

**Вспомогательный раздел**

1.1. Выписка из образовательного стандарта по учебной дисциплине;

1.2. Выписка из учебного плана;

1.3. Учебная программа;

1.4. Глоссарий (словарь) по учебной дисциплине.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**–––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––**

СРЕДНЕЕ СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

**Специальность 2-01 01 01**

**ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

**Квалификация**

**ВОСПИТАТЕЛЬ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**СЯРЭДНЯЯ СПЕЦЫЯЛЬНАЯ АДУКАЦЫЯ**

**Спецыяльнасць 2-01 01 01**

**ДАШКОЛЬНАЯ АДУКАЦЫЯ**

**Квалiфiкацыя**

**ВЫХАВАЛЬНIК ДАШКОЛЬНАЙ АДУКАЦЫI**

**SECONDARY SPECIAL EDUCATION**

**Speciality 2-01 01 01**

**PRE-SCHOOL EDUCATION**

**Qualification**

**PRE-SCHOOL TEACHER EDUCATION**

**Министерство образования Республики Беларусь**  
**Минск**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

УДК 373.2(083.74)

Ключевые слова: воспитание, воспитатель, дошкольное образование, компетентность, образовательный процесс, педагогика, психология, учреждение дошкольного образования

МКС 03.180

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Предисловие

1 РАЗРАБОТАН учреждением образования «Республиканский институт профессионального образования»

ИСПОЛНИТЕЛИ:

*Ильин М.В.*, доц., канд. пед. наук (руководитель);

*Дубинина Д.Н.*, доц., канд. пед. наук;

*Казначеева Е.А.*;

*Калицкий Э.М.*, доц., канд. пед. наук;

*Кравченко О.Ю.*;

*Петрова А.Н.*;

*Поздеева Т.В.*, доц., канд. пед. наук;

*Радоман Г.И.*;

*Степаненкова З.И.*;

*Ходоренко О.Л.*

ВНЕСЕН управлением профессионального образования Министерства образования Республики Беларусь

2 УТВЕРЖДЕН И ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ [постановлением](file:///C:/Gbinfo_u/Admin/Temp/297820.htm#a4) Министерства образования Республики Беларусь от 28.04.2014 № 57

3 ВВЕДЕН ВЗАМЕН РД РБ 02100.4.006-2003

Настоящий образовательный стандарт Республики Беларусь не может быть тиражирован и распространен без разрешения Министерства образования Республики Беларусь

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Издан на русском языке

СОДЕРЖАНИЕ

1 Область применения

2 Нормативные ссылки

3 Термины и определения

4 Общие положения

4.1 Общая характеристика специальности

4.2 Квалификация выпускника

4.3 Требования к уровню основного образования лиц, поступающих для получения среднего специального образования

4.4 Требования к формам получения среднего специального образования

4.5 Требования к срокам получения среднего специального образования

5 Квалификационная характеристика

5.1 Сфера профессиональной деятельности специалиста со средним специальным образованием

5.2 Объекты профессиональной деятельности специалиста со средним специальным образованием

5.3 Виды профессиональной деятельности специалиста со средним специальным образованием

5.4 Профессиональные функции специалиста со средним специальным образованием

5.5 Средства профессиональной деятельности специалиста со средним специальным образованием

6 Требования к уровню подготовки выпускника

6.1 Общие требования

6.2 Требования к психическим и психофизиологическим профессионально значимым свойствам личности

6.3 Требования к социально-личностным компетенциям

6.4 Требования к профессиональным компетенциям

7 Требования к образовательной программе и ее реализации

7.1 Состав образовательной программы

7.2 Требования к научно-методическому обеспечению образовательной программы

7.3 Требования к содержанию учебно-программной документации

7.4 Требования к организации образовательного процесса

7.5 Требования к срокам реализации образовательной программы

7.6 Перечень компонентов и циклов типового учебного плана по специальности

7.7 Требования к компетенциям по компонентам, циклам, областям знаний

7.8 Требования к содержанию и организации практики

8 Требования к организации воспитательной работы

9 Требования к итоговой аттестации учащихся

10 Требования к ресурсному обеспечению образовательной программы

10.1 Требования к кадровому обеспечению

10.2 Требования к материально-техническому обеспечению

Приложение А Библиография

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**–––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––**

СРЕДНЕЕ СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

**Специальность 2-01 01 01**

**ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

**Квалификация**

**ВОСПИТАТЕЛЬ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**СЯРЭДНЯЯ СПЕЦЫЯЛЬНАЯ АДУКАЦЫЯ**

**Спецыяльнасць 2-01 01 01**

**ДАШКОЛЬНАЯ АДУКАЦЫЯ**

**Квалiфiкацыя**

**ВЫХАВАЛЬНIК ДАШКОЛЬНАЙ АДУКАЦЫI**

**SECONDARY SPECIAL EDUCATION**

**Speciality 2-01 01 01**

**PRE-SCHOOL EDUCATION**

**Qualification**

**PRE-SCHOOL TEACHER EDUCATION**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Дата введения 2014-05-22*

**1 Область применения**

Настоящий образовательный стандарт среднего специального образования по специальности 2-01 01 01 «Дошкольное образование» (далее – стандарт) устанавливает основные требования к содержанию профессиональной деятельности и компетентности специалиста со средним специальным образованием, содержанию учебно-программной документации образовательной программы среднего специального образования, обеспечивающей получение квалификации специалиста со средним специальным образованием, уровню основного образования лиц, поступающих для получения среднего специального образования, вступительным испытаниям, формам и срокам получения среднего специального образования, организации образовательного процесса, объему учебной нагрузки учащихся, уровню подготовки выпускников, итоговой аттестации.

Стандарт применяется при разработке учебно-программной документации, оценке качества среднего специального образования по специальности.

Стандарт обязателен для применения во всех учреждениях образования, которым в соответствии с законодательством предоставлено право осуществлять образовательную деятельность при реализации образовательных программ среднего специального образования, обеспечивающих получение квалификации специалиста со средним специальным образованием по специальности.

**2 Нормативные ссылки**

В настоящем стандарте использованы ссылки на следующие технические нормативные правовые акты (ТНПА) и иные нормативные правовые акты:

СТБ ИСО 9000-2006 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь

[ОКРБ](file:///C:/Gbinfo_u/Admin/Temp/176769.htm#a33) 006-2009 Профессии рабочих и должности служащих

[ОКРБ](file:///C:/Gbinfo_u/Admin/Temp/169542.htm#a48) 011-2009 Специальности и квалификации

**3 Термины и определения**

В настоящем стандарте применяются следующие термины с соответствующими определениями:

**Вид (подвид) профессиональной деятельности** – вид (подвид) трудовой деятельности, определяемый специальностью (специализацией), квалификацией ([ОКРБ](file:///C:/Gbinfo_u/Admin/Temp/169542.htm#a48) 011).

**Воспитание** **–** целенаправленный процесс формирования духовно-нравственной и эмоционально ценностной сферы личности обучающегося [1].

**Воспитанник** **–** лицо, осваивающее содержание образовательной программы дошкольного образования, образовательной программы специального образования на уровне дошкольного образования, образовательной программы специального образования на уровне дошкольного образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью [1].

**Воспитатель дошкольного образования** **–** квалификация специалиста со средним специальным педагогическим образованием, профессиональная деятельность которого осуществляется в учреждениях образования, реализующих образовательные программы дошкольного образования.

**Детский сад** **–** учреждение дошкольного образования, в котором воспитанники дошкольного возраста получают дошкольное или специальное образование и могут получать оздоровление [1].

**Дошкольное образование** **–** уровень основного образования, направленный на разностороннее развитие личности ребенка раннего и дошкольного возраста в соответствии с его возрастными и индивидуальными возможностями, способностями и потребностями, формирование у него нравственных норм, приобретение им социального опыта [1].

**Дошкольный возраст** **–** этап физического, психического и социального развития личности ребенка от трех лет до приема его в учреждение образования для получения общего среднего или специального образования [1].

**Качество образования  –** соответствие образования требованиям образовательного стандарта, учебно-программной документации соответствующей образовательной программы [1].

**Квалификация –** подготовленность работника к профессиональной деятельности для выполнения работ определенной сложности в рамках специальности, направления специальности ([ОКРБ](file:///C:/Gbinfo_u/Admin/Temp/169542.htm#a48) 011).

**Компетентность –** выраженная способность применять знания и умение (СТБ ИСО 9000).

**Образование** **–** обучение и воспитание в интересах личности, общества и государства, направленные на усвоение знаний, умений, навыков, формирование гармоничной, разносторонне развитой личности обучающегося [1].

**Образовательная программа** – совокупность документации, регламентирующей образовательный процесс, и условий, необходимых для получения в соответствии с ожидаемыми результатами определенного уровня основного образования или определенного вида дополнительного образования [1].

**Образовательный процесс** **–** обучение и воспитание, организованные учреждением образования (организацией, реализующей образовательные программы послевузовского образования, иной организацией, которой в соответствии с законодательством предоставлено право осуществлять образовательную деятельность, индивидуальным предпринимателем, которому в соответствии с законодательством предоставлено право осуществлять образовательную деятельность) в целях освоения обучающимися содержания образовательных программ [1].

**Образовательный стандарт** **–** технический нормативный правовой акт, определяющий содержание образовательной программы посредством установления требований к образовательному процессу и результатам освоения ее содержания [1].

**Обучение** **–** целенаправленный процесс организации и стимулирования учебной деятельности обучающихся по овладению ими знаниями, умениями и навыками, развитию их творческих способностей [1].

**Объект** профессиональной деятельности **–** совокупность процессов, предметов, явлений, на которые направлена профессиональная деятельность специалиста.

**Педагогика –** наука о воспитании человека; раскрывает сущность, цели, задачи и закономерности воспитания, его роль в жизни общества и развитии личности, процесс образования и обучения [2].

**Педагогическая технология –** научно организованная система взаимодействия участников образовательного процесса и совокупности методов, с помощью которых создаются условия и возможности для физического, психического, интеллектуального, культурного развития личности и диагностики результатов этого развития.

**Профессиональная функция  –** логически завершенная структурная часть профессиональной деятельности специалиста, связанная с выполнением им обязанностей, обусловленных особенностями разделения, характера и содержания труда.

**Психология**–наука о психическом отражении действительности в процессе деятельности человека [2].

**Ранний возраст  –** начальный этап физического, психического и социального развития личности ребенка от двух месяцев до трех лет [1].

**Специализация  –** составляющая специальности или направления специальности профессионально-технического, среднего специального и высшего образования I ступени, обусловленная видом применяемых знаний и особенностями профессиональной деятельности в рамках специальности или ее направления [1].

**Специальность  –** вид профессиональной деятельности, требующий определенных знаний, навыков и компетенций, приобретаемых путем обучения и практического опыта, – подсистема группы специальностей ([ОКРБ](file:///C:/Gbinfo_u/Admin/Temp/169542.htm#a48) 011).

**Средства профессиональной деятельности  –** вещественные (машины и оборудование, инструмент и приспособления, производственные здания и сооружения) или невещественные (речь, поведение, интеллектуальные средства, используемые для решения практических и теоретических задач) орудия, с помощью которых человек воздействует на объект труда.

**Учреждение дошкольного образования  –** учреждение образования, которое реализует образовательную программу дошкольного образования, программу воспитания и защиты прав и законных интересов детей, находящихся в социально опасном положении, образовательную программу специального образования на уровне дошкольного образования, образовательную программу специального образования на уровне дошкольного образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью [1].

**4 Общие положения**

**4.1 Общая характеристика специальности**

Специальность 2-01 01 01 «Дошкольное образование» в соответствии с [ОКРБ](file:///C:/Gbinfo_u/Admin/Temp/169542.htm#a48) 011 относится к профилю образования «Педагогика», направлению образования «Педагогика детства», группе специальностей «Развитие личности дошкольника» и включает специализации по видам педагогической деятельности.

**4.2 Квалификация выпускника**

Образовательный процесс, организованный в целях освоения учащимися содержания, образовательной программы среднего специального образования, обеспечивает получение квалификации специалиста «Воспитатель дошкольного образования» ([ОКРБ](file:///C:/Gbinfo_u/Admin/Temp/176769.htm#a33) 006).

