

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

Заместитель начальника по науке Главного управления кадровой политики, учебных заведений и науки Республики Беларусь



Н.И. Доста

26 ноября 1999 г.

СОГЛАСОВАНО

Заместитель министра образования Республики Беларусь



Г.Д. Дылян

25 ноября 1999 г.

УТВЕРЖДАЮ

Главный государственный санитарный врач, заместитель министра здравоохранения Республики Беларусь



В.П. Филонов

30 ноября 1999 г.

Регистрационный № 114-9911

ОРГАНИЗАЦИЯ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ СРЕДИ СЕЛЬСКИХ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Минск 1999

Учреждение-разработчик: Белорусский научно-исследовательский санитарно-гигиенический институт

Авторы: Н.Ф. Фарино, Т.В. Крамаренко, Т.В. Харевич, Н.А. Грекова, Л.И. Матуш, Н.Г. Рысь, В.С. Овчаров, Р.Н. Белякова

Рецензент: канд. мед. наук, доц. Ж.П. Лабодаева, канд. мед. наук Т.Е. Науменко, Р.Э. Вакутина

В рекомендациях отражены особенности состояния здоровья и морфофункционального развития сельских детей, приступивших к обучению в школе, представлены основные социально-биологические факторы риска для их здоровья, изложены принципы организации оздоровительных и профилактических мероприятий, освещены вопросы медико-педагогического контроля за оздоровлением и профилактикой отклонений в состоянии здоровья детского сельского контингента.

Методические рекомендации предназначены для использования специалистами центров гигиены и эпидемиологии в практике текущего госсаннадзора, медицинскими работниками (врачи сельских врачебных участков, работники фельдшерско-акушерских пунктов, средний медицинский персонал учебно-воспитательных учреждений), педагогами дошкольных учреждений и школ для проведения работы по сохранению и формированию здоровья учащихся.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

ВВЕДЕНИЕ

Накопленные собственные данные и анализ литературы свидетельствуют, что приоритетной задачей в охране здоровья школьников должно являться выявление детей группы риска возникновения различных заболеваний и проведение специализированных профилактических и оздоровительных мероприятий, направленных на повышение устойчивости организма к воздействию региональных неблагоприятных факторов. Среди факторов, активно влияющих на здоровье учащихся общеобразовательных школ, выделяют факторы среды обитания (школа, семья), экологические и медико-организационные. Школа является местом активной деятельности ребенка в период наиболее интенсивного его развития и должна создавать условия, гарантирующие охрану и укрепление здоровья.

Наш опыт позволяет констатировать, что в процессе своей работы школа должна исходить из двух взаимосвязанных положений — образования и оздоровления, основные цели которых не являются независимыми, так как всестороннее, глубокое, полноценное образование возможно только при наличии здоровья, действительное же оздоровление не достижимо без надлежащего образования. Сегодня образовательное учреждение является единственной структурой, которая позволяет осуществлять проведение массовых профилактических и корригирующих мероприятий, частично беря на себя функцию воздействия на ребенка на доназологическом уровне.

Уже при поступлении в подготовительный класс отмечается низкий уровень здоровья школьников. Исследования, проведенные нами в разных регионах республики, показали, что отклонения в состоянии здоровья выявляются более чем у 50% городских детей, приступающих к обучению. К окончанию школы количество здоровых детей уменьшается в 3–4 раза, у 44% учащихся выявляются хронические заболевания, у 42% — морфофункциональные отклонения. Нарастает количество заболеваний органов пищеварения, зрения, эндокринной системы, опорно-двигательного аппарата, растет число нервно-психических расстройств и аллергических заболеваний. Не более 7% выпускников школ Беларуси могут считаться здоровыми.

В условиях современной медико-демографической ситуации имеются единичные научные исследования, в которых представлен сравнительный анализ состояния здоровья школьников города и села. Вместе с тем, существуют достоверные различия по уровню здоровья школьников в зависимости от места проживания. По числу больных детей в России лидируют сельские школы за счет того, что 66,6% сельских школьников относятся к III группе здоровья, а также за счет самой высокой заболеваемости на 1000 детей органов пищеварения (403,1⁰/₀₀), нервно-психических болезней (342,4⁰/₀₀), патологии костно-мышечной системы (192,3⁰/₀₀), ЛОР-органов (132,4⁰/₀₀), которые следует рассматривать как результат совокупного воздействия неблагоприятных социальных, медицинских, биологических и санитарно-гигиенических факторов (Усанова Е.П., 1997).

Обоснованную тревогу вызывает состояние здоровья сельских детей Беларуси. Изучение их здоровья, предпринятое ранее (Веренич Г.И., 1980–1988 гг., Мордачев И.П., 1977 г.), касалось, в основном, вопросов физического развития.

Проведенный нами анализ состояния соматического здоровья 6-летних учащихся подготовительных классов показал, что здоровыми (I группа здоровья) можно считать 64,9% детей. К группе «риска» (II группа здоровья) было отнесено 24,3% учащихся с различными морфофункциональными отклонениями. Третью группу составили 10,8% 6-леток. При этом сопоставление состояния здоровья 6, 7 и 8-летних детей показывает, что количество здоровых снижается от года к году и соответственно возрастает число детей, имеющих функциональные отклонения (группа «риска») и хронические заболевания.

Дисгармоничное физическое развитие наблюдалось у 28,6% сельских 6-летних учащихся. Дисгармоничных 7- и 8-летних учащихся оказалось 31,0% и 21,9% соответственно.

Успешность обучения в школе во многом определяется состоянием нервно-психического здоровья. Установлено, что дети, имеющие функциональные нервно-психические отклонения, как правило, выпадают из поля зрения врача-педиатра, а в медицинских картах отмечаются только выраженные отклонения, что искажает истинную картину нервно-психических нарушений у детей.

Изучение состояния нервно-психического здоровья сельских младших школьников показало, что у значительной части детей, считавшихся здоровыми, имелись донологические отклонения нервно-психического здоровья разной степени выраженности. Допустимую степень проявления невротизма (неврологическая симптоматика выражена незначительно и дети не представляют трудностей в воспитательном отношении, чувствуют себя комфортно в семье и школе, а также когда эти дети и их родители не предъявляют жалоб самостоятельно) имели 40,0% 6-летних учащихся, 54,0% 7-летних и 70,0% 8-летних.

Повышенную степень невротизма, когда появляются жалобы у самого ребенка и его родителей на отклонения в нервно-психическом здоровье ребенка, наблюдали у 60,0% 6-летних, 46,0% 7-летних и 25,0% 8-летних школьников. У 5,0% 8-летних сельских детей отмечалась высокая степень проявления невротизма, что, на наш взгляд, является основанием для обследования ребенка врачом-психоневрологом.

С целью определения критериев функциональной готовности к школе у сельских детей 6–8 лет изучены показатели, отражающие уровень развития функций, тесно связанных с процессом обучения и испытывающих напряжение на его начальном этапе, а именно: II сигнальной системы, моторной и «школьной зрелости». Эти показатели позволяют судить о подвижности нервных процессов, быстроте и прочности создания положительных и отрицательных условных связей, степени координации движений мелких мышц кисти, обуславливающих возможности письма и рисования. Интегральные показатели «школьной зрелости» характеризуют одновременно уровни моторного и психического развития ребенка.

Среди обследованных сельских школьников 6-летнего возраста количество «школьно зрелых» составило 8,8%, таким же оказалось количество «незрелых» — 8,8%. Число «условно зрелых», имеющих неблагоприятный прогноз в обучении, — 41,2%.

Многочисленные данные педагогов, психологов и врачей свидетельствуют о том, что подавляющее большинство детей, поступающих в школу в 7-летнем возрасте, обладают достаточно высоким уровнем развития

«школьно-необходимых» функций. Вместе с тем, среди обследованных 7- и 8-летних сельских детей достаточно высоким остается процент «незрелых» и «условно зрелых» с неблагоприятным прогнозом в обучении.

Несмотря на то, что уровень развития моторики с возрастом улучшается, отставание в психомоторном развитии имеют 64,3% шестилетних, 54,9% семилетних и 34,4% восьмилетних учащихся сельских школ.

Низкий уровень развития II сигнальной системы отмечается в начале учебного года у 27,0%, 19,3% и 17,0% 6–8-летних сельских детей соответственно.

Отставание биологического возраста от хронологического наблюдается у 16,2% 6-летних и сохраняется у 12,9% 7-летних и 10,0% 8-летних младших сельских школьников.

Реформа образования, переход с 1998–1999 учебного года средних общеобразовательных школ республики на 12-летний срок обучения, начало обучения с 6-летнего возраста поставили на одну ступень городскую и сельскую школу. Вместе с тем, до настоящего времени болевыми точками сельской школы являются: скудное финансирование, слабая материально-техническая база, примитивное оснащение учебного процесса, недостаток учительских кадров, отсутствие должного медицинского обеспечения школ. В отдельных регионах республики от 20 до 35% школ не канализованы, не имеют централизованного водоснабжения, отопления; от 15 до 40% не имеют пищеблоков; отсутствуют спортивные залы в 25–30% школ. Приход в сельскую школу 6-летних детей, зачастую не обладающих функциональной готовностью к обучению, отстающих по биологическому развитию, чреват срывом адаптации, развитием функциональных расстройств и формированием органической патологии уже в младшем школьном возрасте.

Подготовленные методические рекомендации разработаны на основе комплексного исследования состояния здоровья сельских младших школьников, в результате которого установлены особенности его формирования под влиянием ряда факторов. Предложена система оздоровительных и профилактических мероприятий, направленных на повышение сопротивляемости организма детей воздействию антропоэкологического пресса. Используются апробированные, достаточно эффективные и, вместе с тем, простые мероприятия, которые могут быть реализованы на базе учебно-воспитательных учреждений совместными усилиями медицинских работников, педагогов, при активном участии родителей и, конечно, самих учащихся.

Внедрение системы оздоровительных и профилактических мероприятий объединит усилия педагогов, медиков и родителей в процессе формирования здоровья ребенка.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1. Методические рекомендации разработаны в развитие приказа Министерства здравоохранения РБ от 25.02.98 г. № 55 «О совершенствовании медико-санитарного контроля за состоянием здоровья и условиями обучения детей с 6-летнего возраста» и определяют систему организации оздоровительных и профилактических мероприятий среди сельских младших школьников Республики Беларусь.

1.2. В рекомендациях отражены особенности состояния здоровья и морфофункционального развития сельских детей, приступивших к обучению в школе. Представлены основные социально-биологические факторы риска.

Изложены принципы организации оздоровительных и профилактических мероприятий, освещены вопросы медико-педагогического контроля за оздоровлением и профилактикой отклонений в состоянии здоровья детского сельского контингента.

1.3. Методические рекомендации предназначены для использования специалистами центров гигиены и эпидемиологии в практике текущего госсаннадзора, медицинскими работниками (врачи сельских врачебных участков, работники фельдшерско-акушерских пунктов, средний медицинский персонал учебно-воспитательных учреждений), педагогами дошкольных учреждений и школ для проведения работы по сохранению и формированию здоровья учащихся.

2. ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ СРЕДИ СЕЛЬСКИХ УЧАЩИХСЯ

2.1. Основные направления оздоровления и профилактики

Система медицинского обеспечения учащихся массовых школ не ориентирована на активное участие образовательного учреждения и семьи в реализации мер по укреплению здоровья детей и на фоне прогрессирующего его ухудшения не обеспечивает эффективность диагностической, профилактической и оздоровительной помощи школьникам.

Территориальный принцип — чем меньше численность населенного пункта, тем ниже доступность врачебного обслуживания — ставит в неравные условия медицинского обслуживания городских и сельских школьников. Отсутствует взаимопонимание и согласованность действий медицинских работников, педагогов и родителей в вопросах формирования здоровья, что исключает возможность развития мотивации на здоровый образ жизни.

Вышеизложенное позволяет рекомендовать организацию подготовительных классов в сельской местности только на базе детского дошкольного учреждения, где наряду с обязательными занятиями уделяется внимание общему развитию школьно-необходимых функций, шире возможности для учета индивидуальных особенностей ребенка, проведения профилактической и оздоровительной работы. Нельзя не учитывать и благоприятный психологический микроклимат дошкольного учреждения, а также наличие в штате медработника.

Задачу оздоровления и профилактики следует решать по следующим направлениям:

1. Совершенствование диагностики, оценки состояния здоровья будущих школьников на основе качественного углубленного обследования детей по всем органам и системам с привлечением специалистов разного профиля и лабораторных исследований за 6 мес. до поступления в школу.

