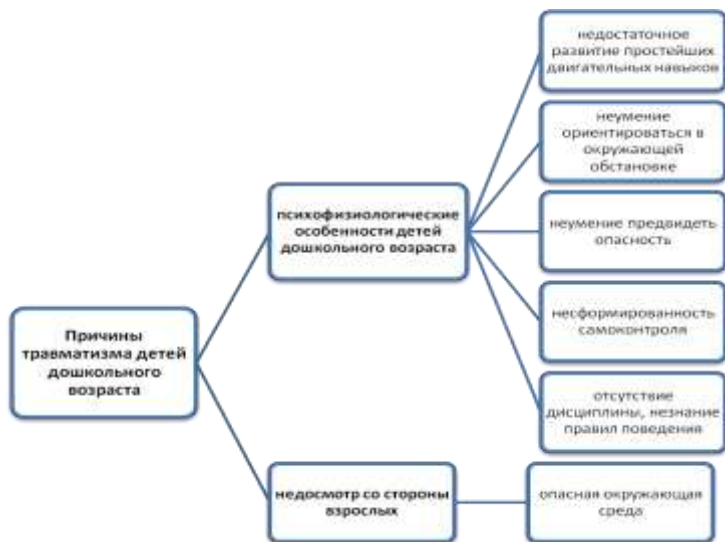
На дорожно-транспортные травмы, приходится 1,2% от общего числа травм, регистрируемых у детей и подростков, и они в силу тяжести полученных повреждений являются главными причинами смерти и инвалидности.

Травматизм дошкольников составляет четвертую часть всего детского травматизма в образовательных организациях, хотя именно дошкольники находятся под присмотром взрослых.

Профилактические мероприятия, направленные на предупреждение и снижение детского травматизма в детском саду, должны проводиться целенаправленно с учетом типичных причин травмирования, присущих каждой возрастной группе дошкольников».



Причины травматизма детей дошкольного возраста



Часто встречающиеся травмы у детей дошкольного возраста:

Падения.

Порезы.

Удушение от малых предметов.

Отравления.

Поражение электрическим током.

Ожоги



Памятка для педагогов дошкольной образовательной организации:

В большинстве случаев падения можно предотвратить, если внимательно следить за воспитанниками, не разрешать им находиться и играть в опасных местах, проводить беседы и профилактические мероприятия.

Избежать парезов у детей можно, если регулярно объяснять детям, что бросаться камнями и другими острыми предметами, играть с ножами или ножницами очень опасно. Именно таких предметов не должно быть на детских игровых площадках образовательной организации.

В целях недопущения травмирования детей малыми предметами за детьми нужно присматривать во время не только еды, но и игр. Малышам не следует давать блюда с маленькими косточками или семечками. Если у ребенка затруднено дыхание, нельзя исключать вероятности попадания мелких предметов в дыхательные пути малыша, даже если никто не видел, как он клал что-нибудь в рот.

Ядовитые вещества, отбеливатели, кислоты ни в коем случае нельзя хранить в бутылках для пищевых продуктов - дети могут по ошибке их выпить. Такие вещества следует держать в плотно закрытых маркированных контейнерах, в недоступном для детей месте. Хранить медикаменты необходимо в местах, недоступных для детей.

Дети могут получить серьезные повреждения, воткнув пальцы или какие-либо предметы в электрические розетки. Чтобы предотвратить удар электрическим током, розетки необходимо закрывать. Электрические провода должны быть недоступны детям – обнаженные их участки представляют особую опасность.

Всем сотрудникам необходимо строго соблюдать требования к обеспечению безопасности пребывания детей в дошкольной организации, заботе об охране их здоровья и благополучия при осуществлении деятельности по воспитанию, обучению, развитию и оздоровлению, уходу и присмотру, в соответствии с требованиями СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к



устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций», соблюдать все нормативные акты.

Работа с родителями в образовательной организации по профилактике детского травматизма и несчастных случаев

Цель профилактической работы с родителями - объяснение рисков и возможности возникновения проблемных ситуаций, угрожающих здоровью и безопасности детей, повышение уровня информированности родителей по данной проблеме, обозначение правил, с которыми необходимо ознакомить ребенка в семье, организация совместных действий педагогов и родителей, повышающих эффективность принимаемых мер.