**4.3 Требования к уровню основного образования лиц, поступающих для получения среднего специального образования**

**4.3.1** В учреждение образования для получения среднего специального образования в дневной форме получения образования принимаются лица, которые имеют общее базовое образование, общее среднее образование; в вечерней или заочной форме получения образования – лица, которые имеют общее среднее образование, подтвержденное соответствующим документом об образовании.

**4.3.2** Условия приема на обучение устанавливаются в соответствии с [правилами](file:///C:/Gbinfo_u/Admin/Temp/84887.htm#a138) приема лиц для получения среднего специального образования.

**4.4 Требования к формам получения среднего специального образования**

Обучение по специальности осуществляется в очной (дневная, вечерняя) и заочной формах получения образования.

**4.5 Требования к срокам получения среднего специального образования**

Срок получения среднего специального образования по специальности в дневной форме получения образования составляет: на основе общего базового образования – 3 года 10 месяцев, на основе общего среднего образования – 2 года 10 месяцев.

Срок получения среднего специального образования по специальности при освоении содержания образовательной программы, предусматривающей повышенный уровень изучения учебных дисциплин, прохождения практики, срок получения среднего специального образования в вечерней или заочной форме получения образования определяются сроком получения среднего специального образования в дневной форме получения образования и увеличиваются не более чем на один год.

**5 Квалификационная характеристика**

**5.1 Сфера профессиональной деятельности специалиста со средним специальным образованием**

Сферой профессиональной деятельности воспитателя дошкольного образования по специальности является деятельность в учреждениях образования, реализующих образовательную программу дошкольного образования.

**5.2 Объекты профессиональной деятельности специалиста со средним специальным образованием**

Объектом профессиональной деятельности специалиста со средним специальным образованием по специальности является организация образовательного процесса в учреждениях образования, реализующих образовательную программу дошкольного образования.

**5.3 Виды профессиональной деятельности специалиста со средним специальным образованием**

Воспитатель дошкольного образования должен быть компетентным в следующих видах профессиональной деятельности:

– организационно-управленческая;

– обучающая;

– развивающая;

– воспитательная;

– методическая;

– диагностико-коррекционная;

– здоровьесберегающая;

– коммуникативная;

– социально-просветительская.

**5.4 Профессиональные функции специалиста со средним специальным образованием**

Воспитатель дошкольного образования должен быть компетентным в выполнении следующих профессиональных функций:

– осуществление образовательной деятельности в соответствии с государственной политикой в области образования;

– создание условий для полноценного физического, психического, интеллектуального и духовного развития личности с учетом индивидуальных особенностей, интересов и способностей ребенка;

– планирование, организация, проведение и анализ воспитательной, образовательной и оздоровительной работы, направленной на разностороннее развитие личности ребенка в соответствии с его возрастными особенностями, индивидуальными способностями и потребностями при реализации образовательных программ дошкольного образования, способствующих социализации и формированию общей культуры личности;

– осуществление дифференцированного подхода в работе с детьми, в том числе с детьми с особенностями психофизического развития;

– соблюдение специальных условий, необходимых для получения образования лицами с особенностями психофизического развития, совместно с медицинскими работниками обеспечение охраны и укрепления здоровья детей, формирование основ здорового образа жизни;

– создание в группе доброжелательного, благоприятного микроклимата для проявления творческих способностей воспитанников;

– организация выполнения детьми режима дня;

– создание условий для формирования основ патриотизма и национального самосознания, приобщения детей к национальной культуре, ее традициям;

– использование в практике новейших научно-методических материалов и подходов в области образования;

– участие в работе советов (педагогических советов) учреждения образования, методических объединений и выполнение их решений;

– повышение своего профессионального и культурного уровня;

– осуществление педагогической деятельности в тесном контакте с законными представителями детей, специалистами учреждений общего среднего образования;

– ведение установленной документации;

– работа над повышением своего педагогического мастерства и профессиональной квалификации;

– соблюдение правил и норм охраны труда и пожарной безопасности, обеспечение охраны жизни и здоровья воспитанников при осуществлении образовательного процесса;

– выполнение требований санитарных норм и правил при организации образовательного процесса.

**5.5 Средства профессиональной деятельности специалиста со средним специальным образованием**

Средствами профессиональной деятельности специалиста со средним специальным образованием по специальности являются:

– [Кодекс](file:///C:/Gbinfo_u/Admin/Temp/204095.htm#a1) Республики Беларусь об образовании;

– образовательные стандарты дошкольного образования;

– учебно-программная документация образовательной программы дошкольного образования;

– программно-планирующая документация воспитания;

– учебно-методическая документация;

– учебные издания;

– информационно-аналитические материалы;

– развивающая среда (предметно-пространственная, архитектурная, ландшафтная и др.).

**6 Требования к уровню подготовки выпускника**

**6.1 Общие требования**

Выпускник должен:

– владеть знаниями и умениями в области общеобразовательных, общепрофессиональных и специальных учебных дисциплин, учебных дисциплин специализации, использовать информационные технологии на уровне, необходимом для осуществления социальной и профессиональной деятельности;

– уметь непрерывно пополнять свои знания, анализировать исторические и современные проблемы социально-экономической и духовной жизни общества, знать идеологию белорусского государства, нравственные и правовые нормы, уметь учитывать их в своей жизнедеятельности;

– владеть государственными языками (белорусским, русским), а также иностранным языком на уровне, необходимом для осуществления профессиональной деятельности, быть готовым к постоянному профессиональному, культурному и физическому самосовершенствованию.

**6.2 Требования к психическим и психофизиологическим профессионально значимым свойствам личности**

Выпускник должен обладать способностью к сосредоточению, устойчивым вниманием, четким зрительным восприятием, оперативной и моторной памятью.

**6.3 Требования к социально-личностным компетенциям**

Выпускник должен:

– быть способным к социальному взаимодействию, межличностным коммуникациям;

– уметь работать в коллективе, решать проблемные вопросы, принимать самостоятельные решения;

– быть способным к совершенствованию своей деятельности, повышению квалификации в течение всей жизни;

– соблюдать нормы здорового образа жизни.

**6.4 Требования к профессиональным компетенциям**

Выпускник должен обладать следующими профессиональными компетенциями по видам деятельности:

**организационно-управленческая:**

– руководствоваться основными положениями [Кодекса](file:///C:/Gbinfo_u/Admin/Temp/204095.htm#a1) Республики Беларусь об образовании, действующих нормативных правовых актов, методическими документами и материалами по вопросам функционирования и развития системы образования;

– анализировать социально-экономические и политические процессы, происходящие в государстве и мировом сообществе, исторические, экономические и общественно-политические закономерности развития общества;

– соблюдать права и свободы детей;

– обеспечивать воспитательную и идеологическую составляющие учебных занятий;

– организовывать образовательный процесс с учетом индивидуальных и психофизических особенностей воспитанников;

– обеспечивать организацию и содержание работы в разновозрастной группе, группе интегрированного обучения и воспитания, санаторной группе;

– обеспечивать санитарно-гигиенические и педагогические требования к оснащению и оборудованию помещений и участков учреждений дошкольного образования;

– обеспечивать соблюдение режима дня в учреждениях дошкольного образования;

– создавать в коллективе атмосферу взаимопомощи, применять психолого-педагогические, этические и правовые методы и приемы руководства детским коллективом;

**обучающая:**

– реализовывать образовательные программы дошкольного образования;

– обеспечивать уровень образования воспитанников, соответствующий требованиям государственного образовательного стандарта, качественное и в полном объеме выполнение учебных планов и учебных программ;

– руководствоваться достижениями психологической и педагогической науки и практики при осуществлении образовательного процесса;

– осуществлять разные виды деятельности (познавательная, практическая, общение, игровая, трудовая, художественная, элементарная учебная (пропедевтика));

– выбирать и использовать формы, методы и средства формирования знаний, умений и навыков в соответствии с целями и задачами образовательных стандартов и учебных программ, с учетом индивидуализации и дифференциации воспитания и обучения;

– использовать традиционные и инновационные методики и технологии, методы формирования знаний, умений, навыков;

– организовывать образовательный процесс с учетом индивидуальных и психофизических особенностей детей;

– выявлять и поддерживать одаренных и талантливых детей;

**развивающая:**

– изучать индивидуальные качества воспитанников, содействовать развитию их способностей и склонностей, личностному и гражданскому становлению;

– способствовать развитию художественного и образного мышления, творческого воображения, зрительной памяти, пространственного представления, изобразительных, творческих способностей в процессе включения в разные виды детской деятельности;

**воспитательная:**

– выбирать и использовать формы, методы и средства воспитательной работы в соответствии с целями и задачами образовательных стандартов и учебных программ, с учетом индивидуализации и дифференциации воспитания;

– создавать условия для формирования гражданственности, патриотизма, национального самосознания, нравственной, эстетической и экологической культуры; социализации и саморазвития личности; овладения навыками здорового образа жизни;

**методическая:**

– изучать, анализировать и использовать в своей работе передовой педагогический опыт, педагогические технологии, вносить предложения по дальнейшему совершенствованию образовательного процесса;

– участвовать в разработке учебно-программной документации, осуществлении ее корректировки;

– вести установленную плановую и учетно-отчетную документацию;

– использовать формы рациональной организации труда, методы самосовершенствования на основе самоанализа и коррекции;

– постоянно повышать свое педагогическое мастерство и профессиональную квалификацию;

**диагностико-коррекционная:**

– руководствоваться знаниями об основных закономерностях и особенностях анатомо-физиологического, психологического и гендерного развития детей;

– осуществлять дифференцированный подход в работе с детьми, в том числе имеющими особенности психофизического развития;

– использовать методы, традиционные и инновационные средства психолого-педагогического изучения и коррекции воспитания, развития и обучения;

– в интегрированных группах осуществлять работу по обучению и воспитанию детей, направленную на максимальную коррекцию отклонений развития с учетом степени тяжести имеющихся у них нарушений;

– осуществлять контроль учебной деятельности детей;

**здоровьесберегающая:**

– соблюдать требования по охране труда и пожарной безопасности;

– обеспечивать охрану жизни и здоровья воспитанников при осуществлении образовательного процесса;

– соблюдать требования по охране окружающей среды и энергосбережению;

– руководствоваться принципами здорового образа жизни, соблюдать меры по укреплению здоровья;

– соблюдать санитарно-гигиенические и педагогические требования к оснащению и оборудованию помещений и участков учреждений дошкольного образования;

**коммуникативная:**

– осуществлять коммуникацию с использованием государственных языков, этических норм и правил деловых взаимоотношений;

– создавать благоприятный социально-психологический климат для воспитанников; условия для межличностного взаимодействия в группе и развития детского коллектива;

– создавать условия для личностной самореализации и формирования гуманных отношений в коллективе;

**социально-просветительская:**

– содействовать вовлечению детей в различные виды специально организованной и нерегламентированной деятельности и рефлексии;

– способствовать социализации, формированию общей культуры личности воспитанников;

– взаимодействовать с законными представителями воспитанников по вопросам воспитания и обучения детей.

**7 Требования к образовательной программе и ее реализации**

**7.1 Состав образовательной программы**

Образовательная программа должна включать совокупность документации, регламентирующей образовательный процесс, и условий, необходимых для получения среднего специального образования, в соответствии с ожидаемыми результатами.

**7.2 Требования к научно-методическому обеспечению образовательной программы**

Для реализации образовательной программы среднего специального образования на основе стандарта разрабатывается учебно-программная документация, включающая типовые учебные планы по специальности, типовые учебные планы по специализации для получения образования в дневной, вечерней и заочной формах, типовые учебные программы по учебным дисциплинам и практике.

Порядок организации разработки и утверждения учебно-программной документации установлен [Кодексом](file:///C:/Gbinfo_u/Admin/Temp/204095.htm#a1) Республики Беларусь об образовании.

В образовательном процессе используются учебники, учебные пособия и иные учебные издания, утвержденные или допущенные Министерством образования Республики Беларусь, рекомендованные организациями, осуществляющими научно-методическое обеспечение образования.