2. Организация и проведение необходимых реабилитационных мероприятий, коррекция состояний повышенного риска, предупреждение развития болезни и ее рецидивирования, назначение немедикаментозных средств профилактики, стимулирующих защитные силы детского организма до начала систематического обучения.

3. Обучение медицинских работников, педагогов, родителей умению воздействовать на управляемые факторы с целью сохранения здоровья детей и профилактики заболеваний.

4. Реализация комплекса медицинских, гигиенических, педагогических мер, направленных на формирование здоровья школьников.

Для сохранения и формирования здоровья детей в условиях села должны использоваться эффективные, достаточно просто осуществимые методы оздоровления и профилактики, которые будут практически реализовываться медработниками сельской амбулатории, педагогами и администрацией учебно-воспитательного учреждения, родителями при активном участии самого ребенка.

Схема оздоровительно-профилактических мероприятий среди сельских младших школьников разработана с учетом особенностей образа жизни сельских семей и необходимости коррекции выявленных отклонений в состоянии здоровья и функциональном развитии детей, приступающих к систематическому обучению в школе.

2.2. Комплексная оценка состояния здоровья сельских детей перед поступлением в школу

Оценка состояния здоровья детей и следующее из нее правильное распределение на группы здоровья определяют целый комплекс профилактических или лечебных мероприятий, с помощью которых педиатр может добиться эффективности проводимой диспансеризации детского населения.

Комплексную оценку состояния здоровья проводит районный педиатр с учетом заключений специалистов (ЛОР, окулиста, стоматолога и т.д.).

При комплексной оценке состояния здоровья работа врача состоит из четырех разделов:

1. Исследование состояния здоровья по определенным критериям.
2. Заключение с определением группы здоровья.
3. Назначение рекомендаций в зависимости от группы здоровья.
4. Оформление записи в учетной документации (Ф. № 26/У).

Всего выделяют 4 группы здоровья: I и II (А и Б) — здоровые дети; III и IV — больные дети.

К *I группе* здоровья относят здоровых детей без отклонений по всем избранным критериям здоровья, а также детей с незначительными единичными морфологическими отклонениями, не влияющими на состояние здоровья и не требующими коррекции.

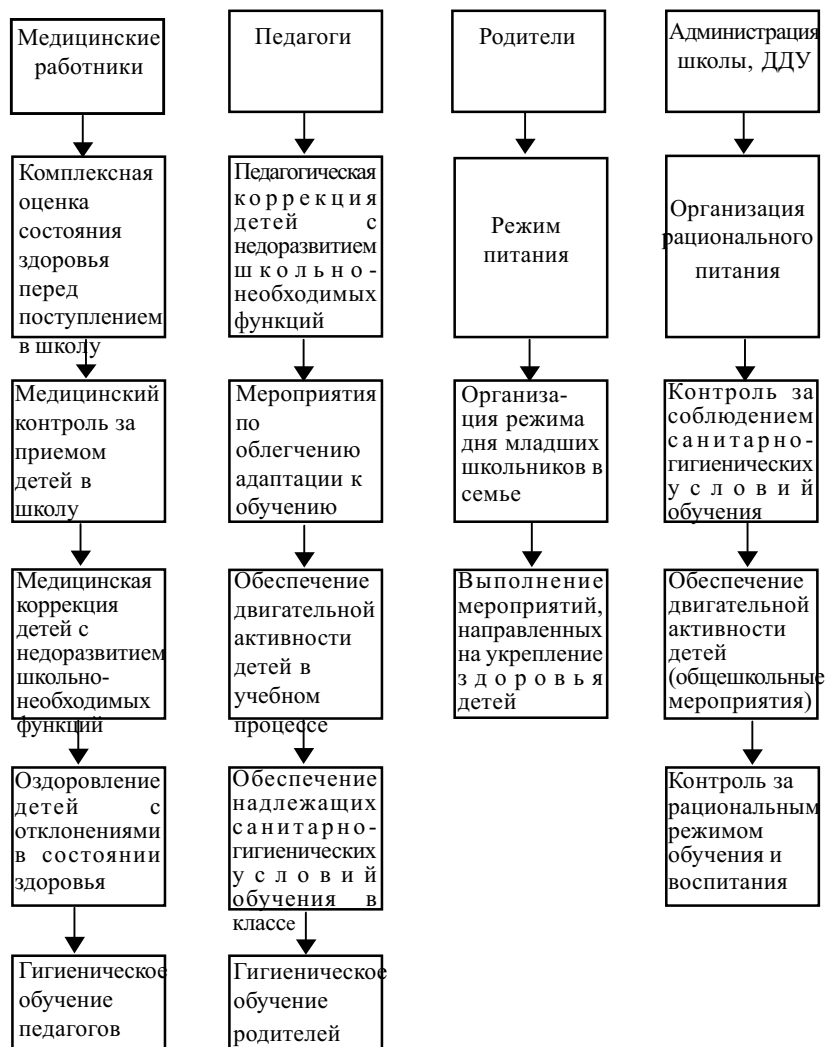
Группа здоровья II А отличается от I группы лишь наличием у ребенка неблагоприятного социального, биологического или отягощенного генеалогического анамнеза.

Наличие функциональных отклонений при отсутствии хронических заболеваний является ведущим параметром для отнесения ребенка к II Б группе здоровья.

Группа II А. Здоровые дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний, т.е. с факторами риска в биологическом, социальном и генеалогическом анамнезе.

1. В пренатальном периоде: экстрагенитальные заболевания матери, профессиональные вредности и алкоголизм родителей, острые заболевания и операционные вмешательства во время беременности, возраст матери к моменту рождения ребенка моложе 18 лет и старше 30 лет, токсикозы первой и второй половины беременности, угроза выкидыша, кровотечения, повышенное или низкое АД во время беременности.

Схема оздоровительно-профилактических мероприятий среди сельских младших школьников



2. В интранатальном периоде: быстрые затяжные роды, длительный безводный период, патология плаценты и пуповины, кровотечения в родах, неправильное положение плода.

3. Отягощенный генеалогический анамнез: в родословной ребенка имеются моногенные болезни или мультифакторные заболевания с определенной метаболической направленностью и генеалогическим индексом более 0,7.

Группа II Б. К ней относят здоровых детей с факторами риска в периодах внутриутробного и антенатального развития, т.е. с теми состояниями плода и новорожденного, которые могут в дальнейшем повлиять на рост, развитие и формирование здоровья ребенка (появление хронических заболеваний), а также детей с пограничными состояниями и функциональными отклонениями.

К ним относят: детей от многоплодной беременности, недоношенных, переношенных с массой более 4 кг, незрелых, с внутриутробным инфицированием, перенесших асфиксию, родовую травму, ГБН, острые тяжелые заболевания в ранний неонатальный период, рахит I степени, имеющих аллергическую предрасположенность к пищевым продуктам и лекарственным препаратам, пилороспазм без явлений гипотрофии, некоторые врожденные аномалии, не требующие оперативного вмешательства, расширение пупочного кольца, расхождение прямых мышц живота, недоопущение яичек в мошонку на 1-м и 2-м годах жизни; детей с малым размером большого родничка при рождении, с нарушением осанки, уплощенной стопой, функциональными изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы (функциональные шумы, тенденция к повышению или снижению АД), с гипертрофией миндалин 1-й и 2-й степени, с гипертрофией аденоидов 1-й и 2-й степени, с искривлением носовой перегородки, с повторными заболеваниями бронхитом, пневмонией, частыми ОРЗ; детей с понижением гемоглобина до нижней границы нормы, с тимомегалией, с кариесом (6–8 кариозных зубов), с аномалией прикуса, некоторыми патологическими привычками, задержкой нервно-психического развития (2-я и 3-я группы НПР), косноязычием, миопией слабой степени, дальновзоркостью средней степени, с выражением туберкулиновой пробы; детей в периоде реконвалесценции после ОРИ.

Наличие хронических заболеваний является показателем для отнесения ребенка к *III группе* здоровья, инвалидности — к *IV группе*.

Дети III, IV групп здоровья находятся на диспансерном учете. На них заполняется учетная форма № 030/У. Эти дети наблюдаются педиатрами и врачами-специалистами в сроки, установленные рекомендациями по динамическому наблюдению за детьми (Минск, 1998).

Больные дети нуждаются в индивидуальных профилактических мероприятиях (щадящий режим дня, особое питание, физические нагрузки, закаливающие процедуры и т.д.), специальных оздоровительных и лечебных мероприятиях в соответствии со степенью компенсации патологического процесса.

Заключение по комплексной оценке здоровья ребенка отражает:

1. Уровень физического развития.
2. Группу нервно-психического развития.
3. Клинический диагноз: здоров, пограничное состояние, группа риска, болен (врожденная или приобретенная хроническая патология).
4. Группа здоровья: I, II А, II Б, III, IV.

*Схема определения группы здоровья при массовых
врачебных осмотрах в зависимости от характера и степени
выраженности некоторых распространенных отклонений
в состоянии здоровья*

Наименование отклонений	Группы здоровья	Клинические критерии
1	2	3
Сердечно-сосудистой системы Функциональный шум в сердце	II	
Юношеская гипертрофия сердца, митральная форма сердца: малое (висячее сердце)	II	
Тахикардия, брадикардия, синусовая аритмия, экстрасистолия	II	При отсутствии заболеваний сердца
Первичная и вторичная артериальная гипотензия	III	Стабильное положение АД (ниже 90–100 мм рт. ст.), головокружения, слабость, изменения на глазном дне, изменения РЭГ
Синдром вегетативной дисфункции с кризовым течением	III	Приступы параксизмальной тахикардии, симпатoadреналовые кризы, обмороки, изменения КИГ, РЭГ
Нейроциркуляторная дистония по гипотоническому, гипертоническому и кардиальному типам	II	Повышение или понижение АД, боли в сердце, нарушения ритма
Пограничная артериальная гипертензия (ПАГ)	III	Стабильное повышение АД выше 150 мм рт. ст, изменения на глазном дне, гипертрофия левого желудочка
Миокардит неревматической этиологии	III–IV	При полной клинической ремиссии III группа, при неполной клинической ремиссии IV группа

1	2	3
Ревматизм	III–IV	<p>Без порока сердца или с пороком без признаков недостаточности кровообращения, при отсутствии признаков активности ревматического процесса от 1 года до 5 лет после атаки — III группа.</p> <p>Без порока сердца или с пороком без признаков недостаточности кровообращения в период стихания активности ревматического процесса (от 6 месяцев до 1 года) — IV группа.</p> <p>С пороком сердца и признаками недостаточности кровообращения 1 ст. при отсутствии признаков активности ревматического процесса (от 1 года и более после атаки) — IV группа</p>
Врожденный порок сердца	III–IV	Открытый боталлов проток, дефект межжелудочковой перегородки, без признаков нарушения кровообращения — III группа, с недостаточностью кровообращения 1 ст. — IV группа
<i>Органов дыхания</i> Хронический бронхит	III–IV	При отсутствии клинических и функциональных изменений со стороны органов дыхания и других систем — III группа, при их наличии — IV группа
Хроническая пневмония	III–IV	При отсутствии клинических и функциональных изменений со стороны органов дыхания и других систем — III группа, при их наличии — IV группа
Бронхиальная астма	III–IV	В межприступном периоде при отсутствии функциональных нарушений различных систем, органов и физического развития — III группа, при их наличии — IV группа

1	2	3
<i>Пищеварительной системы</i> Кариес зубов	II–III	Кариес средней активности — II группа, высокой активности — III группа
Аномалии прикуса	II–III	Начальные формы аномалии прикуса — II группа, значительно выраженные аномалии прикуса — III группа
Дискинезия желчевыводящих путей	II–III	В стадии стойкой ремиссии — II группа. Кратковременные схваткообразные боли в правом подреберье или в области пупка, возникающие после еды или не связанные с приемом пищи, при малонарушенном общем состоянии и слабовыраженных объективных данных — III группа
Хронический холецистит	III–IV	В стадии стойкой ремиссии — III группа, при наличии клинических признаков субкомпенсации — IV группа
Хронический гастрит	III–IV	В стадии полной ремиссии — III группа, в стадии неполной ремиссии — IV группа
Хронический гастродуоденит	III–IV	В стадии полной ремиссии — III группа, в стадии неполной ремиссии (незначительные боли в эпигастриальной области, голодные или спустя 2 ч и более после приема пищи) при наличии болезненной пальпации пилородуоденальной области — IV группа
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	III–IV	При стойкой ремиссии — III группа. Боли в подложечной области (голодные и ночные), отрыжка кислым, изжога, рвота, при локальной болезненности в подложечной области пилородуоденальной области, напряжение мышц эпигастриальной области — IV группа