Работа с родителями в образовательной организации по профилактике детского травматизма и несчастных случаев

- анкетирование, тестирование, опросы
- круглые столы с родителями, педагогами, специалистами
- учебные проекты здоровьесберегающей направленности
- педагогические советы с участием родителей
- лектории для родителей
- вебинары для родителей и педагогов
- родительские конференции
- семейные конкурсы
- презентации опыта родителей по профилактике детского травматизма
- совместное оформление детских уголков по профилактике травматизма дома и, на улице, общественных организациях
- ознакомление детей с правилами поведения /безопасного поведения/ в окружающем мире посредством художественной литературы
- литературные вечера, викторины



Памятка для родителей

ПРОФИЛАКТИКА ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА

Профилактика детского травматизма — одна из постоянных и важных обязанностей взрослых любого возраста и профессии, которым доверен уход за ребенком: воспитатели и няни детских садов, учителя школ, сотрудники развивающих учреждений, тренеры, организаторы массовых мероприятий с участием детей и др.

И все же, самым важными в профилактике детского травматизма является поведение родителей.

В большинстве случаев причиной травм является ненадлежащий уход за ребенком. Дети беззащитны из-за своей физической слабости, отсутствия опыта, любопытства и стремления к самостоятельности, и потому они постоянно нуждаются в помощи и уходе взрослых.

Родители должны постоянно помнить о безопасности своих детей и учить их основам личной безопасности, а законы им в этом помогут.

Согласно российскому законодательству, родители должны обеспечивать надлежащий уход за детьми от 0 до 17 лет.

Причем, за детьми младше 6 лет надзор должен быть постоянным.

В обязанности родителей также входит обучение детей правилам поведения в общественных местах, в школе, на дорогах, во время игр и сопровождение их в вечернее или ночное время.

Дети должны быть видимы в темное время суток: видим — значит, защищен.

Кроме того, у ребенка должен быть четкий план, что делать, если с ним заговорил незнакомый человек или он обнаружил бесхозный предмет.

Родители также должны *создать безопасную среду для ребенка дома*. Например, поставить заглушки во всех розетках электросети, убирать подальше включенные в сеть электроприборы, готовить пищу на дальних горелках газовых плит, хранить в недоступном для детей месте ядовитые и сильнодействующие вещества, острые и режущие предметы и закрывать все окна и двери на балкон, если ребенок играет в комнате один.



Памятка для родителей - водителей:

Сохранить жизнь и здоровье можно, если соблюдать правила дорожного движения. Если все водители будут садиться за руль трезвыми, соблюдать скоростной режим, откажутся от поездки, когда устали, перенервничали или плохо себя чувствуют и будут осторожны проезжая мимо школ, детских площадок и во дворах — это обязательно вызовет положительное действие. Родителям-водителям при перевозке ребенка тоже следует выполнять ряд правил: двигаться на ограниченной скорости, использовать специальные кресла, соответствующих росту и весу ребенка, пристегивать детей и себя ремнями безопасности. Причем, ремень должен располагаться не над шеей ребенка, а быть перекинут через грудную клетку. Именно поэтому маленькие дети должны сидеть в специальном кресле или на высокой удобной подушке. Запрещается устанавливать кресла для детей на переднем сидении спиной к направлению следования. И, конечно, в машине обязательно должна быть аптечка, оснащенная необходимыми средствами оказания первой помощи.





ПАМЯТКА ДЛЯ ШКОЛЬНИКОВ ПРАВИЛА

ПОВЕДЕНИЯ

Школа — общественное место. Здесь и взрослым и детям необходимо соблюдать обязательные правила поведения и внутреннего распорядка.

Необходимо соблюдать основные правила поведения в различных помещениях школы.

Правила поведения в раздевалке

В школу приходи за 10—15 минут до начала занятий.

В школе ходи в сменной обуви.

В раздевалке у каждого класса есть своя вешалка — всегда оставляй свои вещи в определённом месте. У твоей верхней одежды всегда должны быть пришиты петли, за которые она вешается на крючки в раздевалке. Для сменной обуви должен быть вместительный матерчатый мешок.