**7.3 Требования к содержанию учебно-программной документации**

**7.3.1**Типовой учебный план по специальности разрабатывается на основе настоящего стандарта и устанавливает перечень компонентов, циклов, последовательность изучения учебных дисциплин, количество учебных часов, отводимых на их изучение, формы учебных занятий, виды и сроки прохождения практики, формы и сроки проведения итоговой аттестации, минимальное количество обязательных контрольных работ, экзаменов, дифференцированных зачетов применительно к специальности, а также перечень необходимых кабинетов, лабораторий, мастерских и иных учебных объектов.

При реализации образовательной программы среднего специального образования, обеспечивающей получение квалификации специалиста со средним специальным образованием, количество учебных часов, отводимых на учебную и производственную практику, должно составлять не менее 20 процентов от общего количества учебных часов, предусмотренных на профессиональный компонент и компонент «Практика».

**7.3.2** Наименование учебных дисциплин общеобразовательного компонента, минимальное количество учебных часов, отводимых на их изучение, теоретические, лабораторные и практические занятия определяются Министерством образования Республики Беларусь.

**7.3.3**Наименование учебных дисциплин профессионального компонента, количество учебных часов, отводимых на их изучение, теоретические, лабораторные и практические занятия, курсовое проектирование по учебным дисциплинам, виды и сроки прохождения практики, форма и срок проведения итоговой аттестации, минимальное количество обязательных контрольных работ устанавливаются типовым учебным планом по специальности на основе настоящего стандарта и с учетом требований организаций – заказчиков кадров.

Курсовые работы планируются за счет учебных часов, установленных на изучение учебной дисциплины.

**7.3.4**Обязательная учебная нагрузка учащихся в дневной форме получения образования не должна превышать 40 учебных часов в неделю, в вечерней форме – 16 учебных часов в неделю.

**7.3.5** Использование учебного времени, установленного стандартом на вариативный компонент, планируется при разработке типового учебного плана по специальности.

**7.3.6** Дополнительно к обязательной учебной нагрузке в дневной форме получения образования планируются учебные часы на проведение факультативных занятий и консультаций из расчета 2 учебных часа в неделю на весь период теоретического обучения.

Наименование, содержание факультативных занятий, количество учебных часов на их изучение определяются учреждением образования.

**7.3.7**В типовых учебных планах по специальности для получения образования в вечерней и заочной формах получения образования не планируются учебные дисциплины «Физическая культура и здоровье», «Допризывная (медицинская) подготовка», факультативные занятия.

В типовом учебном плане по специальности для получения образования в вечерней форме получения образования допускается сокращение количества учебных часов на изучение учебных дисциплин общеобразовательного и профессионального компонентов не более чем на 30 процентов от количества учебных часов, установленных типовым учебным планом по специальности для получения образования в дневной форме получения образования. Дополнительно к обязательной учебной нагрузке в вечерней форме получения образования планируются учебные часы на проведение консультаций из расчета 4 учебных часа в неделю на учебную группу.

В типовом учебном плане по специальности для получения образования в заочной форме получения образования на изучение учебных дисциплин отводится 20–25 процентов времени, установленного типовым учебным планом по специальности для получения образования в дневной форме получения образования. В течение учебного года планируется не более 6 экзаменов, 10 домашних контрольных работ, в том числе не более 2 домашних контрольных работ по одной учебной дисциплине. Учебная практика по закреплению практических умений и навыков по учебной дисциплине проводится в период лабораторно-экзаменационной сессии. Дополнительно к обязательной учебной нагрузке в заочной форме получения образования планируются учебные часы на проведение консультаций из расчета 3 учебных часа в учебный год на каждого учащегося.

Планируемая продолжительность преддипломной практики в заочной и вечерней формах получения образования – 30 календарных дней (4 недели).

**7.4 Требования к организации образовательного процесса**

**7.4.1**Образовательный процесс при реализации образовательной программы среднего специального образования организуется в учреждении образования по учебным годам. Учебный год делится на семестры, которые завершаются экзаменационными (лабораторно-экзаменационными) сессиями.

**7.4.2**Продолжительность экзаменационных сессий определяется из расчета 2 экзамена в неделю и не более 4 экзаменов в сессию.

**7.4.3**На итоговую аттестацию отводится 3 недели.

**7.4.4**Каникулы для учащихся на протяжении учебного года планируются продолжительностью не менее 2 календарных недель, летние каникулы – не менее 6 календарных недель.

**7.5 Требования к срокам реализации образовательной программы**

Срок получения среднего специального образования в дневной форме получения образования составляет:

– на основе общего базового образования – не менее 199 недель, из них не менее 127 недель теоретического обучения, не менее 25 недель практики, не менее 9 недель на экзаменационные сессии, 3 недели на проведение итоговой аттестации, не менее 28 недель каникул, 7 недель резерва;

– на основе общего среднего образования – не менее 146 недель, из них не менее 82 недель теоретического обучения, не менее 25 недель практики, не менее 7 недель на экзаменационные сессии, 3 недели на проведение итоговой аттестации, не менее 18 недель каникул, 11 недель резерва.

**7.6 Перечень компонентов и циклов типового учебного плана по специальности**

Таблица Перечень компонентов и циклов типового учебного плана по специальности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование компонентов, циклов, учебных дисциплин | Примерное распределение учебного времени (учебных часов для 1, 2, 4, 5 компонентов; недель для 3, 6 компонентов) для обучения на основе | |
| общего базового образования | общего среднего образования |
| **1. Общеобразовательный компонент** |  |  |
| 1.1. Социально-гуманитарный цикл | 818 | 128 |
| 1.2. Естественно-математический цикл | 754 |  |
| 1.3. Физическая культура и здоровье | 340 | 268 |
| 1.4. Допризывная (медицинская) подготовка | 86 |  |
| 1.5. Защита населения и территорий от чрезвычайных ситуаций | 22 | 22 |
| **Итого** | **2020** | **418** |
| **2. Профессиональный компонент** |  |  |
| 2.1. Общепрофессиональный цикл | 876 | 876 |
| 2.2. Специальный цикл | 1248 | 1248 |
| 2.3. Цикл специализации | 428 | 428 |
| **Итого** | **2552** | **2552** |
| **Всего** | **4572** | **2970** |
| **3. Вариативный компонент** | **7** | **11** |
| **4. Факультативные занятия** | **254** | **164** |
| **5. Консультации** | **254** | **164** |
| **6. Компонент «Практика»** | **25** | **25** |
| 6.1. Учебная | 15 | 15 |
| 6.2. Производственная | 10 | 10 |
| *6.2.1. Технологическая* | *3* | *3* |
| *6.2.2. Преддипломная* | *7* | *7* |

**7.7 Требования к компетенциям по компонентам, циклам, областям знаний**

**7.7.2 Профессиональный компонент**

Изучение учебных дисциплин профессионального компонента типового учебного плана по специальности создает условия для получения общепрофессиональных, специальных компетенций и компетенций в области специализации.

**7.7.2.1 Общепрофессиональный цикл**

**Выпускник должен в области анатомии, физиологии, гигиены и основ медицинских знаний:**

**знать на уровне представления:**

– особенности развития и функционирования органов и систем детского организма;

– роль нервной системы в развитии организма человека;

– сенсорные системы, значение сенсорной информации в психическом развитии;

– общие характеристики и классификацию детских инфекционных заболеваний;

– основные группы здоровья детей;

**знать на уровне понимания:**

– строение, функции и гигиену органов и систем человека;

– физиологические и возрастные особенности формирования мелкой моторики рук и опорно-двигательного аппарата;

– санитарно-гигиенические требования к помещениям, игровой площадке, физкультурно-игровому оборудованию и др.;

– средства и методы гигиенического воспитания детей раннего и дошкольного возраста;

– меры профилактики инфекционных заболеваний;

**уметь:**

– учитывать особенности нервной системы, роль и формы проявления эмоционального фактора в поведении детей;

– учитывать закономерности развития и созревания организма ребенка и этапы формирования его физического здоровья;

– формировать навыки здорового образа жизни;

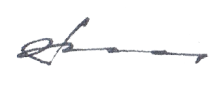
– оказывать первую помощь при травмах, несчастных случаях;

– проводить просветительскую работу и профилактические мероприятия по формированию навыков здорового образа жизни.

**Министерство образования Республики Беларусь**

Оршанский колледж учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М.Машерова»

**УТВЕРЖДАЮ**

Директор

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.А.Зулев

подпись инициалы, фамилия

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

регистрационный индекс

М.П.

**УЧЕБНЫЙ ПЛАН УЧРЕЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ**

**ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ И СПЕЦИАЛИЗАЦИИ**

**для реализации образовательной программы среднего специального образования, обеспечивающей получение квалификации специалиста**

**со средним специальным образованием**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Специальность** | **2-01 01 01**  (код) | **«Дошкольное образование»**  (наименование специальности) | **Срок получения образования в дневной форме получения образования на основе**  общего базового – 2 года 10 месяцев |
|  |  |  |
| **Специализация** | **2-01 01 01 36**  (код) | **«Творческая деятельность»**  (наименование специализации) |
| **Квалификация специалиста** | **Воспитатель дошкольного образования** | |

**ГРАФИК ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Месяц | | сентябрь | | | | 29  05 | октябрь | | | 27  02 | ноябрь | | | | декабрь | | | | 29  04 | январь | | | 26  01 | февраль | | | 23  01 | март | | | | 30  05 | апрель | | | 27  03 | май | | | | июнь | | | | 29  05 | июль | | | 27  02 | август | | | |
| Продолжительность недели | | 01 07 | 08  14 | 15  21 | 22  28 | 06  12 | 13  19 | 20  26 | 03  09 | 10  16 | 17  23 | 24  30 | 01  07 | 08  14 | 15  21 | 22  28 | 05  11 | 12  18 | 19  25 | 02  08 | 09  15 | 16  22 | 02  08 | 09  15 | 16  22 | 23  29 | 06  12 | 13  19 | 20  26 | 04  10 | 11  17 | 18  24 | 25  31 | 01  07 | 08  14 | 15  21 | 22  28 | 06  12 | 13  19 | 20  26 | 03  09 | 10  16 | 17  23 | 24  31 |
| Нумерация недель | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 |
| курсы | I |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | /Э | К | К |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Э | К | К | К | К | К | К | К | К |
| II |  |  |  |  |  | УП | УП |  |  |  |  |  |  |  | УП |  |  |  | Э | К | К |  |  |  | УП |  |  |  |  | УП | УП | УП |  |  |  |  |  | УП |  | ТП | ТП | ТП |  |  |  | /Э | К | К | К | К | К | К |
| III |  |  |  |  |  | УП | УП | УП |  |  |  |  |  |  | УП |  |  |  | Э | К | К |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Э | Э/  ПП | ПП | ПП | ПП | ПП/ГЭ | ГЭ | ГЭ/ |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Сводные данные по бюджету времени(недель)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Этапы образовательного процесса | Распределение по курсам | | | Итого |
| I | II | III |
| Теоретическое обучение | 40,5 | 31,5 | 29 | 101 |
| Практика |  |  |  |  |
| учебная |  | 8 | 4 | 12 |
| производственная |  |  |  |  |
| технологическая |  | 3 |  | 3 |
| преддипломная |  |  | 4 | 4 |
| Экзаменационные сессии | 1,5 | 1,5 | 2,5 | 5,5 |
| Итоговая аттестация |  |  | 2 | 2 |
| Каникулы | 10 | 8 | 2 | 20 |
| на протяжении учебного года | 2 | 2 | 2 | 6 |
| летние | 8 | 6 |  | 14 |
| **И т о г о** | **52** | **52** | **43,5** | **147,5** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Условные обозначения | | | |
|  | | | |
| Теоретическое обучение - |  | Учебная практика - | УП |
|
|  |  |  |  |
| Экзаменационные сессии - | Э | Технологическая  практика - | ТП |
|
|  |  |  |  |
| Государственный экзамен | ГЭ | Преддипломная  практика - | ПП |
|
|  |  |  |  |
|  |  | Каникулы | К |
|  |  |