Продолжение таблицы

1	2	3
Хронический колит, энтероколит	III–IV	В стадии ремиссии — III группа. При неопределенных болях по всему животу, снижении аппетита, общей слабости, быстрой утомляемости, похудании, спастическом сокращении кишечника, его вздутии и урчании — IV группа
Гельминтоз	II–III	Без признаков интоксикации — II группа, при их наличии — III группа
<i>Мочеполовой системы</i> Доброкачественная протеинурия при отсутствии заболевания почек	II	
Пиелонефрит хронический	III–IV	При полной ремиссии и сохраненной функции почек — III группа, при неполной ремиссии и частично нарушенной функции почек — IV группа
Крипторхизм	III	
Нарушение менструального цикла в период становления менструальной функции	II	
Дисменорея	III	
<i>Эндокринной системы и обмена веществ</i> Гипертрофия вилочковой железы	II	
Увеличение щитовидной железы I и II степени	II	Увеличение щитовидной железы I степени (прощупывается перешеек щитовидной железы и слабо определяются боковые доли), II степени (железа заметна на глаз при глотании, легко прощупываются боковые доли) до препубертатного и пубертатного периодов, без нарушения функции

Продолжение таблицы

1	2	3
Зоб	III	Увеличение щитовидной железы III степени и более, нарушение функции
Диффузный токсический зоб	III–IV	При легкой форме — III группа, при среднетяжелой — IV группа
Избыточная масса тела (за счет жировоголожения)	II	Превышение массы тела на 10–19% в связи с избыточным жировоголожением
Ожирение (экзогенно-конституциональное)	III–IV	Ожирение I степени (превышение массы тела на 20–29% за счет жировоголожения) и II степени (превышение массы тела на 30–49% за счет жировоголожения) — III группа. Ожирение III степени (превышение массы тела на 50% и более за счет жировоголожения) — IV группа
<i>Кожи</i> Аллергические реакции	II	Повторяющиеся кожно-аллергические реакции на пищевые вещества, лекарства и пр.
Экссудативно-катаральный диатез без явлений экземы	II	
Атопический дерматит (экзема, нейродермит)	III–IV	При ограниченной локализации — III группа, при распространенных кожных изменениях с явлениями общей интоксикации — IV группа
<i>Системы крови</i> Преданемическое состояние (анемизация)	II	Содержание гемоглобина 11,5–11,1 г% или 115–111 г/л
Анемия	III–IV	Содержание гемоглобина: 11,0–10,8 г% или 110–108 г/л — III группа 10,7–8,0 г% или 107–80 г/л — IV группа

1	2	3
<i>Нервной системы</i> Астенические проявления	II	Легкие астенические проявления (утомляемость, головные боли, раздражительность, обидчивость, плаксивость, поверхностный сон и др.), исчезающие после непродолжительного отдыха, нормализации режима и отдыха
Патологические привычки	II	Привычка грызть ногти, ручки, воротники, дергать волосы, кусать, облизывать губы и др., не понижающие функциональных возможностей организма
Речевые нарушения (косноязычие)	II	
Вегетативная (вегетативно-сосудистая) лабильность	II	Соматовегетативные и вегетососудистые нарушения (повышенная потливость, акроцианоз, красный дермографизм, склонность к тахикардии, непереносимость жары и холода, игра вазомоторов), характерные для препубертатного и пубертатного периодов и не нарушающие работоспособности
Вегетативная (вегетативно-сосудистая) дисфункция	III–IV	Неврогические и неврозоподобные расстройства, выражающиеся перманентными или кризоподобными вегетативными или соматовегетативными нарушениями. При слабовыраженной симптоматике — III группа, при выраженных клинических проявлениях и снижении работоспособности — IV группа
Невропатия (врожденная детская нервность)	III	Расстройства сна (трудности засыпания, ночные страхи, прерывистый сон), аппетита, эмоциональная неустойчивость, психомоторная расторможенность

Продолжение таблицы

1	2	3
Астеноневротический и церебростенический синдром	III–IV	Раздражительность, головные боли, нарушение сна и аппетита. При умеренных клинических проявлениях — III группа, при выраженных — IV группа
Невроз (астенический, истерический, невроз навязчивых состояний)	III–IV	При кратковременных проявлениях — III группа, при длительных — IV группа
Логоневроз, энурез, тики, моторная навязчивость	III–IV	При умеренных проявлениях, не снижающих социальную адаптацию, — III группа, при более выраженных — IV группа
Патологическое развитие личности, психопатоподобные синдромы, невротическое развитие личности	III–IV	Неправильные формы поведения, квалифицированные детским психоневрозом; группа здоровья — в зависимости от выраженности клинических проявлений
Последствия органического заболевания центральной или периферической системы	III–IV	Двигательные, чувствительные и координационные нарушения без снижения функциональных возможностей — III группа, при снижении — IV группа
Гипертензионный– гидроцефальный синдром	III–IV	В стадии устойчивой компенсации и отсутствия клинических проявлений — III группа, при их наличии — IV группа
Эпилепсия, эпилептиформный синдром на фоне резидуальных органических поражений головного мозга	IV	
Задержка психического развития	III	
Умственная отсталость (легкая степень)	IV	

1	2	3
<p><i>Органа зрения</i></p> <p>Миопия слабой степени, астигматизм Гиперметропия средней степени, астигматизм</p>	II	<p>Миопическая рефракция от 0,5 до 3,0 Д или гиперметропическая рефракция от 3,25 до 6,0 Д в меридиане наивысшей аметропии на лучшем глазу. При остроте зрения с коррекцией не менее 1,0 на каждый глаз</p>
<p>Миопия средней и высокой степени, астигматизм</p>	III–IV	<p>Миопическая рефракция от 3,25 до 6,0 Д в меридиане наивысшей аметропии при остроте зрения с корреляцией от 0,5 до 0,9 на лучшем глазу — III группа. Миопическая рефракция от 8,25 Д и выше на лучшем глазу в меридиане наивысшей аметропии при остроте зрения с коррекцией на лучшем глазу не менее 0,5 — IV группа</p>
<p>Гиперметропия высокой степени, астигматизм</p>	III	<p>Гиперметропическая рефракция от 6,25 и выше в меридиане наивысшей аметропии при остроте зрения от 0,5 до 0,9 на лучшем глазу</p>
<p>Аккомодационное косоглазие</p>	II	<p>Без амблиопии при остроте зрения с коррекцией на оба глаза не менее 1,0 без нарушения бинокулярного зрения</p>
<p>Неаккомодационное косоглазие</p>	III–IV	<p>С учетом степени аномалии рефракции</p>
<p><i>Уха, горла, носа</i></p> <p>Аденоидные вегетации</p>	II–III–IV	<p>Небольшие аденоидные вегетации, слегка прикрывающие верхний край хоан и не препятствующие носовому дыханию — II группа; аденоиды II степени (хоаны прикрываются наполовину) — III группа; аденоиды III степени (хоаны прикрываются полностью) — IV группа</p>

Продолжение таблицы

1	2	3
Аденоидит хронический	III	Затрудненное носовое дыхание. Постоянный насморк, слизистые выделения по задней стенке глотки, длительный субфебрилитет — частые простудные заболевания
Гипертрофия небных миндалин II и III степени	II–III	При гипертрофии II степени (миндалины заполняют две трети пространства между дужками и язычком) — II группа; при гипертрофии III степени (миндалины соприкасаются между собой) — III группа
Искривление носовой перегородки	II–III	При отсутствии нарушения носового дыхания — II группа; при нарушении носового дыхания — IV группа
Ларингит хронический	III	
Отит хронический	III–IV	Наружный и средний отит — III группа; гнойный эпимезотимпанит — IV группа
Ринит хронический	III	
Синусит хронический	III	
Тонзиллит хронический	III–IV	Компенсированная форма (местные изменения небных миндалин и ангины или частые респираторные заболевания в анамнезе без общих патологических проявлений вне обострения) — III группа; декомпенсированная или токсико-аллергическая форма (местные изменения в миндалинах сопровождаются субфебрилитетом, тонзиллокардиальный синдром и др.) — IV группа
Фарингит хронический	III	

1	2	3
Тугоухость	II–III–IV	Односторонняя и двусторонняя I степени (восприятие шепотной речи от 1 до 5 м) — II группа; односторонняя II степени (восприятие шепотной речи до 1 м) и односторонняя III степени (шепотная речь не воспринимается), а также двусторонняя II степени — III группа, III степени — IV группа
Кохлеарный неврит	III–IV	Группа здоровья в зависимости от степени слуха (см. «Тугоухость»)
<i>Физического развития</i> Общая задержка физического развития	II	Длина тела меньше, чем M-2 δ , отставание в уровне возрастного развития по количеству постоянных зубов, степени оссификации скелета кисти, выраженности вторичных половых признаков (по сравнению с региональными стандартами) при отсутствии эндокринной патологии
Значительный дефицит массы тела	II	Масса тела меньше, чем M-2 δ по региональным стандартам (таблицам регрессии), без хронической патологии
<i>Опорно-двигательного аппарата</i> Нарушение осанки	II	Асимметрия плеч, боковые искривления позвоночника, сутуловатая, лордотическая, кифотическая, выпрямленная осанка
Сколиоз	III–IV	Сколиоз I, II степени (реберное выбухание или мышечный валик, угол искривления основной дуги позвоночника до 10° — I степени, 30° — II степени) — III группа; прогрессирующий сколиоз, а также сколиоз III–IV степени, мышечный валик, реберный горб и угол искривления от 30° до 50° (III степень) и более 50° (IV степень) — IV группа

1	2	3
Уплощение стопы	II	Нарушение опорной поверхности: перешеек стопы, соединяющий область пяточной кости с передней частью стопы, значительно расширен (до 2/3 общего поперечника стопы), на его внутренней стороне пальпаторно обычно определяется компенсаторный мышечный валик; линия наружного края стопы несколько выпуклая. Выраженность нарушения уточняется плантограммой
Плоскостопие	III	Нарушение опорной поверхности стопы; перешеек, соединяющий область пяточной кости с передней частью стопы, занимает почти всю ширину стопы

2.3. Медицинские противопоказания к обучению детей с 6-летнего возраста

Вопрос о возможности обучения шестилетнего ребенка в школе должен решаться с учетом наличия противопоказаний (Приказ МЗ РБ № 55 от 25.02.1998 г. «О совершенствовании медико-санитарного контроля за состоянием здоровья и условиями обучения детей 6-летнего возраста»).

Противопоказаниями к систематическому обучению детей 6-летнего возраста являются:

Заболевания, перенесенные на протяжении последнего года:

- 1) вирусные гепатиты;
- 2) пиелонефрит, диффузный гломерулонефрит;
- 3) миокардит неревматический;
- 4) ревматизм в активной фазе;
- 5) менингиты, энцефалиты, менингоэнцефалиты любой этиологии;
- 6) острые повторные длительно текущие респираторные заболевания;
- 7) туберкулез (все формы, включая вираж туберкулиновой пробы);
- 8) травматические повреждения и органические заболевания ЦНС;
- 9) тяжелые формы детских инфекционных заболеваний.

Хронические состояния и заболевания:

- 1) задержка психического развития;

- 2) задержка физического развития;
- 3) остаточные явления органического повреждения ЦНС (ДЦП), цереброастенический, гиперкинетический синдром;
- 4) эпилепсия, эпилептиформный синдром;
- 5) неврозы и неврозоподобные расстройства;
- 6) системные нарушения речи (ринолалия, дизартрия, алалия, общее недоразвитие речи);
- 7) эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз, тиреотоксикоз, врожденная дисфункция коры надпочечников, хроническая надпочечниковая недостаточность, болезни и синдром Иценко — Кушинга, гипо- и гиперпаратиреоз, несахарный диабет, преждевременное половое развитие, гипофизарный нанизм);
- 8) миопия с склонностью к прогрессированию (более 2,0 Д), косоглазие, требующее курсового плеопто-ортоптического лечения;
- 9) тонзиллит хронический (декомпенсированная форма);
- 10) синдром вегетативной дисфункции (симпатикотония, ваготония, по смешанному типу);
- 11) порок сердца ревматический или врожденный;
- 12) рецидивирующий бронхит, рецидивирующий обструктивный бронхит, хроническая пневмония (при обострении или отсутствии стойкой ремиссии в течение года);
- 13) бронхиальная астма тяжелого течения (при отсутствии стойкой ремиссии в течение года и наличии нарушений функции внешнего дыхания);
- 14) поллиноз (риноконъюнктивальный синдром) с круглогодичным аллергическим ринитом, осложненным полипозом, с носовыми кровотечениями;
- 15) атопический дерматит (распространенная форма);
- 16) язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический гастрит, хронический гастроуденит, хронический холецистит (в стадии неполной ремиссии, с частыми рецидивами);
- 17) муковисцидоз и другие наследственные заболевания;
- 18) болезни крови;
- 19) иммунодефицитные состояния;
- 20) другие хронические заболевания в стадии неполной ремиссии и с частыми рецидивами).