Будь внимателен ко всем вещам в школьном гардеробе: подними упавшее пальто, отнеси найденные тобой вещи дежурному учителю.

Не оставляй в раздевалке проездную карточку, мобильный телефон, деньги.

Не затевай в раздевалке игр.

Правила поведения в классе

На урок ты приходишь для того, чтобы получить знания. Под руководством учителя ты осваиваешь учебный материал, получаешь практические навыки, учишься думать и рассуждать, развиваешь свою речь и мыслительные способности. Процесс изучения каждой новой темы рассчитан на определённое количество часов. За это время тебе придётся немало потрудиться, чтобы усвоить учебную программу. Поэтому очень важно не пропускать уроки, чтобы в твоих знаниях не появлялись пробелы.

На урок нельзя опаздывать без уважительной причины.

Всё необходимое для урока: тетради, учебник, карандаши, линейку — приготавливай заранее.

На уроке води себя тихо, будь старательным. Объяснения учителя слушай внимательно. Не разговаривай с соседями и не отвлекайся на посторонние занятия.



Если ты хочешь ответить на вопрос учителя или задать свой вопрос, не кричи с места, а подними руку.

Если отвечает твой одноклассник, нельзя перебивать его ответ, подсказывать ему. Подними руку — учитель обязательно заметит твою активность.

Когда вызывают отвечать тебя, говори громко и чётко, выражай свои мысли полными предложениями.

В тетрадях пиши разборчиво и аккуратно. Небрежность и неразборчивость почерка допускать нельзя — это выражение элементарного неуважения к тому, кто будет проверять твои тетради.

Во время урока нельзя жевать резинку.

Некрасивым и недостойным занятием считается списывание.

Услышав звонок, извещающий об окончании урока, не срывайся с места, стремясь побыстрее выбежать из класса. Дождись, когда учитель закончит урок, и запиши домашнее задание в дневник, чтобы вечером не тревожить телефонными звонками своих одноклассников.

Правила поведения в коридоре и на лестницах

В школе ты ежедневно проводишь с другими учениками примерно половину дня. Многие люди ежедневно прилагают немалые усилия и старания, чтобы здесь всем учащимся было светло, тепло, уютно и комфортно. Конечно, этот труд нужно ценить и уважать.

Старайся всегда поддерживать в своей родной школе чистоту и порядок, даже если тебя не назначили дежурным.

Не бегай в коридоре и на лестницах. Слишком оживлённые игры и беготня часто приводят к различным неприятностям и даже тяжёлым травмам.

При встрече в школе с взрослыми людьми обязательно здоровайся первым, даже если они тебе незнакомы.

Всегда уступай старшим дорогу и пропускай их в дверях.

Будь внимательным к ученикам младших классов. Обязательно окажи помощь малышу, если она ему необходима. Никогда не обижай маленьких и слабых и не позволяй делать этого другим ребятам.

Всегда помни, что ты не один. Старайся вести себя так, чтобы никому не мешать.

В школе не кричи, не употребляй грубых слов, не дерись.

Относись бережно к школьному имуществу.

Правила поведения в школьной столовой

В течение учебного дня каждому классу отведена своя перемена, на которой учащиеся посещают школьную столовую. Это необходимо



для соблюдения порядка. Посещай столовую по установленному школой расписанию.

Не беги в столовую, расталкивая всех вокруг локтями. Не пробивайся к буфету без очереди, отталкивая малышей.

Не садись за стол боком или положив ногу на ногу.

Вспомни правила поведения за столом — здесь тоже необходимо их соблюдать.

Не разговаривай за столом.

Не отзывайся плохо о том блюде, которое тебе подали к столу.

Закончив есть, убери за собой посуду.

Правила поведения в библиотеке

Здесь нельзя шуметь и громко разговаривать, потому что рядом находится читальный зал, в котором занимаются школьники и учителя.

Книги, взятые тобой для чтения или занятий домой, необходимо возвращать вовремя.

Ничего не пиши на страницах книг, не загибай уголки страниц.

В читальном зале не переговаривайся со своими соседями даже шёпотом.