**План образовательного процесса**

| Компоненты, циклы,  учебные дисциплины | Количество | | | | | Распределение по курсам и семестрам, недель, учебных часов | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| экзаменов (дифференцированных зачетов) / в семестре | обязательных контрольных работ / в семестре | учебных часов | | | I курс | | | | II курс | | | | | | III курс | | | | | |
| всего | в том числе | | 1 семестр | | 2 семестр | | 3 семестр | | | 4 семестр | | | 5 семестр | | | 6 семестр | | |
| на лабораторные, практические занятия | на курсовое проектирование  в семестре/ | 18,5 недель | | 22 недель | | 15 недель | | | 16,5 недель | | | 14 недель | | | 15 недель | | |
| всего | в том числе на лабораторные, практические занятия | всего | в том числе на лабораторные, практические занятия | всего | в том числе | | всего | в том числе | | всего | в том числе | | всего | в том числе | |
| на лабораторные, практические занятия | на курсовое проектирование | на лабораторные, практические занятия | на курсовое проектирование | на лабораторные, практические занятия | на курсовое проектирование | на лабораторные, практические занятия | на курсовое проектирование |
| **1 Общеобразовательный компонент** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.1. Социально-гуманитарный цикл** | **3** | **8** | **644** | **158** |  | **282** |  | **300** |  | **62** | **62** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * + 1. Белорусский язык | 1/II\* | 2/I, II | 72 |  |  | 36 |  | 36 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * + 1. Белорусская литература |  | 2/I, II | 78 |  |  | 36 |  | 42 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * + 1. Русский язык | 1/II\* | 2/I, II | 72 |  |  | 36 |  | 36 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * + 1. Русская литература |  | 2/II, II | 78 |  |  | 36 |  | 42 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * + 1. Иностранный язык | 1/III |  | 158 | 158 |  | 38 | 38 | 58 | 58 | 62 | 62 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * + 1. История Беларуси | 1/I |  | 82 |  |  | 82 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * + 1. Всемирная история |  |  | 52 |  |  | 18 |  | 34 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * + 1. Обществоведение |  |  | 52 |  |  |  |  | 52 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.2. Естественно-математический цикл** | **1** | **18** | **720** | **105** |  | **320** |  | **400** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.1. Математика | 1/II | 6/I, I, II, II, II, II | 240 |  |  | 112 |  | 128 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.2.Информатика |  | 2/II, II | 48 | 48 |  |  |  | 48 | 48 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.3. Физика |  | 3/I, II, II | 108 | 10 |  | 42 | 4 | 66 | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.4. Астрономия |  | 1/I | 34 | 3 |  | 34 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.5. Химия |  | 3/I, II, II | 106 | 8 |  | 38 | 2 | 68 | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.6. Биология |  | 3/I, I, II | 106 | 18 |  | 56 | 11 | 50 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.7. География |  |  | 78 | 18 |  | 38 | 7 | 40 | 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.3. Физическая культура и здоровье** |  |  | **203** |  |  | **38** |  | **44** |  | **30** |  |  | **33** |  |  | **28** |  |  | **30** |  |  |
| **1.4 Допризывная (медицинская) подготовка** |  |  | **74** | **28 (27)** |  | **26** | **5 (4)** | **48** | **23 (23)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.5. Защита населения и территорий от чрезвычайных ситуаций** |  | **1/** **IV** | **22** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  | **22** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.6. Основы социально-гуманитарных наук** |  | **1/ IV** | **36** | **12** |  |  |  |  |  |  |  |  | **36** | **12** |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.7. Основы права** |  | **1/ IV** | **40** | **16** |  |  |  |  |  |  |  |  | **40** | **16** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Итого** | **4** | **29** | **1740** | **323 (322)** |  | **666** |  | **792** |  | **92** |  |  | **131** |  |  | **28** |  |  | **30** |  |  |
| **2 Профессиональный компонент** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.1. Общепрофессиональный цикл** | **5** | **16** | **748** | **268** | **16** |  |  |  |  | **132** |  |  | **240** |  |  | **80** |  |  | **296** |  |  |
| 2.1.1. Современный белорусский язык |  | 1/IV | 34 | 34 |  |  |  |  |  |  |  |  | 34 | 34 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1.2. Современный русский язык |  | 1/IV | 34 | 34 |  |  |  |  |  |  |  |  | 34 | 34 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1.3. Белорусский язык (профессиональная лексика) |  | 1/VI | 20 | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 20 | 20 |  |
| 2.1.4. Иностранный язык (профессиональная лексика) |  | 1/VI | 20 | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 20 | 20 |  |
| 2.1.5. Анатомия, физиология, гигиена | ДЗ/IV | 1/ IV | 64 | 20 |  |  |  |  |  | 30 | 10 |  | 34 | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1.6. Основы медицинских знаний |  | 1/VI | 30 | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 30 | 10 |  |
| 2.1.7. Психология | ДЗ/IV, 1/VI | 2/ III, VI | 170 | 60 |  |  |  |  |  | 54 | 20 |  | 40 | 16 |  | 30 | 12 |  | 46 | 12 |  |
| 2.1.8. Педагогика | 2/IV,VI | 3/ III, V, VI | 224 | 80 | 16/ VI |  |  |  |  | 48 | 16 |  | 66 | 30 |  | 30 | 10 |  | 80 | 24 | 16 |
| 2.1.9. Основы специально психологии и коррекционной педагогики |  | 1/VI | 40 | 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 40 | 18 |  |
| 2.1.10. Культура речи |  | 1/VI | 20 | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 20 | 10 |  |
| 2.1.11. Основы экономики образования |  | 1/IV | 32 | 14 |  |  |  |  |  |  |  |  | 32 | 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1.12. Основы охраны труда |  | 1/V | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 20 |  |  |  |  |  |
| 2.1.13. Охрана окружающей среды и энергосбережение |  | 1/VI | 40 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 40 | 2 |  |
| **2.2. Специальный цикл** | **8** | **14** | **1026** | **676** |  |  |  |  |  | **258** |  |  | **204** |  |  | **394** |  |  | **170** |  |  |
| 2.2.1. Белорусская детская литература | ДЗ/IV | 1/ IV | 50 | 26 |  |  |  |  |  | 20 | 10 |  | 30 | 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2.2. Основы природоведения |  | 1/III | 56 | 56 |  |  |  |  |  | 56 | 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2.3. Методика экологического образования | 1/III | 1/III | 72 | 28 |  |  |  |  |  | 72 | 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2.4. Основы выразительного чтения |  | 1/V | 34 | 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 34 | 24 |  |  |  |  |
| 2.2.5. Методика развития речи | 1/VI | 2/ IV, VI | 130 | 60 |  |  |  |  |  | 40 | 16 |  | 24 | 16 |  | 38 | 18 |  | 28 | 10 |  |
| 2.2.6. Основы логопедии |  | 1/VI | 30 | 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 30 | 18 |  |
| 2.2.7. Мировая детская литература | ДЗ/VI | 1/ VI | 82 | 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 34 | 16 |  | 48 | 24 |  |
| 2.2.8. Методика физического воспитания и развития детей | 1/V | 1/ IV | 90 | 68 |  |  |  |  |  | 20 | 10 |  | 20 | 16 |  | 50 | 42 |  |  |  |  |
| 2.2.9. Методика формирования элементарных математических представлений | 1/V | 1/ V | 90 | 40 |  |  |  |  |  |  |  |  | 32 | 12 |  | 58 | 28 |  |  |  |  |
| 2.2.10. Методика применения информационно-коммуникационных технологий в образовательном процессе |  | 1/V | 32 | 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 32 | 26 |  |  |  |  |
| 2.2.11. Изобразительная деятельность |  |  | 70 | 70 |  |  |  |  |  |  |  |  | 34 | 34 |  | 36 | 36 |  |  |  |  |
| 2.2.12. Методика обучения изобразительной деятельности | ДЗ/V | 1/ V | 86 | 40 |  |  |  |  |  |  |  |  | 30 | 14 |  | 56 | 26 |  |  |  |  |
| 2.2.13. Художественный ручной труд |  |  | 70 | 70 |  |  |  |  |  |  |  |  | 34 | 34 |  | 36 | 36 |  |  |  |  |
| 2.2.14. Музыка и методика музыкального воспитания | ДЗ/VI | 1/ VI | 84 | 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 20 | 14 |  | 64 | 46 |  |
| 2.2.15. Информационные технологии |  | 1/III | 50 | 50 |  |  |  |  |  | 50 | 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.3. Цикл специализации** | **1** | **5** | **244** | **222** |  |  |  |  |  | **88** |  |  | **52** |  |  | **30** |  |  | **74** |  |  |
| 2.3.1. Основы композиции и цветоведения |  | 1/III | 32 | 32 |  |  |  |  |  | 32 | 32 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.3.2. Рисунок |  | 1/III | 32 | 32 |  |  |  |  |  |  |  |  | 32 | 32 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.3.3. Декоративное рисование |  | 1/VI | 30 | 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 30 | 30 |  |
| 2.3.4. Декоративно-прикладное искусство | ДЗ/VI | 1/ VI | 114 | 114 |  |  |  |  |  | 20 | 20 |  | 20 | 20 |  | 30 | 30 |  | 44 | 44 |  |
| 2.3.5. Методика кружковой работы |  | 1/III | 36 | 14 |  |  |  |  |  | 36 | 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого | **14** | **35** | **2018** | **1166** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Всего | **18** | **64** | **3758** | **1489 (1488)** |  | **666** |  | **792** |  | **570** |  |  | **627** |  |  | **532** |  |  | **570** |  |  |
| Учебная нагрузка в неделю |  |  |  |  |  | 36 |  | 36 |  | 38 |  |  | 38 |  |  | 38 |  |  | 38 |  |  |
| **3. Факультативные занятия** |  |  |  |  |  | 38 |  | 44 |  | 30 |  |  | 32 |  |  | 28 |  |  | 30 |  |  |
| **4. Консультации** |  |  |  |  |  | 37 |  | 44 |  | 30 |  |  | 33 |  |  | 28 |  |  | 30 |  |  |

\

Министерство образования Республики Беларусь  
Оршанский колледж учреждения образования

«Витебский государственный университет имени П.М.Машерова»

**УТВЕРЖДАЮ**

Директор Оршанского колледжа

ВГУ имени П.М.Машерова

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.А. Зулёв

22.12.2021 года

**УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА**

**ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

**ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ**

профессионального компонента типового учебного плана

по специальности 2-01 01 01

«Дошкольное образование»

для реализации образовательной программы

среднего специального образования,

обеспечивающей получение квалификации специалиста

со средним специальным образованием

Витебск

|  |  |
| --- | --- |
| Автор: | Шестакова Л.В., преподаватель Оршанского колледжа учреждения образования «Витебский государственный университет имени П. М. Машерова» |

Рецензент: Степанюк В.С., заведующий (фельдшер) здравпункта,

УЗ ОЦП Детская поликлиника 1

Программа рассмотрена и рекомендована к утверждению на заседании цикловой комиссии общеобразовательных дисциплин Оршанского колледжа ВГУ имени П.М. Машерова (протокол № 5 от 22.12.2021 г.)

© ВГУ имени П.М.Машерова, 2021\_

##### **ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА**

**У**чебная программа по учебной дисциплине «Основы медицинских знаний» (далее – программа) предусматривает изучение основных клинических проявлений детских и инфекционных заболеваний, санитарных норм и правил, гигиеническихнормативов,действующихвучрежденияхдошкольногообразования.

Цельпреподаванияучебнойдисциплины«Основымедицинскихзнаний»–формированиеубудущихвоспитателейнавыковоказанияпервой помощи при травмах и несчастных случаях, содействие осознаниюнеобходимостисоблюдениясанитарныхнорм,правилигигиеническихнормативов в учреждениях дошкольного образования, воспитание чувства ответственности за жизнь и здоровье детей дошкольного возраста.

Изучение программного учебного материала базируется на знаниях,уменияхинавыках,полученныхучащимисявходеизучениятакихучебных дисциплин, как «Анатомия, физиология и гигиена» и «Методика физического воспитания и развития детей».

Входеизложенияпрограммногоучебногоматериаланеобходиморуководствоватьсядействующиминормативнымиправовымиактами,техническиминормативными правовыми актами.

Длязакреплениятеоретическогоматериалаиформированияуучащихсянеобходимыхуменийинавыковпрограммойпредусмотренопроведениепрактическихзанятий.Формапроведенияпрактическихзанятийопределятсяпреподавателемисходяизцелиобученияисодержанияучебногоматериала.