Во исполнение вышеназванного приказа в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья детей, обучающихся с 6-летнего возраста, следует обеспечить дополнительный профилактический осмотр в середине учебного года с использованием скрининг-тестов и привлечением, при необходимости, специалистов соответствующего профиля.

3. ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ И КОРРИГИРУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОГО ДЕТСКОГО САДА, ШКОЛЫ, СЕМЬИ

3.1. Оценка адаптации к школе

Поступление в школу — один из наиболее существенных критических периодов в жизни детей: изменяется привычный стереотип, возрастает психоэмоциональная нагрузка. От того, как пройдет адаптация на 1-м году обучения, во многом зависит работоспособность и успеваемость в последующие годы.

Затрудненную адаптацию среди сельских школьников можно ожидать у детей, имеющих хроническую патологию, недостаточный уровень функциональной готовности к школьному обучению, отставание биологического развития.

Поиск информативных и объективных физиологических и социально-психологических критериев адаптации, оценка течения адаптации чрезвычайно важны, так как они позволяют своевременно диагностировать дезадаптацию, выяснить ее причины и провести соответствующие корригирующие мероприятия.

Оптимальный срок адаптационного периода — 1–1,5 мес. В зависимости от факторов, влияющих на характер его протекания, уровень адаптации может быть разным. Для установления степени ее выраженности и провоцирующих факторов, учителю предлагается «Карта адаптации» (Кушнир Н.Я., 1995). В ее структуру входят симптомокомплексы физиологической адаптации (ФА) и дезадаптации (ФДА), симптомокомплексы социально-психологической адаптации (СПА) и дез-адаптации (СПДА). Обучая и общаясь с детьми, учитель наблюдает за своими воспитанниками в течение месяца, а затем оценивает степень выраженности симптомов адаптации: сильная, средняя, слабая, отсутствует.

В зависимости от степени выраженности симптомов и их сочетания различают следующие формы адаптации — дезадаптации:

1. Норма — благоприятное протекание адаптации, сопровождающееся слабой выраженностью или отсутствием негативных симптомов дезадаптации.

2. «Скрытые» формы дезадаптации.

1-я степень — начальная форма «скрытой» дезадаптации:

– *симптомы ФДА*: средний уровень работоспособности, сниженный эмоциональный тонус, частичная расторможенность, периодическая раздражительность, плаксивость, повышенная утомляемость;

– *симптомы СПДА*: неустойчивое желание ходить в школу, старателен, но медленно включается в учебный процесс, активность сменяется пассивностью, адекватно реагирует на замечания; прогресса или спада в обучении не наблюдается; в поведении наблюдается тревожность, неуверенность, бывает несобран, не стремится к общению с учителем; в общении с детьми проблем не наблюдается, чаще всего бывает в подчинительной позиции.

КАРТА АДАПТАЦИИ

Фамилия, имя ребенка _____ Возраст _____
 Уровень подготовленности к школе _____
 Школа _____ Класс _____
 Дата _____

№ п/п	Симптомы нормальной адаптации; школьной дезадаптации	Степень выраженности			
		сильная	средняя	слабая	отсутствует
1	2	3	4	5	6
	<i>Физиологическая адаптация</i>				
1.	Работоспособность				
2.	Уравновешенность				
3.	Жизнерадостность, оптимистичность				
4.	Внимательность, сосредоточенность				
5.	Хороший аппетит				
6.	Нормальный сон				
	<i>Физиологическая дезадаптация</i>				
1.	Утомляемость				
2.	Тревожность, неуверенность, заторможенность				
3.	Импульсивность, расторможенность в поведении				
4.	Плаксивость, раздражительность, обидчивость				
5.	Невнимательность, не может длительно на чем-либо сосредоточиться				
6.	Жалуется на головные боли				
7.	Жалуется на тошноту, боли в животе				
8.	Отсутствует аппетит				
9.	Плохой сон				
10.	Заикается, запинаясь				
11.	Грызет ногти, излишне беспокоен				
12.	Засыпает на уроке				

1	2	3	4	5	6
	<i>Социально-психологическая адаптация:</i> <i>А) к учебной деятельности</i>				
1.	С желанием ходит в школу				
2.	Старателен, усидчив, безболезненно реагирует на неудачи				
3.	Адекватно реагирует на замечания				
4.	Активен, интерес к заданию длителен				
5.	Задания выполняет самостоятельно				
6.	Быстро включается в учебный процесс				
7.	Ровная успешность в обучении				
8.	Прогресс в успешности обучения				
9.	Аккуратен, поддерживает порядок на парте				
	<i>Б) к общению со сверстниками, учителем</i>				
1.	Дружелюбен, доброжелателен к детям				
2.	Вступает в контакт со всеми детьми				
3.	Пользуется симпатией у детей				
4.	Активен, эмоционален в совместной игре				
5.	В учебной деятельности стремится к руководству детьми				
6.	Не навязывает учителю свое общение				
7.	Приветлив, стремится к общению с учителем				
	<i>Социально-психологическая дезадаптация:</i> <i>А) к учебной деятельности</i>				
1.	Негативно относится к школе (отказывается ходить в школу)				
2.	Пассивен, быстро теряет интерес к заданию				

1	2	3	4	5	6
3.	Отказывается выполнять задания				
4.	Нестарателен, равнодушен к неудачам				
5.	Негативно (плачет) относится к замечаниям				
6.	Формально присутствует на уроке, на просьбу отвечать — молчит				
7.	Нуждается в помощи и контроле со стороны учителя				
8.	Медленно включается в учебный процесс				
9.	Отмечается спад успехов в обучении				
10.	Внешне неряшлив, несобран, разболтан				
	<i>Б) к общению со сверстниками, учителям</i>				
1.	Агрессивен к детям (кричит, угрожает, жалуется учителю)				
2.	Ссорится, обзывает детей				
3.	Ведет себя несоответствующим образом (дерется, кусается, царапается)				
4.	Отказывается от контакта с детьми (сидеть за одной партой, идти в паре)				
5.	Уходит от активного участия в игре (стремится к одиночеству)				
6.	Требует сверхвнимания к своей особе				
7.	Избегает общения с учителем				
8.	Кривляется, паясничает, стремится обратить на себя внимание				
9.	Никогда ни с кем не здоровается				
10.	В совместной учебной деятельности с детьми создает конфликтную ситуацию				

II степень — прогрессирующая форма «скрытой» дезадаптации:

– *симптомы ФДА*: низкая работоспособность, высокая утомляемость, не может сосредоточиться, наблюдается эмоциональная подавленность, тревожность, плаксивость, обидчивость, раздражительность; иногда жалуется на головную боль, тошноту, боли в животе; плохой аппетит и сон; редко, но грызет ногти; делает стереотипные движения (крутит волосы вокруг пальца), запинаясь при ответах.

– *симптомы СПДА*: негативное отношение к школе, пассивен на уроке, «присутствует», на просьбу отвечать — молчит, равнодушен к неудачам; медленно включается в учебный процесс; нуждается в постоянном контроле и помощи со стороны учителя; болезненно реагирует на замечания; отмечается спад успехов в обучении; избегает общения с учителем, предпочитает одиночество, не пользуется симпатией у детей; эпизодически наблюдается агрессивность к детям как защитная реакция организма.

3. «Открытые» формы дезадаптации

III степень — начальная форма «открытой» дезадаптации:

– *симптомы ФДА*: средненизкий уровень работоспособности, импульсивность, расторможенность, не может длительно сосредоточиться, снижен эмоциональный тонус, плаксив, обидчив; снижен аппетит, беспокойный сон;

– *симптомы СПДА*: особого желания ходить в школу не наблюдается; на уроке несобран, не стремится к порядку на столе; быстро теряет интерес к заданиям, болезненно реагирует на замечания; нуждается в помощи и контроле со стороны учителя; прогресса и спада в обучении не наблюдается; избегает общения с учителем; периодически бывает агрессивен; с детьми ссорится; в учебной деятельности иногда создает конфликтную ситуацию.

IV степень — прогрессирующая форма «открытой» дезадаптации:

– *симптомы ФДА*: низкая работоспособность, высокая утомляемость, импульсивность, расторможенность в поведении; неуравновешен, не может сосредоточиться, эмоциональный тонус непостоянен: плаксивость, раздражительность переходят в агрессивность, снижен аппетит, нарушен сон, грызет ногти;

– *симптомы СПДА*: негативное отношение к школе, учителю, быстро теряет интерес к заданиям, отказывается их выполнять, нестарателен, равнодушен к неудачам, негативно относится к замечаниям, «мешает» на уроке, нуждается в постоянном контроле; отмечается спад в обучении. В общении с учителем проявляет демонстративность, кривляется, паясничает, отказывается выполнять требования учителя, в совместной игровой и учебной деятельности создает конфликтную ситуацию, в общении с детьми агрессивен, драчлив (кусается, царапается), обзывает детей, жалуется учителю.

Если учитель своевременно не обратит внимания на вышеназванные симптомы и их проявление на первых этапах обучения, начальные формы «открытой» и «скрытой» дезадаптации могут перейти в прогрессирующие, последует развитие синдрома «адаптационной болезни», приводящей к ухудшению состояния здоровья, невротическим срывам, спаду успешности в учебной деятельности.

3.2. Медико-педагогическая коррекция детей с недоразвитием школьно-необходимых функций

Особенностью сельской школы является тот факт, что среди поступивших в подготовительные классы 6-летних детей встречается значительный процент учащихся с низким уровнем развития школьно-необходимых функций и медико-педагогическую коррекцию выявленных нарушений приходится проводить на первом году обучения.

Дети, не готовые к обучению, о чем делается вывод по всей сумме показателей соматопсихологического развития, должны оставаться в детском саду. По отношению к ним максимально широко могут и должны применяться коррекционные мероприятия.

В зависимости от степени развития школьно-необходимых функций медработник совместно с педагогом проводит предварительный отбор группы «школьно-незрелых» детей с последующей дифференцировкой их по уровню и степени недоразвития школьно-необходимых функций — моторики кисти, навыка письма, речи. В зависимости от степени развития школьно-необходимых функций детям назначаются специальные корригирующие упражнения. Как правило, у детей, еще не готовых к школе, наблюдается отставание в развитии моторики и фонетики.

Коррекция речи должна по возможности проводиться логопедом, так как благодаря данным занятиям 75% детей достигают функциональной готовности к обучению в школе (без логопедической коррекции только 28%).

Большое значение имеют занятия, развивающие движения кисти и общую моторику:

– *Для развития общей моторики:* упражнения со скакалкой, игра в классики (для девочек и мальчиков в одинаковой степени), игра с мячом, катание на велосипеде, коньках, лыжах, подвижные игры на свежем воздухе, максимальное использование оборудования детских спортивных площадок в детских садах; по рекомендации педиатра — занятия в детских спортивных секциях.

– *Для развития тонкой моторики (ручной), координации движений рук* хороши игры с мелкими предметами (конструирование, аппликация), рисование, рукоделие (вязание, художественное плетение — макраме), различные виды ручного труда.

Большую роль в развитии моторики, особенно тонкой, играет самообслуживание. Застегивание пуговиц, молнии, завязывание шнурков, узелков на платке и др. — ежедневная, систематическая тренировка для пальцев рук.

Развитие двигательных навыков, особенно тонких движений пальцев рук, оказывает существенное влияние на развитие мозга и речи, что очень важно при подготовке детей к обучению в школе.

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

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

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

Совершенствовать координацию движений рук помогают ежедневные специальные физические упражнения. Это переключивание, а затем и перебрасывание мяча из руки в руку; подбрасывание мяча на разную высоту и ловля его двумя и одной рукой; ловля мяча после длительных движений (хлопка в ладоши перед собой, за спиной, поворота на 180°, приседания).