ПАМЯТКА

Профилактика детского травматизма со стороны государства:

Профилактика детского травматизма должна быть вневедомственной. Предупредить каждый случай травмы невозможно. Но следует предупреждать обстоятельства, в которых могут происходить несчастные случаи тяжелой степени. Это дорожно-транспортные происшествия с участием детей-пешеходов, велосипедистов и пассажиров транспортных средств, случаи массовых повреждений и отравлений, пожары, криминальные случаи насилия над детьми, отсутствие охраны объектов, экстремальные игры, которые приводят к тяжелым травмам.

Профилактика детского травматизма путем создания безопасной среды обитания — это важная государственная задача, в выполнении которой участвуют Правительство Российской Федерации, МВД, МЧС, Министерство образования, Минздрав, а также непосредственно руководители административных территорий России, различные ведомства и непосредственно каждый из граждан.



ПАМЯТКА

МЧС: Советы родителям, как избежать детского травматизма

зимой

Санки, лыжи, коньки – самые любимые развлечения детей зимой. К сожалению, именно они иногда становятся причиной травм. Взрослым следует помнить, что именно они должны научить ребенка правилам безопасного поведения и проследить за тем, как они соблюдаются. Перед тем как отпустить ребенка кататься, проверьте надежность креплений на лыжах и лезвий на коньках, исправность санок. Кроме того, позаботьтесь о защите: наколенниках, налокотниках, защиты для позвоночника, – они помогают в значительной мере уменьшить вероятность получения травм.

В очередной раз напомните детям, что на коньках следует кататься только в специально оборудованных местах. Объясните, что нельзя играть на льду замершего водоема, ведь даже при установившейся морозной погоде там могут быть проруби или промоины, которые крайне опасны.

Склон для спуска на санках или лыжах обязательно должен быть вдалеке от дороги, свободен от палок, деревьев и их корней. Кроме того, объясните ребенку, что катаясь с закрытыми глазами, можно столкнуться с соседом или деревом, а спуск спиной, снижает возможность управлять санками или лыжами и своевременно адекватно среагировать на опасность. Особенно опасно привязывать санки друг к другу. Перевернувшись, одни санки потянут за собой другие. Категорически запрещается кататься на санках, прикрепленных к транспортным средствам.

Игра в снежки, еще одна зимняя забава, которая может привести к повреждениям глаз, поэтому задача взрослых убедить ребенка беречься от попадания снега в лицо и не бросать снежки с ледяной корочкой и обледелеными кусочками снега в друзей, особенно в голову.

Гололед также является причиной множества травм и переломов.

Во-первых, правильно подберите ребенку обувь: предпочтение лучше отдать обуви с ребристой подошвой, произведенной из мягкой резины или термоэластопластов, без каблуков. Во-вторых, научите



ребенка перемещаться по скользкой улице: нужно не спешить, избегать резких движений, постоянно смотреть себе под ноги.

Держать руки в карманах в гололед опасно: при падении не будет времени их вынуть и постараться избежать падения или смягчить его. Еще одну опасность зимой представляют обледеневшие ступеньки. По возможности избегайте передвижения по ним. Если это невозможно, то держитесь за поручни, а ногу при спуске по лестнице необходимо ставить вдоль ступеньки - в случае потери равновесия такая позиция смягчит падение. Объясните ребенку, что внимание и осторожность – это главные принципы поведения, которых следует неукоснительно придерживаться в гололед.

Еще одна распространенная зимняя травма – обморожение. Повреждение тканей под действием холода может наступить не только при низких температурах воздуха, но и при температуре выше нуля, во время обильного снегопада, ветре, а также из-за влажной одежды и тесной обуви. Обморожению подвергаются чаще всего пальцы рук и ног, щеки, нос, уши.

Обморожения чаще всего наступают незаметно, без боли, поэтому необходимо обращать внимание на цвет румянца у ребенка. Нормальный румянец – нежно-розового цвета, а если он стал неравномерный, с ярко-красными или белыми пятнами, то возможно обморожение. В морозную погоду проверяйте чувствительность кожи лица ребенка, а также просите его постоянно шевелить пальцами рук и ног.