Вцеляхконтроляусвоенияпрограммногоучебногоматериалапредусмотрено проведение обязательной контрольной работы, задания длякоторойразрабатываютсяпреподавателемучебнойдисциплиныиобсуждаются на заседании цикловой комиссии учреждения образования.

Программой определены цели изучения каждой темы, спрогнозированы результаты их достижения в соответствии с уровнями усвоения программного учебного материала.

В результате изучения учебной дисциплины учащиеся *должны*

*знать на уровне представления*:

– особенности развития и функционирования органов и систем детского организма;

– роль нервной системы в развитии организма человека;

– сенсорные системы, значение сенсорной информации в психическом развитии;

– общие характеристики и классификацию детских инфекционных заболеваний;

– основные группы здоровья детей;

*знать на уровне понимания:*

– строение, функции и гигиену органов и систем человека;

– физиологические и возрастные особенности формирования мелкой моторики рук и опорно-двигательного аппарата;

– санитарно-гигиенические требования к помещениям, игровой площадке, физкультурно-игровому оборудованию и др.;

– средства и методы гигиенического воспитания детей раннего и дошкольного возраста;

– меры профилактики инфекционных заболеваний;

*уметь:*

– учитывать особенности нервной системы, роль и формы проявления эмоционального фактора в поведении детей;

– учитывать закономерности развития и созревания организма ребенка и этапы формирования его физического здоровья;

– формировать навыки здорового образа жизни;

– оказывать первую помощь при травмах, несчастных случаях;

– проводить просветительскую работу и профилактические мероприятия по формированию навыков здорового образа жизни.

В программе приведены примерные критерии оценки результатов учебной деятельности учащихся по учебной дисциплине, которые разработаны на основе десятибалльной шкалы и показателей оценки результатов учебной деятельности обучающихся в учреждениях среднего специального образования.

Программа содержит примерный перечень оснащения кабинета приборами, оборудованием, техническими и демонстрационными средствами обучения, необходимыми для обеспечения образовательного процесса.

# ПРИМЕРНЫЙТЕМАТИЧЕСКИЙПЛАН

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Раздел,тема | Количество  учебныхчасов | |
| Всего | Втомчисле  напрактиче-скиезанятия |
| **Введение** | 1 |  |
| Раздел1.**Вопросы физиологии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста** | **6** |  |
| 1.1.Периодизациядошкольноговозраста | 1 |  |
| 1.2.Адаптациядетейприпоступлениивучреждениедо-школьногообразования.Значениережимадляобеспечения здоровья детей | 2 |  |
| 1.3.Физиологическиеосновыпитаниядетейраннегои  дошкольного возраста | 1 |  |
| 1.4.Закаливание | 1 |  |
| 1.5.Гигиеническиеусловиявоспитаниядетейвучрежде-ниидошкольногообразования | 1 |  |
| Раздел2.**Детские болезни и их профилактика** | **9** | **4** |
| 2.1.Функциональные нарушения высшей нервной деятельности у детей | 1 |  |
| 2.2.Болезни,вызываемыенарушениемобменавеществ,у  Детей раннегоидошкольного возраста | 1 |  |
| 2.3.Болезниоргановдыхания.Болезникрови.Болезниор-  гановпищеварения.Гельминтозы | 3 | 2 |
| 2.4.Болезнимочеполовойсистемы.Заболеванияэндо-  криннойсистемыудетей | 1 |  |
| 2.5.Нарушения опорно-двигательного аппарата. Виды  нарушенийосанки.Болезниоргановслуха изрения | 3 | 2 |
| Раздел3.**Инфекционныеболезни** | **6** | **2** |
| 3.1.Учениеобинфекции.Классификацияинфекционных  болезней.Основыэпидемиологииидезинфекционногодела | 1 |  |
| 3.2.Кожныеинфекции | 1 |  |
| 3.3.Воздушно-капельныеинфекции.Остраяреспиратор-  наявируснаяинфекция.Кишечныеинфекции | 3 | 2 |
| 3.4.Вирусиммунодефицитачеловека | 1 |  |
| Раздел4.**Детскийтравматизм** | **8** | **4** |
| 4.1.Перваяпомощьпритравмах | 2 | 1 |
| 4.2.Перваяпомощьприранениях икровотечениях | 2 | 1 |
| 4.3.Перваяпомощьпринесчастныхслучаяхинеотлож-  ныхсостояниях | 3 | 2 |
| *Обязательнаяконтрольнаяработа* | 1 |  |
| **Итого** | **30** | **10** |

3

4

# СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Цельизучениятемы | Содержаниетемы | Результат |
|  | **ВВЕДЕНИЕ** |  |
| Ознакомить с целями и задачамиучебнойдисциплины,ееместомвподготовке специалистов, связью сдругими учебнымидисциплинами.  Сформировать представление обистории развития педиатрии, о си-стемеохраныздоровьядетейвРес-  публикеБеларусь. | Цели и задачи учебной дисциплины «Основымедицинскихзнаний»,ееместовподготовкеспециалистов,связьсдругимиучебнымидисци-плинами.  Краткаяисторияразвитияпедиатрии.Осново-положники отечественной педиатрии. СистемаохраныздоровьядетейвРеспубликеБеларусь. | Называетцелиизадачиучеб-нойдисциплины,высказываетобщее суждение о ее месте в под-готовкеспециалистов,связисдругимиучебнымидисциплина-ми,обисторииразвитияпедиат-  рии,осистемеохраныздоровьядетейвРеспубликеБеларусь. |
| РАЗДЕЛ1.**ВОПРОСЫФИЗИОЛОГИИИГИГИЕНЫДЕТЕЙРАННЕГОИДОШКОЛЬНОГОВОЗРАСТА** | | |
| Тема1.1.**Периодизациядошкольноговозраста** | | |
| Сформироватьпонятиеовозраст-нойпериодизацииразвитиядетейраннегоидошкольноговозраста.  Сформироватьпредставлениеогруппахздоровьядетей. | Возрастнаяпериодизацияразвитиядетейраннего и дошкольного возраста. Особенностиразвитияифункционированияоргановиси-стемдетскогоорганизма.  Группы здоровья детей.Понятие«школьнаязрелость». | Излагаетвозрастнуюпериоди-зациюразвитиядетейраннегоидошкольного возраста. Объясняетособенности развития и функцио-нирования органов и систем дет-скогоорганизма.  Называет группы здоровья детей.Раскрываетсущностьпонятия  «школьнаязрелость». |
| Тема1.2.**Адаптация детей при поступлениивучреждениедошкольногообразования.**  **Значениережимадляобеспеченияздоровьядетей** | | |
| Сформировать знания об адапта-ции,факторах,определяющихтя-жестьадаптации,особенностяхор-  ганизациижизнедеятельностидетей | Понятие«адаптация».Особенностиадапта-ции детей к учреждению дошкольного образо-вания.Классификациятяжестиадаптациик  учреждениюдошкольногообразования.Факто- | Раскрываетсущностьпонятия  «адаптация».Описываетпризна-килегкой,среднетяжелойитя-желойадаптацииудетей,осо- |

5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Цельизучениятемы | Содержаниетемы | Результат |
| в период адаптации к учреждениюдошкольногообразования.  Сформировать понятие о режимедня, его значении для здоровья де-тей,составныхкомпонентахрежимадня и принципах его организации,примерныхвозрастныхрежимах.  Сформироватьзнанияороливоспитателя в организации режимаднядетей. | ры, определяющие тяжесть адаптации. Особен-ности организации жизнедеятельности детей вучреждениидошкольногообразованияисемьевпериодадаптации.  Режим дня и его значение для обеспеченияздоровья детей. Составные компоненты режимадня и принципы его организации. Примерныевозрастныережимы.Индивидуальныйрежим.  Рольвоспитателяворганизациирежимадня. | бенностиорганизациижизнедея-тельностидетейвучреждениидошкольногообразованиявпе-риодадаптации.  Рассказываетсущность понятия  «режимдня»,егозначениедляздоровьядетей,компонентыре-жима дня, принципы его органи-зации,особенностирежимаднядляразныхвозрастныхгрупп.  Раскрываетрольвоспитателяв  организациирежимадня детей. |
| Тема1.3.**Физиологические основыпитаниядетей раннего и дошкольноговозраста** | | |
| Сформироватьпредставлениеорациональном питании и его значе-нии для здоровья и развития детей.Ознакомить с особенностями орга-низациипитаниядетейразноговоз-  раста. | Рациональноепитаниеиегозначениедляздоровьяиразвитиядетей.Основныекомпо-нентырациональногопитания.Организацияпитания детей разного возраста в учреждениидошкольногообразования. | Высказывает общее суждение орациональном питании и его зна-чении для здоровья и развития де-тей, основных компонентах раци-ональногопитания,организации  питаниядетейразноговозраста. |
|  | Тема1.4.**Закаливание** |  |
| Сформировать понятие о сущно-сти закаливания, принципах и фак-торах закаливания, группах закали-ваниядетей.  Сформировать знания об органи-зациизакаливаниядетейвучре-  ждениидошкольногообразования, | Сущность закаливания организма. Основныепринципы проведения закаливающих процедур.Группы закаливания детей. Факторы закалива-ния:воздух,вода,солнце.  Организациязакаливаниядетейвучрежде-ниидошкольногообразования.Рольвоспитате-  лявпроведениизакаливающихпроцедур. | Раскрываетсущностьзакалива-нияорганизмадетей.Излагаетпринципы и факторы проведениязакаливающих процедур,группызакаливаниядетей.  Описываеторганизациюзака-  ливаниядетейвучреждениидо- |

6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Цельизучениятемы | Содержаниетемы | Результат |
| роливоспитателявпроведенииза-каливающихпроцедур. |  | школьногообразования.Раскры-  ваетрольвоспитателявпроведе-ниизакаливающих процедур. |
| Тема1.5.**Гигиеническиеусловиявоспитаниядетейвучреждениидошкольногообразования** | | |
| Дать понятие о роли гигиениче-ских условий среды, правил личнойгигиеныдляразвитияиздоровьядетей.  Сформировать знания о гигиени-ческихтребованияхкзданию,участку,помещениямиихобору-дованию, игрушкам, воздушному исветовому режиму учреждения до-школьного образования, гигиениче-ском воспитании детей и роли вос-питателявегопроведении. | Роль гигиенических условий среды для раз-витияиздоровьядетей. Личная гигиена.  Гигиенические требования к зданию, участ-ку, помещениям и их оборудованию, игрушкам,воздушному исветовому режиму учреждениядошкольногообразования.  Гигиеническое воспитание детей в учрежде-нии дошкольного образования и роль воспита-телявегопроведении. | Раскрываетрольгигиениче-ских условий среды, правил лич-ной гигиены для развития и здо-ровьядетей.  Излагает гигиенические требо-ваниякзданию,помещениям,участку,оборудованию,игруш-кам, воздушному и световому ре-жимуучреждениядошкольногообразования.  Описываетгигиеническоевос-питаниедетейираскрываетроль  воспитателявегопроведении. |
| РАЗДЕЛ2.**ДЕТСКИЕБОЛЕЗНИИИХПРОФИЛАКТИКА** | | |
| Тема2.1.**Функциональныенарушениявысшейнервнойдеятельностиудетей** | | |
| Сформироватьзнанияопризна-кахнарушенияповеденческихре-акцийиневрозовудетей,профи-лактикенарушенияповеденческихреакций и неврозов в семье и учре-ждениидошкольногообразования,тактикевоспитателявотношении  детейсневрозами. | Нарушениеповеденческихреакций:упрям-ство,капризы,немотивированныйплач,отказотконтактасвоспитателемисверстниками,двигательная расторможенность. Причины раз-вития,ихпрофилактика.  Формыневрозов:истерическийневроз,невра-стения, невроз навязчивых состояний. Причинывозникновенияипризнакиразличныхформ | Объясняетпричинывозникно-вения, описывает признаки нару-шенияповеденческихреакцийиневрозовудетей.  Описывает профилактику нару-шенияповеденческихреакцийиневрозоввсемьеиучреждении  дошкольногообразования,тактику |