Проверять эффективность их выполнения следует с помощью контрольных упражнений:

1. Удар мяча о пол и ловля его после отскока хватанием снизу и сверху.
2. Удар мяча об пол стоя на месте, затем передвигаясь в разных направлениях, ловить поочередно каждой рукой, затем обеими.
3. Броски мяча о стену с расстояния 1,5–2 м и ловля его двумя, а затем одной рукой. Темп бросков постепенно ускорять.
4. Метание в цель, расположенную на высоте 1 м, 1,5 м, 2 м. Мячи разного диаметра попеременно правой и левой рукой.

Упражнения для развития ручной ловкости

1. Исходное положение (И.П.) — стоя или сидя, руки вытянуты перед грудью, пальцы разведены. Сильно сжать пальцы и кулаки, задержаться в этом положении на 3 сек, затем разжать, расслабить кисти и встряхнуть ими. Повторить 4–6 раз.
2. И.П. — стоя или сидя, руки вытянуты перед грудью, пальцы правой руки сжаты в кулак. Разжать пальцы правой руки и одновременно сжать в кулак пальцы левой руки, вернуться в И.П. Повторить 20 и более раз, повышая темп.
3. И.П. — стоя или сидя, ладони вместе, пальцы переплетены. Попеременно сгибать и разгибать пальцы. Повторить 20–30 раз.
4. И.П. — сидя, руки с разведенными пальцами лежат на ровной горизонтальной поверхности. В течение 30–60 сек поочередно постукивать пальцами по опоре то одной, то другой руки, то обеих рук сразу.
5. И.П. — стоя или сидя, руки сомкнуты перед собой. Касаться большим пальцем поочередно указательного, среднего, безымянного, мизинца. Темп выполнения и сила надавливания постепенно возрастают. Повторить 15–20 раз.
6. И.П. — стоя или сидя, ладони вместе, пальцы переплетены. Сгибать и разгибать кисти в лучезапястных суставах. Повторить 10–20 раз.
7. И.П. — то же, что в упражнении 1. Развернуть ладони наружу, вернуться в И.П. Повторить 15–20 раз.
8. И.П. — стоя или сидя, руки согнуты в локтях, разведены в стороны, расслабленные кисти свободно опущены. Потряхивая руками, сгибать и разгибать расслабленные кисти. Повторить 15–20 раз.
9. И.П. — стоя или сидя, руки согнуты в локтях перед грудью, ладонями кверху. Потряхивая руками, сгибать и разгибать расслабленные кисти. Повторить 15–20 раз.

Комплекс упражнений по развитию ручной ловкости рекомендуется применять на физкультурных паузах во время занятий письмом, рисованием, требующих большой нагрузки на мелкие мышцы кисти и высокой точности движений.

Комплекс упражнений на развитие координации движений рук следует использовать на физкультурных занятиях и как домашние задания.

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

3.3. Организация физического воспитания сельских учащихся

Воздействие физических упражнений проявляется по-разному в зависимости от их подбора, методики выполнения и дозировки. Оно бывает общим и специальным. Общее воздействие проявляется в активизации всех функций организма, а специальное — в направленной коррекции функции отдельного органа и системы, нарушенной болезнью, или в развитии компенсации.

На занятиях физической культурой целесообразны два вида двигательного режима: тонизирующий (поддерживающий) и тренирующий. По физиологическому воздействию тонизирующий режим поддерживает и стимулирует функциональные возможности основных систем организма (используются физические упражнения умеренной и большой интенсивности).

Тренирующий режим нацелен на повышение работоспособности и функциональных возможностей организма (физические упражнения большой, субмаксимальной и максимальной интенсивности). Такие нагрузки строго дозируются.

Специфика условий среды (отдаленность сельских школ от места жительства учащихся, доступность использования школьного участка, постоянная работа на приусадебном участке дома) благоприятно сказывается на развитии у сельских школьников мышечной силы и выносливости. Вместе с тем, уровень их скоростно-силовых и координационных качеств уступает городским сверстникам.

Одной из причин слабой физической подготовленности сельских школьников является недостаточная организация физического воспитания на селе по сравнению с городом. Так, преподавание физкультуры в начальных классах, как правило, осуществляется учителями, не имеющими специального физкультурного образования, в сельских школах слабее материально-техническая база, недостаточная обеспеченность спортивным инвентарем, хуже организована внеклассная оздоровительная работа.

Суточная двигательная активность сельских детей в течение дня распределяется иначе, чем у городских школьников, — 75% ее реализуется в первой половине дня. Находясь в школе, сельские дети совершают в 1,2–1,8 раза больше движений, чем городские. Это объясняется, в основном, спецификой условий игровой деятельности, позволяющей удовлетворить потребность в движениях самостоятельно, чаще на открытом воздухе. На долю уроков физической культуры у сельских детей приходится в среднем 8–14%, а максимально — 32–38% общего суточного объема движений. Мальчики проявляют наибольшую двигательную активность при проведении подвижных игр, девочки более деятельны при занятиях гимнастикой. Отмеченные особенности проявлений двигательной активности детей необходимо учитывать при ее организации. Особое внимание следует обратить на развитие двигательных координаций, так как это основной путь обогащения ребенка разнообразными формами движений.

Существование различий двигательных режимов для первоклассников, начинающих обучение в школе, и в детском дошкольном учреждении неоправданно. Наличие одинаковых программ по предметам в первых классах школ и детских дошкольных учреждений требует унификации двигательных режимов. Унифицированный двигательный режим, вобравший преимущества двигательных режимов школы и детского сада, приемлем для внедрения при любой форме организации учебного процесса младших школьников. Его реализация осуществляется введением ежедневных гимнастики до занятий, физкультминуток на уроках, динамической перемены на открытом воздухе после 2-го урока, гимнастики после дневного сна, спортивного часа во второй половине дня и трех еженедельных уроков физкультуры.

Двигательные приспособительные возможности младших школьников особенно отчетливо проявляются в их способности овладевать мышечными координациями, осваивать трудовые и прикладные движения. Развитие координационных способностей в значительной мере определяет успешность овладения письмом, чтением, счетом. Установлена существенная взаимосвязь среднегодового балла школьной успеваемости учащихся с быстротой движений, способностью к сохранению равновесия при передвижении, а также способностью к длительному удержанию статических поз. Вместе с тем, обучение этим двигательным действиям младших школьников недостаточно. *Неравномерность моторного развития* особенно характерна для сельских школьников.

Формирование компонентов тех или иных координаций связано с применением различных в композиционном и качественном отношении движений. Используемые в процессе физического воспитания упражнения могут быть объединены в следующие группы:

1. *Упражнения на статическую координацию* способствуют поддержанию устойчивого положения тела и сохранению правильной осанки. К ним относятся упражнения с уменьшенной площадью опоры, стояние на носках обеих ног с различными положениями рук, стояние на одной (правой, левой) ноге с открытыми и закрытыми глазами; выполнение равновесия на правой, левой ногах; ходьба на носках по гимнастической скамейке с грузом на голове.

2. *Упражнения на динамическую координацию преимущественно рук* способствуют укреплению мышц рук, улучшают кровообращение в верхних конечностях. Такими упражнениями являются ловля и передача мяча, попадание мячом в цель, метание на дальность, точность, выполнение маховых движений руками.

3. *Упражнения на динамическую координацию в целом* способствуют улучшению кровообращения во всем организме, усиливают дыхание, укрепляют мышцы брюшного пресса, ног, туловища, развивают гибкость, подвижность в суставах, повышают обменные процессы. К этим упражнениям можно отнести различные повороты, ходьбу, бег, прыжки, кувыркания, перекаты, наклоны, танцевальные движения, лазания, перелезания, переползания, упражнения на внимание.

4. *Упражнения на быстроту выполнения* способствуют укреплению мышц нижних и верхних конечностей, усиливают кровообращение в работающих мышцах и органах, делают ребят более ловкими и подвижными,

повышают скорость реагирования. К ним можно отнести различные беговые эстафеты и игры, выполнение движений одной (правой, левой), двумя руками, при этом дается задание выполнить движение быстро.

5. *Упражнения на одновременность двигательных движений* помогают сконцентрировать внимание на каком-то согласованном действии. Упражнениями для этого вида координации могут быть ходьба обычная с хлопком в ладоши под левую (правую) ногу; бег с хлопком в ладоши в такт левой (правой) ноги; одновременное выполнение движений двумя руками, одновременные движения рукой и ногой в заданном ритме и темпе. Эти упражнения укрепляют мышцы ног, рук, улучшают кровообращение, способствуют концентрации внимания.

6. *Отчетливость изолированных движений* — вид координации, требующий дифференцировочного торможения. Формирующие его упражнения учат отчетливо, экономно, с наименьшей затратой сил выполнять изолированные движения, избирательно использовать для этого отдельные мышечные группы. Упражнениями в этом виде координации могут быть различные манипуляции пальцев и кистей рук, вращательные движения пальцев рук друг около друга.

При составлении плана-конспекта к уроку необходимо подбирать упражнения на все шесть видов координаций. При этом нельзя забывать о том, что избирательных на отдельные виды координации упражнений мало, большинство упражнений способствуют развитию нескольких видов координации. Например, ходьба на месте с различными движениями рук развивает динамическую координацию и одновременность двигательных действий. Эстафета «Посадка картофеля» способствует развитию быстроты движения, развивает динамическую координацию в целом. Игра «Охотники и утки» охватывает развитие таких компонентов моторики, как динамическая координация в целом и преимущественно рук, быстрота действий. Ловля и передача мяча на месте способствуют развитию не только динамической координации рук, но и быстроты выполнения движений. Наиболее благоприятный эффект достигается при использовании физических упражнений на все виды координации в одинаковом по времени соотношении.

Особое внимание должно быть уделено формированию быстроты выполнения, одновременности и отчетливости двигательных действий, отставание в которых у сельских школьников наблюдается в 2–3 раза чаще по сравнению с городскими.

Упражнения на быстроту выполнения. При проведении этих упражнений следует добиваться максимальной скорости движений.

1. И.П. — стойка на первой (нижней) рейке гимнастической лестницы, взявшись руками за рейку на уровне плеч. На счет 1–4 приставными шагами вправо пройти один пролет, переступить на следующий пролет, подняться на вторую рейку и соответственно перехватить руки. На 5–8 повторить то же, что на счет 1–4, и т.д. Повторить 5–6 раз.

2. И.П. — то же, что упражнение 1. Влезть по вертикальной стенке вверх до заданного предела. Прodelать то же, но влезть по диагонали своего пролета, а слезать по диагонали другого пролета. То же, но влезть по диагонали всей стенки. Повторить 3–4 раза.

3. Ведение большого резинового мяча одной (правой, левой) рукой на месте и в движении.

4. Ловля и передача большого мяча на месте и в движении одной (правой, левой) и двумя руками. Кто выполнит больше передач за определенный промежуток времени.

5. И.П. — О.С. На полу перед каждым учеником в круге диаметром 1 м рассыпаны счетные палочки. По сигналу преподавателя школьники, присев, начинают по одной собирать палочки. Кто быстрее соберет больше палочек одной (правой, левой) рукой за минимальное время.

6. То же, что упражнение 5, только выполнять на четвереньках.

Упражнения на одновременность выполнения.

1. Ходьба на месте. 1 — правая рука к плечу. 2 — левая рука к плечу. 3 — правая рука вверх. 4 — левая рука вверх. 5–8 — возвращаемся в И.П. Повторить 3–4 раза.

2. И.П. — О.С. 1–8 — прыжки на правой ноге с вращением обеих рук в плечевых суставах. 1–8 — то же, прыжки на левой ноге. Это упражнение можно выполнять с вращением одной (правой, левой) руки в плечевом суставе. Повторить прыжки 3–4 раза.

3. То же, что упражнение 2, только с прыжками «ноги врозь — вместе». Повторить 3–4 раза.

4. То же, что упражнение 2, только с прыжками на обеих ногах на месте. Повторить 3–4 раза.

5. Бег на четвереньках. Повторить 2–3 раза.

6. И.П. — О.С. 1 — поднять вперед правую ногу, согнутую в коленном суставе, левой рукой коснуться стопы правой ноги впереди. 2 — И.П. — проделать то же левой ногой и правой рукой. 5–8 — проделать то же, только нога идет согнутой назад. Повторить 3–4 раза.

7. Ходьба (бег) с хлопком в ладоши под левую ногу.

Упражнения на отчетливость выполнения

1. И.П. — руки перед грудью. 1–8 — вращение указательных пальцев друг около друга по часовой стрелке. 1–8 — то же против часовой стрелки. Повторить 4–6 раз.

2. И.П. — О.С., закрыть глаза. Указательными пальцами обеих рук поочередно коснуться кончика носа. Повторить 5–7 раз.

3. То же, что упражнение 1, только с вращением кистей рук. Повторить 5–7 раз.