Объясните детям, что крайне опасно ходить вдоль стен домов, с крыш которых нависают сосульки!

Проведите беседу с ребенком о необходимости неукоснительного соблюдения правил безопасного поведения и сами демонстрируйте это личным примером!

При возникновении чрезвычайных ситуаций необходимо звонить по единому телефону пожарных и спасателей «101», «010», «112», «01» (все операторы сотовой связи).



ПАМЯТКА «ПРОФИЛАКТИКА ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА В ШКОЛЕ»

На сайте **Министерства образования и науки РФ** появилось **письмо от 27.11.2015 №08-2228 о направлении методических рекомендаций по предотвращению травматизма на занятиях физкультурой и спортом в общеобразовательных организациях РФ.**

Ссылка: <http://legalacts.ru/doc/pismo-minobrnauki-rossii-ot-27112015-n-08-2228/>

Документ был повторно опубликован в связи с предложением вице-премьера Виталия Мутко профильным ведомствам подготовить единую программу, которая позволит предотвратить случаи травмирования гибели детей во время спортивных занятий.

В письме обозначаются основные причины травматизма, приводятся методические указания по работе с учениками, педагогами и родителями.

Указываются основные причины травматизма во время занятий физической культурой и спортом:

Организационные

ошибки в методике проведения занятий;

нарушение дидактических принципов обучения;

отсутствием индивидуального подхода;

недостаточный учет состояния здоровья, физических, индивидуальных особенностей, технической подготовленности детей;

несоответствие выбора средств обучения целям и задачам обучения;

неправильное обучение технике выполнения физических упражнений;

отсутствие страховки, неправильное ее применение;

Несоответствие спортивной материально-технической базы общеобразовательной организации, в том числе мест проведения занятий в зоне рекреации, естественных природных ландшафтов и



других мест, требованиям СанПиН, правилам безопасности и видов спорта;

Нарушение педагогом и (или) обучающимися требований инструкций и правил безопасности нахождения в образовательной организации;

Нарушение правил медицинского (врачебного) контроля в образовательных организациях;

Недостатки в организации административно-общественного контроля за соблюдением порядка расследования и учета несчастных случаев в образовательной организации;

Представление недостоверной информации со стороны родителей(законных представителей) о состоянии здоровья детей.

Также в документе обозначены обязанности руководителя образовательной организации по предотвращению травмирования детей.



ПАМЯТКА

Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава РФ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ «ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ В ЛЕТНИЙ ПЕРИОД»:

По данным Всемирной организации здравоохранения ежедневно во всем мире жизнь более двух тысяч семей омрачается из-за гибели ребенка по причине неумышленной травмы или «несчастливого случая», которые можно было бы предотвратить. Ежегодно по этой причине погибает более одного миллиона детей и молодых людей моложе восемнадцати лет. Это означает, что каждый час ежедневно гибнет более ста детей.

Более трех миллионов детских травм регистрируют ежегодно медицинские учреждения России. Таким образом, в больницы в связи с травмами обращается каждый восьмой ребенок в возрасте до 18 лет.

Ожоги — очень распространенная травма у детей.

Держите детей подальше от горячей плиты, пищи и утюга.

Устанавливайте на плиты кастрюли и сковородки ручками вовнутрь плиты так, чтобы дети не могли опрокинуть на себя горячую пищу, по возможности блокируйте регуляторы газовых горелок.



Держите детей подальше от открытого огня, пламени свечи, костров, взрывов петард.

Убирайте в абсолютно недоступные для детей места легковоспламеняющиеся жидкости, а также спички, свечи, зажигалки, бенгальские огни, петарды.

Причиной ожога ребенка может быть горячая жидкость (в том числе еда), которую взрослые беззаботно оставляют на краю плиты, стола или ставят на пол.

Лучше со стола, на котором стоит горячая пища, убрать длинные скатерти — ребенок может дернуть за их край и опрокинуть пищу на себя.

Возможны ожоги во время купания ребенка, когда его опускают в ванну или начинают подмывать из крана, не проверив температуру воды.

Маленький ребенок может обжечься и при использовании грелки, если температура воды в ней превышает 40–60°C.