7

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Цельизучениятемы | Содержаниетемы | Результат |
|  | неврозов.Профилактиканеврозоввсемьеивучреждениидошкольногообразования.  Тактикавоспитателявотношениидетейсневрозами. | воспитателявотношениидетейсневрозами. |
| Тема2.2.**Болезни,вызываемые нарушениемобменавеществ, удетей раннегоидошкольноговозраста** | | |
| Сформироватьзнанияопричи-нахразвития,признакахипрофи-лактикезаболеваний,вызываемыхнарушением обмена веществ у де-тей раннего возраста, о первой по-мощипривозникновенииларин-госпазмаисудорожногосиндрома. | Болезни, вызываемые нарушением обмена ве-ществудетейраннеговозраста.Рахит:причиныразвития, признаки, последствия, профилактика(неспецифическая, специфическая).Гипервита-минозD:причиныразвития,признаки,профилак-тика.Спазмофилия:причиныразвития,признаки.  Перваяпомощьпривозникновенииларин-госпазмаисудорожногосиндрома. | Описываетпричиныразвития,признакиимерыпрофилактикирахита, гипервитаминоза D, спаз-мофилии,мероприятияпервойпомощипривозникновениила-рингоспазмаисудорожногосин-дрома. |
| Тема2.3.**Болезниорганов дыхания.Болезникрови.Болезниоргановпищеварения.Гельминтозы** | | |
| Дать представление об анатомо-физиологических особенностях ор-ганов дыхания и органов пищеваре-ния у детей раннего и дошкольноговозраста.  Сформировать понятие о причи-нахразвития,признакахипрофи-лактике заболеваний органов дыха-ния,крови,органовпищеварения,гельминтозов.  Сформироватьзнанияопервойпомощипривозникновениипри-ступабронхиальнойастмы. | Физиологические особенности дыхания у де-тейраннегоидошкольноговозраста.  Острыйринофарингит,острыйларингит:причины развития, признаки. Пневмония: при-чины развития, признаки, осложнения. Бронхи-альнаяастма:причиныразвития,признаки,первая помощь при возникновении астматиче-скогоприступа.  Неспецифическаяиспецифическаяпрофи-лактика заболеваний органов дыхания у детей вучреждениидошкольного образованияирольвоспитателявееосуществлении.  Болезни крови (анемия, геморрагические ди-атезы,гемофилия):причиныразвития,призна- | Высказываетобщеесуждениеоб анатомо-физиологических осо-бенностях органов дыхания и ор-ганов пищеварения у детей ранне-гоидошкольноговозраста.  Описывает причины развития ипризнаки острого ринофарингита,остроголарингита,пневмонии,бронхиальной астмы, анемии, ге-моррагических диатезов, гемофи-лии, стоматитов, острого гастрита,острогогастроэнтерита,видовгельминтозов,неспецифическуюи  специфическуюпрофилактикуза- |

8

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Цельизучениятемы | Содержаниетемы | Результат |
| Сформироватьумениеопределять заболевания органов дыхания,кровииоргановпищеваренияпо  характернымпризнакам. | ки, профилактика. Роль воспитателя в обеспе-ченииохранительногорежимадляребенка,больногогемофилией.  Анатомо-физиологическиеособенностиор-ганов пищеварения у детей раннего и дошколь-ноговозраста.  Стоматиты, острый гастрит, острый гастроэнте-рит:причиныразвития,признаки,профилактика.  Гельминтозы у детей (аскаридоз, энтеробиоз):причиныразвития,признаки,профилактика.  Рольвоспитателявпрофилактикезаболеванийоргановпищеваренияигельминтозовудетей. | болеванийоргановдыхания,крови,органовпищеваренияудетей,рольвоспитателявееосуществлении.  Излагаетмероприятияпервойпомощи при возникновении при-ступабронхиальнойастмы. |
| *Практические занятия* |  |
| Определение заболеваний органов дыхания,крови и органов пищеварения по характернымпризнакам. | Определяетзаболеванияорга-новдыхания,кровииоргановпищеваренияпохарактерным  признакам. |
| Тема2.4.**Болезнимочеполовойсистемы.Заболеванияэндокриннойсистемыудетей** | | |
| Дать представление об анатомо-физиологическихособенностяхмочеполовойиэндокриннойси-стемудетей.  Сформироватьзнанияопричи-нахразвития,признакахипрофи-лактике заболеваний мочеполовой иэндокриннойсистем,первойпомо-  щи при начальных признаках гипо-гликемическойкомы. | Анатомо-физиологическиеособенностимо-чеполовойиэндокриннойсистемудетей.  Пиелонефрит, цистит, вульвовагинит: причи-ны развития, признаки. Профилактика болезнеймочеполовой системы у детей и роль воспита-телявеепроведении.  Сахарныйдиабет,гипер-игипогликемиче-ская кома: причины развития, признаки. Диф-ференциальнаядиагностикакоматозныхсо-стояний.Рольвоспитателявпредупреждении | Высказываетобщеесуждениеоб анатомо-физиологических осо-бенностяхмочеполовойиэндо-криннойсистемудетей.  Описывает причины развития ипризнаки пиелонефрита, цистита,вульвовагинита, сахарного диабе-та,гипер-игипогликемической  комы,ожирения,мероприятияпервойпомощиприначальных |

9

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Цельизучениятемы | Содержаниетемы | Результат |
|  | развитиякоматозныхсостоянийудетей.Ме-роприятиядоврачебнойпомощиприначаль-ныхпризнакахгипогликемическойкомы.  Ожирение,причиныразвития,признаки,профилактика.  Особенностиэндокриннойсистемыудетей. | признакахгипогликемическойкомы, профилактику заболеваниймочеполовойиэндокриннойси-стем у детей и роль воспитателя вееосуществлении. |
| Тема2.5.**Нарушенияопорно-двигательного аппарата.Виды нарушенийосанки.Болезниоргановслухаизрения** | | |
| Сформироватьзнанияовидахнарушенийосанкиипричинахихвозникновения, мерах профилакти-кинарушенийопорно-двигатель-ного аппарата при работе с детьми,причинахипризнакахизмененияостротызрения,болезняхоргановслуха, мерах профилактики заболе-ванийоргановслухаизрения. | Видынарушенийосанки(сколиоз,кифоз,лордоз): причины развития, признаки. Методикаопределениянарушенийосанки:визуальныенаблюдения над положением лопаток, уровнейплеч, положением головы, измерение глубинышейногоипоясничногоизгибоввсравненииспа-раметрами нормальной осанки. Меры профилак-тикинарушенийопорно-двигательногоаппарата.  Болезни органов зрения. Причины, признаки,профилактиказаболеванийоргановзренияудетей.  Болезни органов слуха. Меры профилактикизаболеванийоргановслуха. | Описываетвидынарушенийосанки,причиныихразвитияиметодику определения, причины ипризнаки изменения остроты зре-ния, болезни органов слуха, мерыпрофилактики нарушений осанки,заболеваний органов слуха и зре-нияудетей. |
|  | *Практическиезанятия* |  |
| Сформироватьумениеопределятьвидынарушенияосанки,болезниоргановслухаиоргановзренияу  детейпохарактернымпризнакам. | Определениевидовнарушенияосанки,бо-лезней органов слуха и зрения у детей по ха-рактернымпризнакам. | Определяетвидынарушенияосанки,болезниоргановслухаиоргановзренияудетейпохарак-  тернымпризнакам. |

10

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Цельизучениятемы | Содержаниетемы | Результат |
|  | РАЗДЕЛ3.**ИНФЕКЦИОННЫЕБОЛЕЗНИ** |  |
| Тема3.1.**Учениеобинфекции.Классификация инфекционныхболезней.**  **Основыэпидемиологииидезинфекционногодела** | | |
| Сформировать представление обинфекционных болезнях, их особен-ностяхипериодахтечения,окласси-фикации инфекционных болезней поЛ.В. Громашевскому, об эпидемиоло-гическом процессе, эпидемиологиче-ском очаге, о звеньях эпидемиологи-ческого процесса, мероприятиях поихустранению.  Сформировать знания о видах испособах дезинфекции, методах не-специфическойиспецифическойпрофилактики инфекционных забо-леваний,иммунитетеиеговидах. | Инфекционные болезни: особенности, периодытечения,классификацияпоЛ.В.Громашевскому.  Эпидемиологическийпроцесс,эпидемиоло-гическийочаг.Звеньяэпидемиологическогопро-цесса: источник инфекции, механизмы и путизаражения, восприимчивость населения. Меро-приятия, направленные на устранение звеньевэпидемиологическогопроцесса.  Дезинфекция. Виды и способы дезинфекции.Специфическаяинеспецифическаяпрофи-  лактикаинфекционныхзаболеваний.  Иммунитети еговиды. | Называет инфекционные болез-ни, их особенности, периоды тече-ния, классификацию по Л.В. Гро-машевскому.  Различаетэпидемиологическийпроцесс,эпидемиологическийочаг,звеньяэпидемиологического про-цесса. Высказывает общее сужде-ниеомероприятиях,направленныхнаустранениезвеньевэпидемиоло-гическогопроцесса.  Описываетвидыиспособыдезинфекции,специфическуюинеспецифическуюпрофилактику  инфекционных заболеваний, видыиммунитета. |
|  | Тема3.2.**Кожныеинфекции** |  |
| Дать представление об анатомо-физиологическихособенностяхко-жиудетей.  Сформироватьзнанияопричи-нах развития и основных признакахпедикулеза, чесотки, микроспории,профилактикепаразитарныхзабо-леванийкожиу детейироливоспи-  тателявее осуществлении. | Анатомо-физиологические особенности кожиудетей.  Педикулез,чесотка,микроспория:причиныразвития, признаки, профилактика. Роль воспи-тателя в профилактике паразитарных заболева-нийкожиудетей. | Высказываетобщеесуждениеоб анатомо-физиологических осо-бенностяхкожиудетей.  Описывает причины развития ипризнакипедикулеза,чесотки,микроспории, меры профилактикипаразитарных заболеваний кожи удетейирольвоспитателявихосу-  ществлении. |

11

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Цельизучениятемы | Содержаниетемы | Результат |
| Тема3.3.**Воздушно-капельныеинфекции.Остраяреспираторнаявируснаяинфекция.**  **Кишечныеинфекции** | | |
| Сформировать знания о путях пе-редачи,признакахвоздушно-капель-ныхинфекций,ОРВИ,кишечныхинфекций, об основных эпидемио-логических карантинных мероприя-тияхироливоспитателявпреду-преждении распространения инфек-ционныхзаболеваний. | Инфекционные заболевания (коклюш, корь,ветрянаяоспа,скарлатина,паротит,менин-гококковый эпидемический менингит, туберку-лез легких): этиология, пути передачи, основ-ныепризнаки,профилактика.  Остраяреспираторнаявируснаяинфекция(ОРВИ), грипп, аденовирусная инфекция: этио-логия,путипередачи,признаки,профилактика.  Дизентерия, сальмонеллез, вирусный гепатитА, пищевые токсикоинфекции: пути передачи,основныепризнаки,профилактика.  Эпидемиологические мероприятия в учреждениидошкольногообразованияпривведениикарантина.  Роль воспитателя в предупреждении распро-странениявоздушно-капельныхикишечных  инфекций. | Описывает пути передачи, при-знакивоздушно-капельныхин-фекций, ОРВИ, кишечных инфек-ций,основныеэпидемиологиче-скиекарантинныемероприятия,роль воспитателя в предупрежде-нии распространения инфекцион-ныхзаболеваний. |
|  | *Практическиезанятия* |  |
| Сформироватьумениеопределять  симптомы воздушно-капельных икишечныхинфекцииудетей. | Определение симптомов воздушно-капель-ныхикишечныхинфекцийудетей. | Определяетсимптомывоздуш-  но-капельныхикишечныхинфек-цийудетей. |
|  | Тема3.4.**Вирусиммунодефицитачеловека** |  |
| Сформировать знания о путях за-ражения,основныхпризнакахипрофилактикеВИЧ. | Путизаражениявирусомиммунодефицитачеловека(ВИЧ).КлассификациястадийВИЧ,признакиболезни.Профилактика. | ОписываетпутизараженияВИЧ, классификацию стадий ВИЧипризнакикаждойстадии,профи-  лактикузаболевания. |