4. Выпрямить пальцы и развести их врозь. Согнуть пальцы в суставах двух первых фаланг, удерживать 2–3 сек и разогнуть.

5. Выпрямить соединенные пальцы. Отвести в сторону одновременно указательный палец и мизинец. Соединить пальцы. Теперь отвести в сторону соединенные вместе указательный и средний пальцы от безымянного и мизинца. Повторить 3–4 раза.

6. Развести пальцы врозь. Поочередно коснуться концом большого пальца кончиков других пальцев, начиная с мизинца. Постепенно убыстрять темп, пальцы стараться не сгибать. Повторить 5–7 раз.

7. Выпрямить пальцы, соединив их вместе. Последовательно, начиная с мизинца, согнуть (веером) пальцы в кулак и в обратном движении разогнуть их в И.П. То же проделать, начиная с большого пальца. Повторить 4–7 раз.

Самостоятельность и инициатива, связанные с участием в подвижных играх, у девочек слабо выражены, что объясняется их меньшим интересом к характерным для мальчиков видам двигательной деятельности (игра в футбол, легкоатлетические упражнения). Таким образом, девочки больше нуждаются в активном вовлечении в организованные формы движений путем использования специально подобранных подвижных игр и развлечений.

Проведение подвижных игр и развлечений способствует повышению моторной плотности перерыва между уроками на 35–75% по сравнению с самостоятельно проведенной переменной, закрепляет двигательные навыки, полученные на уроках физической культуры, и обеспечивает поддержание устойчивого уровня работоспособности. Игры и спортивные развлечения, конкурсы, игровые поединки и на переменах можно проводить как вместе, так и отдельно для мальчиков и для девочек.

При дифференцированном подборе физических упражнений для мальчиков следует выбирать упражнения и игры, способствующие развитию выносливости, ловкости, смекалки, позволяющие померяться силой. Для девочек следует использовать более плавные движения. Например, такой вид упражнений, как приседание, для мальчиков во 2-м классе может быть проведен в форме приседания на одной ноге, а для девочек — с плавным подыманием и опусканием рук. При выполнении упражнений на сопротивление во 2–3 классах в парах (стоя на одной ноге, обе руки сопоставлены с руками партнера) мальчикам указывается на необходимость выполнения движения с максимальным усилием, для девочек добавляется плавное, одновременное, попеременное движение руками с поворотами головы в сторону выполняющей руки.

Приводим примерный перечень рекомендуемых для проведения во время перемен подвижных игр с учетом специфического воздействия на развитие отдельных видов координаций:

Для мальчиков:

– на статическую координацию: «Бой петухов», «Поединок на бревне», «Сильная хватка», «Равновесие», «Столкни»;

– на динамическую координацию преимущественно рук: «Метко в цель», «Подвижная цель», «Метание мешочков», «Перехват мяча», «Борьба за мяч», «Охотники и утки»;

– на динамическую координацию в целом: «Подсечка», «Попрыгушки–воробышки», «Скакуны», «Челнок», «Волк во рву», «Два мороза», «Старт за мячом», «Эстафета с передвижением спиной вперед»;

– на быстроту выполнения: «Проворные мотальщики», «Посадка картофеля», «Эстафета с обручами»;

– на одновременность выполнения: «Все наоборот», «Салки в парах».

Для девочек:

– на статическую координацию: «Карлики и великаны», «Подними шишку», «Равновесие», «Поединок», «Ходьба по брускам»;

– на динамическую координацию преимущественно рук: «Метко в цель», «Передал — садись», «Попади в мяч», «Мяч ловцу»;

– на динамическую координацию в целом: «Удочка», «Часовые и разведчики», «Челнок», «Заяц без логова», «Два – третий лишний», «Салки дай руку», «Ручеек», «Совушка», «Ходьба в лабиринте», «Шишки, желуди, орехи»;

– на быстроту выполнения: «Успей взять», «Проворные мотальщики», «Двенадцать палочек», «Посадка картофеля», «Эстафета с обручами (булавами)», «Сбор урожая»;

– на одновременность выполнения: «Кто быстрее на четвереньках», «Эстафета с мячом».

Перечисленные игры могут быть использованы также на уроках физической культуры и во внеклассной работе.

Эффективность проведения подвижных перемен во многом зависит от правильного дозирования физической нагрузки. Чрезмерность последней может явиться одной из причин снижения умственной работоспособности на последующих уроках. Проведение 20–30-минутной «подвижной» перемены на открытом воздухе позволяет реализовать в среднем до 10% суточного объема движения школьников. При выполнении упражнений необходимо делать перерывы, паузы для отдыха, внимательно следить за проявлением у детей внешних признаков утомления. При обнаружении таких явлений, как чрезмерно учащенное дыхание, скованность движений, расстройство координации, следует уменьшить нагрузку, переключить учащихся на деятельность, не связанную с интенсивной мышечной нагрузкой. В тех случаях, когда конец урока физкультуры в каком-либо из младших классов совпадает с началом проведения общешкольной подвижной перемены, не следует привлекать данную группу учащихся к активному выполнению физических упражнений. Нужно предоставить этим детям возможность провести перемену самостоятельно под наблюдением учителя.

Особое внимание следует обратить на организацию физического воспитания учащихся подготовительной медицинской группы, к которой дети могут быть отнесены на основе комплексной оценки здоровья. Считаем целесообразным разделить ее на три подгруппы: *А*, *Б* и *В*.

В подгруппу А входят учащиеся, для которых физическая нагрузка обусловлена состоянием сердечно-сосудистой системы (нарушения сердечного ритма, синусовая тахикардия, брадикардия, единичная желудочковая или узловая экстрасистолия, синдром реполяризационных нарушений «малое сердце», гипертоническая болезнь I стадии, недостаточность митрального клапана (не ранее чем через 2 года после атаки), синдром пролапса митрального клапана; ревматизм, неактивная фаза, с пороком или без него (не ранее чем через год); реконвалесценция после перенесенного ревматического миокардита (не ранее чем через год после приступа, при отсутствии клинических признаков поражения сердца и суставов); миокардиодистрофия инфекционно-токсического происхождения (не ранее чем через 6 мес. при отсутствии клинических признаков поражения сердца); кардиотонзиллярный синдром (по истечении одного года); вегетососудистая дистония, энурез); патологией органов зрения (острота зрения без коррекции ниже 0,5 Д на лучше видящем глазу, не менее 0,2 — на хуже видящем); рефракция миопическая или гиперметропическая более 3,0 Д (исключаются спортивные тренировки и соревнования)); хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей при умеренных

нарушениях носового дыхания, хроническими катаральными воспалениями среднего уха (частичное отсутствие носового дыхания (структура носовых ходов, катаральные субатрофические, атрофические процессы, искривление носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин, синехии в носовой полости и др.); серозные, катаральные гаймориты и фронтиты, хронический отит при отсутствии нарушений функции слуха; хроническая пневмония (через 1–2 мес. после обострения при отсутствии дыхательной недостаточности); хронический пиелонефрит в стадии ремиссии; незначительные носовые кровотечения; бронхиальная астма (не ранее чем через год после последнего приступа при отсутствии явлений дыхательной недостаточности в состоянии покоя и при физических нагрузках)).

При этих заболеваниях используются физические нагрузки, направленные преимущественно на развитие общей выносливости. Основными средствами являются ходьба, дозированный бег умеренной интенсивности, плавание, упражнения на тренажерах, подвижные и спортивные игры (по упрощенным правилам), упражнения на развитие равновесия, дыхательные упражнения, средства закаливания, самомассаж, водные процедуры.

Для подгруппы А не существует противопоказаний при выполнении следующих нормативов: наклон туловища из положения сидя; подтягивание на перекладине (для мальчиков), челночный и 6-минутный бег. *Не рекомендуется выполнять прыжки в длину с места и поднимать туловище (для девочек) из положения лежа.*

В подгруппу Б входят учащиеся с заболеваниями, при которых выбор нагрузки обусловлен состоянием органов брюшной полости, малого таза, степенью проявления болевого синдрома (дискинезии желчевыводящих путей, вне зависимости от частоты обострений, по гипо- или гиперкинетическому типу; хронический гастродуоденит; хронический гастрит, энтерит, колит; остаточные явления после операции на органах брюшной полости; паховая грыжа, аппендицит — в течение 6 мес. после возобновления занятий; хронические воспаления половых органов в стадии ремиссии, эндокринные заболевания (гипертиреозы, диабет, ожирение)). При этих заболеваниях можно выполнять упражнения для улучшения осанки, укрепления мышц брюшного пресса и тазового дна, дыхательные упражнения, необходимы массаж, самомассаж, водные процедуры.

Школьники из подгруппы Б могут выполнять челночный и 6-минутный бег. *Не следует* делать наклоны туловища из положения сидя, подтягиваться на перекладине (для мальчиков), поднимать туловище из положения лежа (для девочек), прыгать в длину с места.

В подгруппу В входят учащиеся с заболеваниями и анатомическими дефектами опорно-двигательного аппарата; отстающие в физическом развитии (при массе и росте в пределах минус d по сравнению с возрастными стандартами); с деформацией суставов и позвоночника, нарушениями осанки, плоскостопием, остаточными явлениями и последствиями закрытых травм черепа (не ранее чем через год после занятий в специальной группе). *При этих заболеваниях физические нагрузки подбирают строго индивидуально.*

Правильное дозирование физической нагрузки имеет значение в условиях сельской школы. Особенностью двигательного режима сельских детей является необходимость ежедневных (в среднем около 3,4 км в оба конца) пеших переходов в школу. Ходьба в пределах 1–1,5 км оказывает стимулирующее воздействие на детский

организм, играя роль своеобразной гимнастики. При большей продолжительности ходьбы (свыше 2,5 км) у школьников 1–2 классов возникают признаки утомления, отмечается снижение результатов выполнения контрольных физических упражнений, общей работоспособности. В связи с этим в сельских школах нельзя проводить физическую культуру первым и последним уроками, включать эти уроки в расписание школьных занятий в первый и последний дни недели, когда в школу приходят и уходят ученики, проживающие в интернате. Кроме того, требуется учитывать индивидуальную утомленность детей от перехода в школу.

Распределение обязанностей педагогов и медицинских работников в процессе физического воспитания

Для создания оптимальных условий физического воспитания, обеспечивающих необходимый уровень моторного развития младших школьников, требуется четкая организация, правильное распределение и неуклонное выполнение соответствующих обязанностей учителями начальных классов, воспитателями групп продленного дня, преподавателями физического воспитания и обслуживающими школы медицинскими работниками.

1. Учителя физической культуры

1.1. Совместно с администрацией отвечают за создание необходимых условий, соблюдение гигиенических требований и полноту внедрения в режим учебного дня учащихся различных форм физического воспитания.

1.2. Обеспечивают приобретение необходимого спортивного инвентаря.

1.3. Оказывают повседневную методическую помощь учителям начальных классов, консультируют их в вопросах определения уровня моторного развития учащихся, оказывают содействие в целенаправленном подборе включаемых в план-конспект уроков физкультуры упражнений с учетом необходимости гармоничного совершенствования различных видов координаций.

1.4. Составляют план и руководят проведением общешкольных подвижных перемен.

1.5. Готовят для работы с младшими школьниками физкультурный актив из числа старшекласников.

2. Учителя младших классов

2.1. Изучают особенности развития и состояния здоровья каждого ребенка, руководствуясь «Медицинским листком класса».

2.2. Вместе с учителем физкультуры определяют уровень развития двигательных качеств учащихся, оценивая их по местным возрастным стандартам.

2.3. Ежедневно используют разнообразные формы физического воспитания в учебно-воспитательном процессе. При появлении признаков утомления проводят физкультпаузы во время уроков.

2.4. Планируют уроки физической культуры с учетом особенностей двигательного поведения младших школьников. Для обеспечения соответствующей возрасту учащихся моторной зрелости предусматривают использование в первую очередь упражнений, способствующих формированию быстроты движения, одновременности и отчетливости двигательных действий.

2.5. Обеспечивают участие класса в проведении общешкольной подвижной перемены.

2.6. Дежурные учителя совместно с физкультурным активом организуют подвижные игры во время перемены, обеспечивают целесообразный подбор этих игр с учетом необходимости вовлечения в них в первую очередь девочек. Регулируют интенсивность двигательной деятельности детей во время перемен, ориентируясь по внешним признакам утомления.

2.7. Проводят разъяснительную работу с родителями.