Оберегайте ребенка от солнечных ожогов, солнечного и теплового «удара».

Кататравма (падение с высоты) — в 20 процентах случаев страдают дети до пяти лет — нередкая причина тяжелейших травм, приводящих к инвалидности или смерти.

Не разрешайте детям находиться в опасных местах (лестничные пролеты, крыши, гаражи, стройки и др.).

Устанавливайте надежные ограждения, решетки на ступеньках, лестничных пролетах, окнах и балконах.

Помните — противомоскитная сетка не спасет в этой ситуации и может только создавать ложное чувство безопасности.

Открывающиеся окна и балконы должны быть абсолютно недоступны детям.

Не ставьте около открытого окна стульев и табуреток — с них ребенок может забраться на подоконник.

Утопление — в 50 процентах случаев страдают дети 10–13 лет из-за неумения плавать.

Взрослые должны научить детей правилам поведения на воде и ни на минуту не оставлять ребенка без присмотра вблизи водоемов.

Дети могут утонуть менее чем за две минуты даже в небольшом количестве воды — обязательно и надежно закрывайте колодцы, ванны, бочки, ведра с водой и т.д.

Учите детей плавать, начиная с раннего возраста.

Дети должны знать, что нельзя плавать без присмотра взрослых.



Обязательно используйте детские спасательные жилеты соответствующего размера — при всех вариантах отдыха на открытой воде (лодки, плоты, водные велосипеды, «бананы», катера, яхты и др.).

Удушье (асфиксия) — 25 процентов всех случаев асфиксий бывает у детей в возрасте до года из-за беспечности взрослых: аспирация пищей, прижатие грудного ребенка к телу взрослого во время сна в одной постели, закрытие дыхательных отверстий мягкими игрушками и т.д.

Маленьким детям нельзя давать еду с маленькими косточками или семечками.

Нужно следить за ребенком во время еды.

Кашель, шумное частое дыхание или невозможность издавать звуки — это признаки проблем с дыханием и, возможно, удушья, которое может привести к смерти.

Отравления — чаще всего дети отравляются лекарствами из домашней аптечки — 60 процентов всех случаев отравлений.

Лекарства, предназначенные для взрослых, могут оказаться смертельными для детей.

Медикаменты ребенку нужно давать только по назначению врача и ни в коем случае не давать ему лекарства, предназначенные для взрослых или детей другого возраста.

Хранить медикаменты необходимо в местах совершенно недоступных для детей.

Отбеливатели, яды для крыс и насекомых, керосин, кислоты и щелочные растворы, другие ядовитые вещества могут вызвать тяжелое отравление, поражение мозга, слепоту и смерть.

Яды бывают опасны не только при заглатывании, но и при вдыхании, попадании на кожу, в глаза и даже на одежду.

Ядовитые вещества, медикаменты, отбеливатели, кислоты и горючее ни в коем случае нельзя хранить в бутылках для пищевых продуктов — дети могут по ошибке выпить их. Такие вещества следует держать в плотно закрытых маркированных контейнерах, в абсолютно недоступном для детей месте.

Следите за ребенком при прогулках в лесу: ядовитые грибы и ягоды — возможная причина тяжелых отравлений.

Отравление угарным газом крайне опасно для детей и сопровождается смертельным исходом в 80–85 процентах случаев — неукоснительно соблюдайте правила противопожарной безопасности во всех местах пребывания детей, особенно там, где есть открытый огонь (печи, камины, бани и т.д.).



Поражения электрическим током — дети могут получить серьезные повреждения, воткнув пальцы или какие-либо предметы в электрические розетки — их необходимо закрывать специальными защитными накладками. Электрические провода (особенно обнаженные) должны быть недоступны детям.

Дорожно-транспортный травматизм — дает около 25 процентов всех смертельных случаев.

Как только ребенок научился ходить, его нужно обучать правильному поведению на дороге, в машине и общественном транспорте, а также обеспечивать безопасность ребенка во всех ситуациях.

Детям дошкольного возраста особенно опасно находиться на дороге — с ними всегда должны быть взрослые.

Детям нельзя играть возле дороги, особенно с мячом.