12

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Цельизучениятемы | Содержаниетемы | Результат |
|  | РАЗДЕЛ4.**ДЕТСКИЙТРАВМАТИЗМ**  Тема4.1.**Первая помощьпритравмах** |  |
| Сформироватьзнанияопричи-нахтравматизмаудетей,видахтравм,иххарактерныхпризнаках,мероприятиях,направленныхнапредупреждениедетскоготравма-  тизма,приемахоказанияпервойпомощипритравмах. | Причинытравматизмаудетей.Частотатравмвотдельныхвозрастныхгруппах.  Видытравм(ушибы,растяжения,сотрясения,вывихи, переломы) и их характерные признаки.Приемыоказанияпервойпомощипритравмах.  Мероприятия,направленныенапредупре-ждениедетскоготравматизма. | Описывает причины травматиз-ма у детей различных возрастныхгрупп,видытравм,иххарактерныепризнаки,мероприятия,направ-ленныенапредупреждениедет-  ского травматизма, приемы оказа-нияпервойпомощипритравмах. |
|  | *Практическиезанятия(1ч)* |  |
| Обучить приемамоказанияпер-вой помощи при ушибах, растяже-ниях,сотрясениях,вывихах,пере-  ломах. | Отработка приемов оказания первой помощипри травмах: ушибах, растяжениях, сотрясени-ях,вывихах,переломах. | Демонстрируетприемыоказа-ния первой помощи при ушибах,растяжениях,сотрясениях,выви-  хах,переломах. |
| Тема4.2.**Перваяпомощьпри раненияхи кровотечениях** | | |
| Сформироватьзнанияовидахкровотечений,правилахоказанияпервойпомощиприранениях,пра-  вилахбинтования. | Виды кровотечений: артериальное, венозное,капиллярное,паренхиматозное,носовое.Пра-вилаоказанияпервойпомощиприранениях.  Правилабинтования. | Описывает виды кровотечений,правила оказания первой помощиприранениях,правилабинтования. |
|  | *Практическиезанятия(1ч)* |  |
| Обучить приемам наложения от-дельных видов повязок, временнойостановкиразныхвидовкровоте-  чений. | Изучение приемов наложения отдельных ви-дов повязок, временной остановки разных ви-довкровотечений. | Демонстрируетприемынало-женияотдельныхвидовповязок,временнойостановкиразных ви-  довкровотечений. |
| Тема4.3.**Перваяпомощьпринесчастныхслучаяхи неотложныхсостояниях** | | |
| Сформироватьзнанияо несчастных  случаяхинеотложныхсостояниях. | Несчастныеслучаиинеотложныесостояния:  ожоги,пораженияэлектрическимтоком,обмо- | Описываетнесчастныеслучаи  инеотложныесостояния. |

13

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Цельизучениятемы | Содержаниетемы | Результат |
| Сформироватьпонятиеомеро-приятияхпооказаниюпервойпо-мощипринеотложныхсостоянияхинесчастныхслучаях. | рожения,отравления,солнечныйитепловойудары, попадание в организм инородных тел,укусы,«острыйживот»,обморок,шок.  Мероприятия по оказанию первой медицин-ской помощи при ожогах, обморожениях, сол-нечном и тепловом ударах, попадании в орга-низминородныхтел,укусах,«остромживоте»,  обмороке,шоке. | Излагаетмероприятияпоока-занию первой помощи при неот-ложных состояниях и несчастныхслучаях. |
|  | *Практическиезанятия* |  |
| Научить выполнять приемы ока-занияпервойпомощипринеот-ложныхсостоянияхинесчастных  случаях. | Отработкаприемовоказанияпервойпомо-щи при неотложных состояниях и несчастныхслучаях. | Выполняетприемыоказанияпервойпомощипринеотложныхсостоянияхинесчастныхслучаях. |
| *Обязательнаяконтрольнаяработа* | | |

**ПРИМЕРНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ**

|  |  |
| --- | --- |
| Отметка  В баллах | Показатели оценки |
| 1  (один) | Узнаваниеотдельныхобъектовизученияпрограммногоучебногоматериала,предъявленныхвготовомвиде(фактов,терминов,яв-лений,инструктивныхуказаний,действийпотехникевыполнения  процедурприоказаниипервойпомощиит.д.) |
| 2  (два) | Различениеобъектовизученияпрограммногоучебногоматериала,предъявленных в готовом виде (причин развития и признаков забо-леваний,профилактическихмероприятийит.д.);осуществление  соответствующихпрактическихдействий |
| 3  (три) | Воспроизведениечастипрограммногоучебногоматериалапопа-мяти(фрагментарныйпересказиперечислениеосновныхвозраст-ныхпериодов,основныхдетскихзаболеваний,причинразвитияи  признаковзаболеваний,профилактическихмероприятийит.д.);осуществлениеумственныхипрактическихдействийпообразцу |
| 4  (четыре) | Воспроизведение большей части программного учебного материала(описание заболеваний с элементами объяснения причин и признакових развития, профилактических мероприятий, несчастных случаев инеотложных состояний, алгоритма оказания первой помощи и т. д.);применение знаний в знакомой ситуации по образцу (определение за-болеваний по симптомам, наложение повязок, шин, кровоостанавли-вающихжгутов,проведениереанимационныхмероприятийит.д.);  наличиеединичныхсущественныхошибок |
| 5  (пять) | Осознанноевоспроизведениепрограммногоучебногоматериала(описание заболеваний с объяснением причин и признаков их раз-вития,профилактическихмероприятий;несчастныхслучаевине-отложных состояний, алгоритма оказания первойпомощи и т. д.);применение знаний в знакомой ситуации по образцу(определениезаболеванийпосимптомам,наложениеповязок,шин,кровоостаавливающихжгутов,проведениереанимационныхмероприятий ит.д.);наличиенесущественныхошибок |
| 6  (шесть) | Полноезнаниеиосознанноевоспроизведениевсегоучебногоматериа-ла,владениепрограммнымучебнымматериаломвзнакомойситуации(описаниезаболеванийиобъяснениепричинипризнаковихразвития,профилактических мероприятий, несчастных случаев и неотложныхсостояний, алгоритма оказания первой помощи и т. д.); выполнениезаданийпообразцу,наосновепредписаний(определениезаболеванийпо симптомам, наложение повязок, шин, кровоостанавливающих жгу-тов,проведениереанимационныхмероприятийит.д.);наличиенесу-  щественныхошибок |
| 7  (семь) | Полное,прочноезнаниеивоспроизведениепрограммногоучебного  материала;владениепрограммнымучебнымматериаломвзнакомойситуации(развернутоеописаниеиобъяснениепричинипризнаков |
| Отметка  вбаллах | Показателиоценки |
|  | развитиязаболеваний,профилактическихмероприятий;несчаст-ных случаев и неотложных состояний, алгоритма оказания первойпомощиит.д.);недостаточносамостоятельноевыполнениезада-ний(определениезаболеванийпосимптомам,наложениеповязок,шин,кровоостанавливающихжгутов,проведениереанимационныхмероприятийит.д.);наличиеединичныхнесущественныхошибок |
| 8  (восемь) | Полное, прочное знание и воспроизведение программного учебногоматериала; владение программным учебным материалом в знакомойситуации (развернутое описание и объяснение причин и признаковразвития заболеваний, профилактических мероприятий, несчастныхслучаев и неотложных состояний, алгоритма оказания первой помо-щи и т. д.); самостоятельное выполнение заданий (определение забо-леваний по симптомам, наложение повязок, шин, кровоостанавлива-ющихжгутов,проведениереанимационныхмероприятийит.д.);  наличиеединичныхнесущественныхошибок |
| 9  (девять) | Полное, прочное, глубокое, системное знание программного учебно-го материала; оперирование программным учебным материалом в ча-стично измененной ситуации (применение учебного материала как наоснове известных правил, предписаний, так и поиск нового знания,способов решения учебных задач, выдвижение предположений и ги-потез,осознанноеиспользованиезнанийвпрактическойситуации;  увереннаядемонстрацияприемовоказанияпервойпомощиит.д.) |
| 10  (десять) | Свободноеоперированиепрограммнымучебнымматериалом;при-менение знаний и умений в незнакомой ситуации (самостоятельноеописание,объяснениепричинразвитияипризнаковзаболеваний,про-филактических мероприятий, несчастных случаев и неотложных со-стояний,алгоритмаоказанияпервойпомощиит.д.);свободноевладе-ниеприемамиоказания первойпомощи, проведенияреанимационных  мероприятийит.д.,выполнениетворческихработизаданий |

*Примечание.* При отсутствии результатов учебной деятельности обучающимсявыставляется«0»(ноль) баллов.

# ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ОСНАЩЕНИЯ КАБИНЕТА

|  |  |
| --- | --- |
| Наименованиесредствобучения | Количество |
| **Техническиесредстваобучения** |  |
| Техническиеустройства |  |
| Компьютер | 1 |
| Мультимедийныйпроектор | 1 |
| **Дидактическиесредстваобучения** |  |
| Фрагментывидеофильмовпотемам | Комплект |
| **Печатныесредстваобучения** |  |
| Плакаты |  |
| Видынеправильнойосанки | 1 |
| Правильнаяосанка | 1 |
| Приемыоказанияпервойпомощиприутоплении | 1 |
| Строениедыхательнойсистемы | 1 |
| Строениемочевыделительнойсистемы | 1 |
| Строениепищеварительнойсистемы | 1 |
| Строениесердечно-сосудистойсистемы | 1 |
| **Средстваобучениядляпроведенияпрактическихзанятий** | |
| Жгуткровоостанавливающий | 15 |
| Перевязочныйматериал | 15комплектов |
|  | Комплект |
| **Средствазащиты** |  |
| Аптечка | 1 |
| Огнетушитель | 1 |
| **Оборудованиепомещения** |  |
| Доскаклассная | 1 |
| Столаудиторный | 15 |
| Столдляпреподавателя | 1 |
| Стул | 31 |
| Экранпроекционный | 1 |

**ЛИТЕРАТУРА ОСНОВНАЯ**

17

**Дорошкевич,М.П.** Медицинскиезнанияпедагогу(ввопросахиответах)/

М.П.Дорошкевич.Минск,2002.

**Федюкович, Н.И.** Основы медицинских знаний : учеб. пособие /Н.И.Федюкович.Минск,2011.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ**

**Артюнина,Г.П.**Основымедицинскихзнаний:здоровье,болезньиобразжизни : в 2 т. / Г.П. Артюнина, Н.Т. Гончар, С.А. Игнатькова. Псков, 2003.**Вдовина,Л.Н.**Основымедицинскихзнанийиздоровогообразажизни/Л.Н.Вдовина,Е.И. Зеркалина,М.П.Носкова.Ростовн/Д,2015.

**Голубев,В.В.**Основыпедиатрииигигиеныдетейдошкольноговозраста:учеб.пособие/В.В.Голубев,С.В.Голубев.М., 2011.

**Голубев,В.В.**Практикумпоосновампедиатрииигигиеныдетейдошкольного возраста / В.В. Голубев, М.В. Лещенко, С.В. Голубев. М.,2000.

**Зборовский,К.Э.**Основымедицинскихзнаний : учеб. пособие /К.Э.Зборовский.Минск,2002.

**Мисюк,М.Н.**Основымедицинскихзнаний:учеб.ипрактикум /М.Н.Мисюк.Минск,2018.

**Основы** медицинских знаний : учеб. пособие / С.В. Низкодубова [и др.] ;под ред.С.В.Низкодубовой.Томск,2003.

**Первая**доврачебнаяпомощь/ подред.А.Логачева.СПб.,2017.

**Смоленко, Е.Д.** Основы медицинских знаний : курс лекций /Е.Д.Смоленко,И.М.Прищепа.Витебск,2009.

**Тонкова-Ямпольская, Р.В.** Основы медицинских знаний : учеб. пособие /Р.В.Тонкова-Ямпольская,Т.Я.Черток,И.Н. Алферова ; под ред.Р.В.Тонковой-Ямпольской.М.,1981.

**Федюкович,Н.И.**Основымедицинскихзнаний: учеб. пособие /Н.И.Федюкович. Ростовн/Д,2015.

**ГЛОССАРИЙ**

**Аборт** - прерывание беременности в первые 28 недель, когда плод еще нежизнеспособен.

**Абсцесс** - полость, заполненная гноем и ограниченная от окружающих тканей и органов оболочкой.

**Авитаминоз** - разновидность витаминной недостаточности, характеризующаяся практически полным отсутствием поступления витамина в организм.