3. Воспитатели групп продленного дня

3.1. Обеспечивают каждодневные занятия физической культурой не менее одного часа путем организации различных подвижных и спортивных игр с учетом особенностей двигательного поведения детей в зависимости от пола.

3.2. Организуют активный отдых учащихся во время приготовления домашних заданий.

3.3. Способствуют насыщению внеучебного времени упражнениями, направленными на формирование у детей отстающих в развитии двигательных качеств.

4. *Медицинские работники (медицинские работники учебно-воспитательных учреждений, врачи сельских врачебных участков и работники фельдшерско-акушерских пунктов)*

4.1. Согласовывают план школьных физкультурно-оздоровительных мероприятий.

4.2. На основании результатов медицинских осмотров представляют учителям младших классов сведения о детях с отклонениями в состоянии здоровья, составляют «Медицинские листки здоровья» по классам, указывая: а) фамилию, имя; б) диагноз; в) группу по физической культуре; г) рекомендации.

4.3. Ежеквартально посещают уроки физкультуры и проводят их оценку, обращая внимание на дифференцированное, с учетом особенностей двигательного режима использование во время этих уроков специальных физических упражнений.

4.4. Следят за внедрением в режим учебного дня физкультпауз и подвижных игр на переменах с первоочередным вовлечением девочек в организованные формы двигательной деятельности.

4.5. Принимают участие в обсуждении на педагогических советах вопросов эффективности использования различных форм физического воспитания в процессе оздоровления детей.

4.6. Проводят гигиеническое обучение педагогов, родителей и учащихся по вопросам оздоровительного воздействия физических нагрузок.

5. Работники центров гигиены и эпидемиологии

5.1. Совместно с районными отделами народного образования участвуют в разработке мероприятий по улучшению физического воспитания младших школьников.

5.2. Проводят семинары и совещания с педагогами и медицинскими работниками по вопросам гигиены физического воспитания учащихся.

5.3. Периодически контролируют проведение различных форм физического воспитания в режиме дня учащихся младших классов.

5.4. Дают гигиеническую оценку уроков физической культуры, подвижных перемен и других форм физического воспитания при выборочном их посещении.

5.5. Участвуют в санитарно-просветительной работе по формированию здорового образа жизни.

3.4. Неспецифическая профилактика острых респираторных заболеваний

Не следует недооценивать значение закаливающих мероприятий в повышении резистентности организма и профилактике заболеваний у детей.

В условиях сельской местности приоритетными являются общие закаливающие мероприятия, которые обеспечивают постоянное, практически круглосуточное воздействие на ребенка. Они предусматривают прежде всего регулирование микроклимата помещений в соответствии с гигиеническими нормами (одностороннее ежечасное проветривание, сквозное проветривание 2–3 раза в день), обеспечивающее пульсирующую температуру воздуха с перепадом 3–5°C; обеспечение одеждой и обувью с учетом их теплозащитных свойств и назначения (удовлетворяющая гигиеническим требованиям спортивная одежда, обувь непригодны для постоянной носки); ежедневные занятия, отдых на открытом воздухе (работа на участке, подвижные игры, занятия спортом). Гигиеническими нормами проектирования ДДУ, школ предусмотрены зоны для огорода, ягодника, спортивная зона, географическая площадка и специальные классы на открытом воздухе. Целесообразно хотя бы один урок в день для младших школьников проводить на участке.

Из специальных закаливающих воздействий наиболее доступными и в то же время обеспечивающими достаточный закаливающий эффект являются местные закаливающие процедуры. По материалам Н.Т. Лебедевой (1993) назовем следующие:

1. *Умывание лица холодной водой.* Назначается всем детям. Набирают полную пригоршню воды и хорошенько растирают лицо. Повторяют 4–6 раз. Через 2–4 дня кожа носа, лба и щек перестает ощущать неприятное чувство холода, а через 6–8 дней любой ребенок может спокойно, без дрожи умываться ледяной водой.

2. *Промывание носа холодной водой.* Оптимальная методика — набрать носом воду и выплюнуть через рот; облегченная методика — набрать одной ноздрей воду, подержать 2–3 сек и выпустить через нос. Промывание повторять 3–4 раза каждой ноздрей. При заболеваниях процедуру делать 4–6 раз в день. В ходе этой процедуры очищаются носовые ходы (грязь, пыль, слизь, микробы), тренируются сосуды и рефлекторно через дыхание улучшается кровоснабжение организма в целом.

3. *Полоскание горла холодной водой.* Это эффективное средство профилактики частых фарингитов и ангин. Обучение полосканию горла проводят в виде игры «кукушка». Ребенок набирает небольшой глоток воды, запрокидывает голову назад и говорит «ку-ку». При этом надгортанник закрывает вход в дыхательные пути. Повторяя «ку-ку», ребенок полощет горло, сплевывает воду и набирает ее вновь. Эта процедура при необходимости, например при ангине, может эффективно сочетаться с прогреванием горла сухим теплом (солью, песком).

4. *Питье холодной воды.* Кратковременное охлаждение горла водой из-под крана вызывает повышение местного иммунитета глотки и верхнего отдела пищевода. Медленно, небольшими глотками следует делать 3–7 глотков утром и вечером в конце умывания. Систематическое применение данной процедуры адаптирует организм к употреблению родниковой воды, мороженого, а в жаркий день – холодной воды.

5. *Степотерапия* — ходьба босиком по траве, песку, полу, специальному коврику, гороху, камушкам, «солевым дорожкам». Это закалка, активация рецепторов, рефлексотерапия, снятие излишнего электричества с поверхности тела, профилактика плоскостопия. Исследования выявили, что дневная норма ходьбы босиком по земле или деревянному полу — 2 ч. Обязанность врача прописать здоровому ребенку ходьбу босиком минимум 15–20 мин ежедневно (утренняя гимнастика — 10 мин, физические упражнения перед вечерним туалетом — 10 мин).

3.5. Организация питания

Особое внимание следует уделить питанию детей, приступивших к систематическому обучению, так как именно в этот период наиболее часты ошибки в его организации, а последствия могут быть весьма неблагоприятными. Наиболее типичны следующие ошибки: отсутствие завтрака, недостаточный по объему и калорийности наскоро проглоченный завтрак, отказ от него ввиду отсутствия аппетита или нехватки времени; отсутствие в рационе определенных продуктов (чаще всего рыбы, молочно-кислых продуктов, овощей, фруктов), чрезмерное пристрастие к сладостям вследствие неправильно сформированного пищевого стереотипа; нерегулярное питание; поспешность в еде; частое «перекусывание»; нарушение режима приема пищи, особенно во внеучебное время.

В связи с неблагоприятной общей экологической ситуацией на территории республики, которая может привести к сочетанному воздействию различных вредных веществ (пестицидов, минеральных удобрений, нитратов, солей тяжелых металлов, радионуклидов и т.п.) на организм ребенка, фактор питания является одним из главных в нормализации процессов жизнедеятельности. Вследствие этого, помимо соблюдения общеизвестных принципов организации питания детей (соответствие особенностям развития и состоянию здоровья, полноценность, сбалансированность, достаточность, регулярность), необходимо выполнять следующие требования:

1. *По возможности разнообразить питание школьников.*

2. *Обогащать пищевой рацион веществами, повышающими иммунологическую реактивность организма и стимулирующими кроветворение (витамины группы В, медь, железо, кобальт).* Основными источниками этих веществ, в частности *витаминов группы В*, являются ржаной и пшеничный хлеб грубого помола, бобовые, овсяная и гречневая крупы, печень, почки, яйца, мясо птицы, телятина, говядина, баранина. *Источниками меди* — бобовые, гречневая и овсяная крупы, печень, яйца, рыба; *железа* — мясные и рыбные продукты, овсяная, гречневая и перловая крупы, яблоки, салат, зеленые части растений, изюм; *кобальта* — щавель, укроп, зеленый лук, морковь, свекла, крапива, клюква, рябина, черная смородина, орехи, фасоль, бобы.

3. *Включать продукты, содержащие биологически активные вещества (микроэлементы, витамины, пектины, клетчатка)* — яблоки, помидоры, салат, огурцы, кукурузу. Рекомендуются также морковь, сладкий

перец, картофель, слива, облепиха, малина, черешня, черная смородина, груша, персик, арбуз, дыня. Как особо ценный продукт можно выделить морскую капусту — источник йода.

Основными источниками *витамина E* являются кукуруза, растительные масла, бобовые, салат, шпинат, капуста, томаты, мясо, печень, яйца.

Для обогащения рациона *витаминами A и C* рекомендуются рыбий жир, печень, яичный желток, сливочное масло, твердый сыр, сметана, сливки, молоко, овощи и фрукты желтого и красно-оранжевого цвета, шиповник, черная смородина, красный перец, зеленый лук, щавель, петрушка, шпинат, цитрусовые, облепиха, крыжовник, капуста, картофель.

Клетчатка содержится во всех растительных продуктах, особенно ее много в отрубях, гречневой и овсяной крупе, кукурузе, яблоках, сухофруктах, свекле, моркови, морской капусте, орехах.

Среди микроэлементов, поступающих с продуктами питания в организм, особое место отводится *кальцию и калию*. Источники *калия* — сухофрукты (курага, изюм, чернослив), бобовые (соя, горох, фасоль), морковь, бананы, грецкие орехи, картофель, зерновые; источники *кальция* — молоко и молочные продукты, особенно сыр, творог, овсяная и гречневая крупы, бобовые, абрикосы, чернослив, орехи, капуста.

При наличии у детей пищевой аллергии, т.е. повышенной чувствительности к различным пищевым продуктам (в виде сыпи на коже, экземы, тошноты, рвоты, болей в животе, расстройства стула и т.д.) необходимо организовать индивидуальную диету.

При тепловой обработке овощей важно свести к минимуму потери питательных веществ, витаминов и минеральных солей. Поэтому предпочтительнее варить овощи не в воде, а на пару. Если же овощи отваривают в воде, надо использовать отвары для приготовления соусов, подлив. Для лучшей сохранности *витамина C* овощи и зелень следует закладывать в кипящую воду с учетом сроков их варки и следить, чтобы поддерживалось равномерное кипение. Варить овощи надо в закрытой крышечкой посуде, наполненной водой доверху. *Витамин C* разрушается при продолжительной варке, поэтому необходимо следить, чтобы овощи не варились дольше, чем надо: молодой картофель, капуста, морковь 25–30 мин, свекла — 1–1,5 ч. Овощи для салатов, винегретов лучше варить неочищенными.

Очищенные и нарезанные овощи и зелень нельзя долго оставлять на воздухе, так как под воздействием кислорода *витамины* в них разрушаются. Очищенные овощи нельзя надолго оставлять в воде (более 1–1,5 ч): происходит вымывание *витаминов* и минеральных солей.

Летом и осенью овощи богаты *витаминами* и давать их детям лучше в сыром или отварном виде. В зимне-весенний период, когда качество овощей значительно снижается и уменьшается содержание *витамина C*, можно рекомендовать приготовление овощных запеканок, котлет, биточков.

Предприятия Республики Беларусь выпускают продукты питания, способствующие повышению устойчивости организма к радиационному воздействию, а также выведению радионуклидов из организма. Это выработка хлеба, батона и сдобной булочки с использованием бета-каротина; поливитаминного напитка «Асаблівы»,

содержащего большое количество биологически активных веществ; напитков «Горны водар», «Залатая даліна», «Надзея», «Абисиб», «Слущкий оригинальный»; зефира «Солнышко», «Дуэт»; подушечек с начинкой «Фортуна» и некоторых других продуктов. По возможности следует включать эти продукты в рацион школьников.

Для нормализации кишечной флоры, обеспечения эндогенного синтеза витаминов, стимуляции синтеза секреторного иммуноглобулина А обязательным является регулярный прием кисломолочных продуктов (кефир, простокваша, ряженка, ацидофилин). По показаниям целесообразно проведение курсов коррекции лактобактерином, бифидумбактерином, бификолом, колибактерином и биологически активными добавками, их содержащими.

3.6. Оздоровление детей с отклонениями в состоянии здоровья

Оздоровление детей в условиях детского сада, школы, под контролем медицинских работников не только обеспечивает максимально полный и своевременный охват нуждающихся систематической санацией, но и экономит время детей, родителей, ликвидирует перегрузки поликлиники. Особенно эффективным является комплексное оздоровление детей с начальными формами наиболее распространенных отклонений, а также «группы риска».