Детей нельзя сажать на переднее сидение машины.

При перевозке ребенка в автомобиле необходимо использовать специальные кресла и ремни безопасности.

На одежде ребенка желательно иметь специальные светоотражающие нашивки.

Несчастные случаи при езде на велосипеде являются распространенной причиной смерти и травматизма среди детей среднего и старшего возраста.

Учите ребенка безопасному поведению при езде на велосипеде; дети должны в обязательном порядке использовать защитные шлемы и другие приспособления.

Травмы на железнодорожном транспорте — нахождение детей в зоне железной дороги может быть смертельно опасно.

Строжайшим образом запрещайте подросткам кататься на крышах, подножках, переходных площадках вагонов. Так называемый «зацепинг» в конечном итоге — практически гарантированное самоубийство.

Помните сами и постоянно напоминайте детям, что строго запрещается:

посадка и высадка на ходу поезда;

высовываться из окон вагонов и дверей тамбуров на ходу поезда;

оставлять детей без присмотра на посадочных платформах и в вагонах;

выходить из вагона на междупутье и стоять там при проходе встречного поезда;

прыгать с платформы на железнодорожные пути;



устроить на платформе различные подвижные игры;
бежать по платформе рядом с вагоном прибывающего или уходящего поезда, а также находиться ближе двух метров от края платформы во время прохождения поезда без остановки;
подходить к вагону до полной остановки поезда;
на станциях и перегонах подлезать под вагоны и перелезать через автосцепки для прохода через путь;
проходить по железнодорожным мостам и тоннелям, неспециализированным для перехода пешеходов;
переходить через железнодорожные пути перед близко стоящим поездом;
переходить путь сразу же после прохода поезда одного направления, не убедившись в отсутствии поезда встречного направления;
игры детей на железнодорожных путях;
подниматься на электроопоры;
приближаться к лежащему на земле электропроводу ближе 8 метров;
проходить вдоль железнодорожного пути ближе 5 метров от крайнего рельса;
ходить в районе стрелочных переводов, так как это может привести к тяжелой травме.



ПОЛЕЗНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Вызов экстренных служб с мобильных телефонов:

Единый номер вызова экстренных оперативных служб: 112

Единый телефон служб спасения в Новосибирской области: 010,
010

Служба	МТС	Билайн	Мегафон	Теле 2	Скайлинк
Единый телефон пожарных и спасателей в Новосибирской области	010, 101, 112	010, 101, 112	010, 101	010, 01*, 101	01
Полиция в Новосибирской области	020, 102, 112	020, 102, 112	020, 102, 112	020, 02*, 102, 112	02
Скорая помощь в Новосибирской области	030, 103, 112	030, 103, 112	030, 103	030, 103, 03*	03
Аварийная газовая служба в Новосибирской области	040, 104, 112	040, 104, 112	040, 104	040, 104, 04*	04

Вызов экстренных служб с городского телефона

Единый номер пожарных и спасателей: 01

Полиция: 02

Скорая помощь: 03

Аварийная газовая служба: 04

Телефон дежурного аварийно-спасательной службы: 8 (383) 266-06-93,
266-15-57, 8-913-891-67

Телефон доверия антинаркотической комиссии города: 8 (383) 227-45-
90

Управление МВД, МЧС, ГИБДД

Главное управление МЧС России по Новосибирской области



ГБУ НСО «Областной центр диагностики и консультирования»

Официальный сайт: <http://54.mchs.gov.ru/>

Главное управление МВД России по Новосибирской области

Официальный сайт: <https://54.mvd.ru/>

Для любых операторов мобильной связи действует единый номер вызова полиции: 102

Справочная служба ГУ: 8 (383) 232 70 00

Дежурная часть ГУ: 8 (383) 232 70 89

Управление ГИБДД ГУ МВД России по Новосибирской области

Дежурная часть ГИБДД ГУ МВД России по Новосибирской области: 8 (383) 220-70-77

Телефон доверия ГИБДД ГУ МВД России по Новосибирской области: 8 (383) 232-76-75

Единая дежурно-диспетчерская служба города Новосибирска

Сайт: <http://051.novo-sibirsk.ru/SitePages/default.aspx>