По результатам медицинских осмотров наиболее распространенными отклонениями у детей являются: частые ОРВИ; нарушения и заболевания носоглотки (гипертрофия миндалин, хронический тонзиллит, аденоидные вегетации, хронический аденоидит, хронический ринит); нарушения органа зрения, главным образом близорукость (включая детей с предмиопией); нарушения опорно-двигательного аппарата, в основном функциональные изменения осанки и стопы; нарушения органов пищеварения. Оздоровительные и корригирующие мероприятия представлены в схемах 1–3.

Схема 1 — для детей, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями, без функциональных отклонений организма

1. Создание оптимальных санитарно-гигиенических условий внешней среды (постоянно).
2. Щадящий индивидуальный режим (постоянно).
3. Рациональное питание с обогащением пищи витаминами. Прием поливитаминов (А, В, С), фитонцидов (лук, чеснок).
4. Физическое воспитание в объеме программы с обеспечением индивидуального подхода и по показаниям щадящее. Использование элементов дыхательной гимнастики при проведении утренней гимнастики, физкультурных занятий, физических упражнений после дневного сна, обязательно включение физических упражнений с произношением звуков и слогов на вдохе и выдохе, дыхание носом — вдох и выдох, раздельное дыхание каждой ноздрей и др. (постоянно).
5. Закаливание — обеспечение рационального сочетания температуры воздуха и одежды ребенка, достаточное пребывание детей на воздухе, рациональная организация сна.

6. Симптоматическая медикаментозная терапия по показаниям.

7. Санация кариозных зубов.

8. Физиотерапия — УФО,

9. При наличии условий (дома) — общие ванны с травами, морской солью по показаниям.

Схема 2 — для детей с наиболее распространенными ЛОР-заболеваниями (гипертрофия миндалин, хронический тонзиллит, аденоидные вегетации, хронический аденоидит, хронический ринит)

1. Мероприятия схемы 1.

2. Закапывание в нос 2%-го раствора протаргола.

3. Смазывание зева 6%-м раствором колларгола, № 10.

4. Полоскание полости рта (на ночь) водой с добавлением 1,0 г поваренной соли или 0,5 г питьевой соды на стакан кипяченой воды.

5. Физиотерапия:

– УФО-тубус в нос, № 6 (ежедневно) — при хроническом рините, хроническом аденоидите, аденоидных вегетациях;

– тубусный кварц на область миндалин, № 10 (ежедневно) — при гипертрофии миндалин и хроническом тонзиллите;

– УВЧ на тонзиллярные лимфоузлы, № 10 (ежедневно) — при хроническом тонзиллите.

Схема 3 — для детей с аллергической реакцией на пищевые, лекарственные и другие вещества, экссудативно-катаральным диатезом

1. Мероприятия схемы 1.

2. Рациональное питание с обогащением пищи витаминами, минеральными солями, микроэлементами, с исключением аллергенов, ограничением соли, углеводов. Дома давать ребенку ежедневно фрукты, соки.

3. Шире использовать закаливание воздухом, предупреждать перегревание ребенка.

4. Антигистаминные препараты (тавегил, супрастин, глюконат кальция и др.).

5. Фитотерапия (по показаниям и при наличии возможности) дома — ванны с чередой, дубовой корой. По показаниям — местная терапия (мази).

6. Щадящий метод иммунопрофилактики на фоне гипосенсибилизирующих препаратов.

Сроки организации оздоровления:

– осень (октябрь, ноябрь)

– весна (март, апрель)

– после острого заболевания (для часто болеющих ОРЗ)

Длительность оздоровительного периода 2 недели.

Оценка эффективности оздоровления

Индивидуально для каждого ребенка:

1. Переход из одной группы здоровья в другую.
2. Динамика острых заболеваний:
 - а) переход из группы часто болеющих (4 и более раз в год) в группу эпизодически болеющих (3 и менее раз в год);
 - б) ребенок перенес на 2 и более острых заболеваний меньше;
 - в) число острых заболеваний не изменилось.

Для групп детей:

1.

$$\text{ПЭО} = \frac{\text{число часто болеющих детей, снятых с учета по выздоровлении}}{\text{общее число часто болеющих детей, получивших оздоровление}} \times 100$$

ПЭО — показатель эффективности оздоровления

Эффективным считается оздоровление при ПЭО не менее 25%.

2. Снижение числа дней, пропущенных одним ребенком по болезни за год.

3.7. Гигиеническое обучение и воспитание учащихся

Гигиеническое обучение и воспитание учащихся как один из наиболее эффективных методов профилактики должно стать неотъемлемой частью учебно-воспитательного процесса в сельской школе. Школьникам нужны знания об охране и укреплении своего здоровья и здоровья окружающих людей. Необходимо воспитать у школьников привычку к здоровому образу жизни, соблюдению правил личной гигиены и психогигиены в связи с растущими психоэмоциональными нагрузками на детей как в школе, так и дома.

Элементарные санитарно-гигиенические знания и умения дети получают в дошкольные годы. Однако не всегда знания и умения, полученные в младшем возрасте, переходят в убеждения и навыки. Дошкольники могут приобрести гигиеническую информацию от недостаточно компетентных взрослых. Она порой не соответствует научным представлениям и основана на не всегда верных житейских правилах «гигиенического» поведения.

Поэтому задача школы состоит не только в том, чтобы дать учащимся новые гигиенические и медицинские знания, но и внести коррективы в имеющиеся у детей привычки гигиенического характера.

Проблема гигиенического обучения и воспитания учащихся не только медицинская, но и педагогическая, так как она затрагивает вопросы формирования типов поведения, межличностных отношений, отношений между взрослыми и детьми, роли родителей и педагогов, самостоятельности детей и др.

Наибольшая эффективность гигиенического обучения и воспитания учащихся будет достигнута там, где оно проводится по системе, элементы которой взаимосвязаны и дополняют друг друга в организационном, образовательном и воспитательном воздействии. Эта система включает в себя следующие основные элементы:

– активное участие в организационной, коммуникативной и методической работе школы представителей службы санитарного просвещения, медицинских работников школ, врачей, специалистов учреждений здравоохранения, Общества Красного Креста и Красного Полумесяца и других общественных организаций и ведомств;

– совершенствование квалификации учителей в вопросах содержания и методики гигиенического обучения и воспитания учащихся;

– систематическое сообщение школьникам гигиенических и медицинских знаний на уроках и во внеурочное время с учетом возрастных особенностей, формирование у школьников психологических убеждений и обучение умениям и навыкам;

- гигиеническое обучение родителей, обеспечение единства гигиенических требований в школе и семье;
- повседневный контроль выполнения учащимися гигиенических правил;
- максимально возможное привлечение учащихся к участию в проведении мероприятий по охране здоровья;
- создание в школе и семье адекватных условий для реализации учащимися гигиенических правил и умений;
- положительный пример родителей и учителей.

В гигиеническом обучении и воспитании родителей и детей должны широко применяться все основные методы пропаганды — устный, печатный, наглядный, комбинированный, самые разнообразные средства и формы. Последнее понятие по своему содержанию шире, чем метод и средство, и включает в себя «интегрированные» их виды: университеты здоровья, школы здоровья материнства, матерей и отцов. Широко используются в работе по гигиеническому обучению и воспитанию местные радиотрансляционные узлы на предприятиях, в колхозах, совхозах, больницах, школах и других учреждениях, а также общая радиосеть.

Методы и средства гигиенического обучения и воспитания

Метод устной пропаганды

Средства:

- лекция (эпизодическая, цикловая);
- агитационно-информационное выступление;
- беседа (групповая, индивидуальная);
- вечер вопросов и ответов;
- дискуссия, устный журнал, групповой профилактический прием;
- викторина;
- конференция;
- занятие (курсовое, кружковое);
- инструктаж вводный.

Метод печатной пропаганды

Средства:

- книга;
- брошюра;
- буклет;
- бюллетень;

- журнал;
- статья (в периодической прессе);
- листовка;
- лозунг, призыв;
- памятка;
- стенная газета.

Метод изобразительной (наглядной) пропаганды

Плоскостные средства:

- плакат;
- рисунок, схема, таблица, план, чертеж;
- диаграмма, картограмма;
- фотография;
- фотовыставка, альбом;
- слайд крупномасштабный;
- слайд-серия;
- диапозитив (серия для лекции);
- диафильм.

Объемные средства:

- муляж;
- макет;
- модель;
- фантом;
- скульптура;
- чучело.

Натуральные средства (используемые как наглядные пособия и экспонаты для выставок):

- макропрепарат;
- микропрепарат;
- образец (растительного, животного мира, изделия, продукта и др.).

Комбинированный метод

Средства:

- телевидение;
- радио;
- кино;
- видео, программы ЭВМ;

- массовая печать;
- музей, музей-выставка;
- стационарная выставка;
- праздник здоровья.

Гигиеническому воспитанию ребенка предшествует обучение его родителей. Только совместные усилия семьи и школы могут дать желаемые результаты. Очень важно обеспечить преемственность в работе участкового педиатра и медицинских работников учебно-воспитательных учреждений, выработать единство их установок. Задача врача — убедить педагогов и родителей в том, что именно они несут ответственность за уровень гигиенического воспитания детей, а педиатр является их консультантом.

Работа начинается с первичного инструктажа родителей детей, поступающих в школу. Родителей знакомят с учебным режимом, режимом дня школьника, основными правилами гигиенического поведения ребенка дома и в школе, с профилактикой инфекционных заболеваний.

План первичного инструктажа родителей ребенка, поступающего в школу

1. Режим ребенка в школе и семье, значение преемственности режима для здоровья и воспитания.
2. Основные правила гигиенического поведения ребенка дома: рациональное питание, физическое воспитание, закаливание, достаточное пребывание на свежем воздухе, купание, туалет, постель и белье ребенка.
3. Роль родителей в предупреждении инфекционных заболеваний.
4. Санитарно-гигиенические рекомендации с учетом индивидуальных особенностей жизни и воспитания ребенка в семье.

Обязательны индивидуальные и групповые беседы с родителями о формировании гигиенических навыков у ребенка, состоянии здоровья детей, эпидемической обстановке в школе, нарушениях режима и т.д. Такие беседы особенно важны в классах, где есть часто болеющие дети, с родителями ребят, у которых имеются вредные привычки, нарушения речи и пр.

Не реже одного раза в квартал медицинский работник должен выступать в школах на родительских собраниях по темам:

- факторы, влияющие на здоровье ребенка; санитарно-гигиенические условия жизни и воспитания детей в семье;
- природные факторы и их значение в закаливании организма детей;
- анатомо-физиологические особенности младшего школьника; профилактика простудных заболеваний и т.п.

Только систематическая, повседневная работа с родителями может способствовать соблюдению детьми в домашних условиях режима, установленного в школе, закреплению в семье навыков гигиенического поведения ребенка и повышению санитарной грамотности родителей в вопросах ухода, организации питания, физического воспитания и закаливания детей.

В работе по гигиеническому обучению и воспитанию в школах следует предусматривать повышение гигиенической подготовки технического персонала, от санитарной грамотности которого в значительной мере зависит здоровье детей. Проведение этой работы возлагается на медицинскую сестру, а контроль и методическое руководство осуществляет врач-педиатр.

Врач должен заниматься совершенствованием знаний медицинских сестер, педагогов, воспитателей. Как правило, для этого организуются семинары, включающие до десяти тем (готовность детей к обучению в школе; требования к классному помещению, рассаживанию детей; рациональное питание; профилактика пищевых отравлений; физическое воспитание детей и т.д.).

Третьей составной и ведущей частью гигиенического обучения и воспитания является работа с детьми. Гигиеническое воспитание — это один из разделов общевоспитательной работы, и возлагается оно на медицинских сестер, педагогов и воспитателей.

Поскольку формирование гигиенических навыков особенно успешно проходит в младшем школьном возрасте, в начальных классах прежде всего необходимо закрепить знания и навыки, приобретенные в дошкольных учреждениях. Для этого следует использовать разнообразные методы и средства, особое значение придавая наглядности (показ рисунков, таблиц, натуральных предметов, наборов к фланелеграфу, видео-, диафильмов, демонстрация отдельных предметов выполнения гигиенических процедур). При выработке таких навыков, как правильная посадка, привычка соблюдать режим дня, делать утреннюю гимнастику, необходимо постоянно проверять их выполнение, объяснять значение. Повседневный контроль выполнения детьми правил охраны здоровья, возвращение к пройденным темам — обязательное условие для закрепления гигиенических навыков у школьников младших классов.

Грамотно организованные и методически четко проводимые гигиеническое обучение и воспитание школьников, работа медицинских работников с их родителями позволяют повысить гигиенические знания учащихся и на их основе выработать твердые навыки, которые в свою очередь будут способствовать укреплению физического здоровья подрастающего поколения.