**Агония** - терминальное состояние, предшествующее наступлению смерти и характеризующееся глубоким нарушением функций головного мозга.

**Адаптация** - процесс приспособления организма к изменившимся условиям существования.

**Адреналин** - гормон мозгового вещества надпочечников, активирует структуры мозга, сердца, вызывает сужение сосудов.

**Адсорбция** - поглощение концентрированных газов или растворенных веществ на поверхности твердого тела или жидкости.

**Активированный уголь** - специально обработанный древесный уголь, обладающий способностью адсорбировать на своей поверхности значительное количество газов и вредных веществ.

**Алкоголизм** - систематическое неумеренное употребление спиртных напитков в дозах, вызывающих алкогольное опьянение.

**Аллергическая реакция** - общее название клинических проявлений повышенной чувствительности организма к аллергену.

**Анальгезирующие средства** - лекарственные препараты, избирательно ослабляющие или устраняющие боль (диклофенак натрия, кеторол и др.).

**Анамнез** - совокупность сведений, получаемых при медицинском обследовании путем опроса самого обследуемого или знающих его лиц.

**Анатомия** - наука, изучающая форму и строение тела человека и животных.

**Ангина** - острое инфекционное заболевание, вызываемое микроорганизмами и поражающее миндалины глотки, лимфоидную ткань глотки.

**Анемия** - состояние, характеризующееся снижением содержания гемоглобина в единице объема крови, чаще при одновременном уменьшении количества эритроцитов.

**Антибиотики** - вещества, продуцируемые микроорганизмами, растениями, тканями животных и способные подавлять рост и размножение микробов.

**Антидот** - лекарственное средство, обеззараживающее яд путем химического или физико-химического воздействия.

**Антисептическая повязка** - повязка, содержащая лекарственные средства, применяется для лечебных целей.

**Антисептические средства** - лекарственные препараты, обладающие противомикробной активностью.

**Артерия** - кровеносный сосуд, по которому кровь движется от сердца к органам и частям тела.

**Асептика** - метод предупреждения инфекционных осложнений ран путем исключения возможности попадания микробов.

**Астения** - состояние, характеризующееся повышенной утомляемостью, частой сменой настроения, слабостью, слезливостью, вегетативными нарушениями и расстройством сна.

**Астма** - общее название остро развивающихся приступов удушья различного происхождения (бронхиальная астма, сердечная астма и др.).

**Асфиксия (травматическая)** - болезненное состояние, возникающее при сдавлении грудной клетки, живота или всего тела (например, грунтом при обвале, колесом автомобиля), характеризующееся множественными кровоизлияниями в частях тела, расположенных выше места сдавления.

**Атеросклероз** - хроническое заболевание, характеризующееся резким сужением или полным закрытием просвета артерий.

**Бинт** - общее название медицинских изделий ленточной или трубчатой формы, предназначенных для наложения и закрепления повязок.

**Брадикардия** - пониженная частота сердечных сокращений.

**Бред** - совокупность идей, суждений, не соответствующих действительности, полностью овладевающих сознанием больного и не корригируемых при разубеждении и разъяснении.

**Брюшина** - эпителиальная оболочка, покрывающая некоторые органы брюшной полости.

**Вена** - кровеносный сосуд, несущий кровь из органов и тканей к сердцу.

**Вентиляция легких искусственная** - метод поддержания газообмена в организме периодическим перемещением воздуха в легкие и обратно в окружающую среду.

**Взаимопомощь** - первая медицинская помощь пострадавшему (пораженному больному), оказываемая лицом, не относящимся к медицинскому персоналу, но обладающим необходимым для этого минимумом знаний и навыков.

**Вирус** - неклеточные формы жизни, обладающие ДНК и РНК и способные к размножению в клетках более высокоорганизованных существ.

**Витамины** - незаменимые факторы питания, присутствующие в пище и участвующие в регуляции биохимических и физиологических процессов.

**Воспаление** - защитно-приспособительная реакция организма на действие раздражителя, проявляющаяся на месте повреждения ткани или органа изменением местного кровообращения, сосудистой проницаемости, отеком.

**Гайморит** - воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи.

**Гангрена** - вид некроза, при котором омертвевшие ткани либо высыхают, либо разрушаются.

**Гематома** - ограниченное скопление крови в тканях с образованием в них полости, содержащей жидкую или свернувшуюся кровь.

**Гематурия** - наличие в моче крови или эритроцитов.

**Гемоглобин** - дыхательный пигмент, содержащийся в эритроцитах человека и животных, осуществляющий перенос кислорода из легких в ткани.

**Гемодиализ** - метод выведения различных вредных веществ из крови с помощью специальных аппаратов (искусственная почка).

**Гемодинамика** - совокупность процессов движения крови в седечно-сосудистой системе.

**Гемосорбция** - метод выведения токсинов крови путем проведения ее через специальные сорбенты.

**Гемоторакс** - скопление крови в плевральной полости.

**Гепатит** - воспаление печени.

**Гигиена** - наука, изучающая влияние окружающей среды на здоровье человека, разрабатывает мероприятия по оздоровлению населенных мест, условий жизни и деятельности людей.

**Гипергликемия** - повышенное содержание сахара в крови.

**Гиперемия** - увеличенное кровенаполнение какого-либо участка периферической системы.

**Гиповитаминоз** - разновидность витаминной недостаточности, развивающаяся вследствие недостаточного поступления витамина в организм.

**Гипогликемия** - пониженное содержание сахара в крови.

**Гипоксемия** - пониженное содержание в крови кислорода.

**Гипоксия** - состояние, возникающее при недостаточном снабжении организма кислородом.

**Дегазация** - обезвреживание и удаление отравляющих веществ с поверхности объекта с целью предотвращения поражения людей.

**Дегельминтизация** - комплекс лечебно-профилактических меро-приятий, направленных на освобождение людей и животных от гель-минтов.

**Дезактивация** - удаление радиоактивных веществ с поверхности зараженных объектов, проводимое с целью предотвращения радиационных поражений.

**Дезинфицирующие средства** - средства, применяемые для уничтожения возбудителей инфекционных болезней в окружающей среде.

**Декомпенсация** - недостаточность или срыв механизмов восстановления функциональных нарушений и структурных дефектов организма.

**Депрессия** - состояние с угнетенным или тоскливым настроением и снижением психической активности, сочетающимися с двигательными расстройствами и разными соматическими нарушениями (потеря аппетита, похудание и др.).

**Десенсибилизирующие средства** - лекарственные препараты, предупреждающие или ослабляющие аллергические реакции.

**Деструкция** - разрушение тканевых, клеточных и субклеточных структур органов.

**Дефекация** - сложно-рефлекторный акт выведения каловых масс из кишечника через задний проход.

**Деформация сустава** - изменение формы сустава, вызванное изменением костей при вывихе.

**Диабет** - общее название группы болезней, характеризующихся избыточным выделением из организма мочи (диабет сахарный и др.).

**Диагноз** - медицинское заключение о состоянии здоровья обследуемого.

**Диализ перитониальный** - метод очищения организма путем введения (промывания) в брюшную полость диализующей жидкости.

**Дисбактериоз** - изменение соотношений нормальной и атипичной микрофлоры в организме человека.

**Дистония сосудистая** - патологическое изменение тонуса кровеносных сосудов, проявляющееся нарушениями регионального кровотока или общего кровообращения.

**Дыхательная недостаточность** - патологическое состояние организма, которое обусловлено болезненными процессами в легких и дыхательных путях.

**Железа** - орган, продуцирующий физиологически активные вещества (гормоны) или другие соединения, необходимые для нормального функционирования организма.

**Желтуха** - окрашивание в желтый цвет слизистых оболочек, склер, обусловленное отложением в них желчных пигментов.

**Заболевание** - факт возникновения болезни у отдельного человека.

**Запор** - замедленное, затрудненное или систематически недостаточное опорожнение кишечника.

**Заражение** - проникновение возбудителя инфекционной болезни в организм человека или животного, приводящее к развитию инфекционного процесса.

**Иммобилизация** - создание полной неподвижности или уменьшенной подвижности одной или нескольких частей тела при повреждениях и некоторых заболеваниях.

**Иммунотерапия** - метод лечения, основанный на воздействии на систему иммунитета: восстановлении, регулировании, временном замещении или подавлении ее функций.

**Инсулин** - гормон, образующийся в бета-клетках поджелудочной железы, регулирует утилизацию глюкозы в крови. Инсулин используется в качестве лекарственных средств.

**Интоксикация** - патологическое состояние, вызванное общим действием на организм токсических веществ внутреннего или внешнего происхождения.

**Инфекция** - биологическое явление, сущностью которого является внедрение и размножение в организме патогенных микроорганизмов с последующим развитием болезненного процесса.

**Ишемия** - уменьшение кровоснабжения участка тела, органа или ткани вследствие ослабления или прекращения притока артериальной крови.

**Кардиосклероз** - избыточное развитие соединительной ткани в миокарде.

**Кахексия** - крайняя степень истощения организма, характеризующаяся резким исхуданием, физической слабостью, снижением физиологических функций.

**Клонико-тонические судороги** - внезапное непроизвольное сокращение мышц в виде чередующихся коротких и длительных расслаблений и напряжений.

**Колика** - приступ резких схваткообразных болей, происходит чаще при заболеваниях внутренних органов брюшной полости.

**Коллапс** - острая сосудистая недостаточность, характеризующаяся резким снижением артериального и венозного давления, признаками гипоксии головного мозга и угнетением жизненно важных функций головного мозга.

**Кома** - состояние глубокого угнетения функций центральной нервной системы, характеризующееся полной потерей сознания, расстройством регуляции жизненно важных функций организма.

**Кровоизлияние** - скопление крови, излившейся из сосудов, в тканях или полостях организма.

**Кровоостанавливающие средства** - лекарственные средства, спо-собствующие остановке кровотечения.

**Кровотечение** - истечение крови из кровеносного сосуда.

**Лейкоцит** - форменный элемент крови, имеющий ядро.

**Лимфа** - жидкая часть организма, содержащаяся в лимфатических узлах и сосудах; образуется в результате проникновения тканевой жидкости в лимфатические сосуды.

**Лихорадка** - реакция организма, возникающая на действие патогенных раздражителей и выражающаяся в нарушении терморегуляции.

**Лучевая терапия** - терапия, основанная на использовании с лечебной целью ионизирующего излучения.

**Микроциркуляция** - кровообращение по мелким артериям, артериолам, венулам и мелким венам.

**Некроз** - необратимое прекращение жизнедеятельности тканей определенной части живого организма.

**Облучение** - воздействие на организм ионизирующего излу-чения.

**Ожог** - повреждение тканей, возникшее от местного теплового, химического, электрического и радиационного воздействия.

**Опухоль** - патологическое разрастание тканей, состоящих из качественно изменившихся клеток, ставших атипичными в отношении роста и деления.

**Паралич** - расстройство двигательной функции в виде полного отсутствия произвольных движений вследствие нарушений инервации соответствующих мышц.

**Перелом** - повреждение кости с нарушением ее целости.

**Петехия** - пятно на коже или слизистой оболочке диаметром 1-2 мм, обусловленное капиллярным кровоизлиянием.

**Пиурия** - наличие гноя в моче, определяемое микроскопически или по повышенному количеству лейкоцитов в моче.

**Плевральная полость** - пространство между наружной оболочкой легких и внутренней оболочкой грудной клетки, заполненное серозной жидкостью.

**Пневмоторакс** - наличие воздуха в плевральной полости, возникает в результате травмы.

**Психотропные вещества** - лекарственные препараты, оказывающие преимущественное действие на психику.

**Рак** - злокачественная опухоль, развивающаяся из эпителиальной ткани.

**Резорбция (всасывание)** - активный физиологический процесс перехода различных веществ в клетки, а из клеток - в кровь и лимфу.

**Сепсис** - болезненное состояние, обусловленное непрерывным поступлением в кровь микроорганизмов из очага гнойного воспаления.

**Сердечная недостаточность** - неспособность сердца обеспечить адекватное кровоснабжение внутренних органов.

**Синусит** - воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух.

**Слабительные средства** - лекарственные препараты, ускоряющие опорожнение кишечника.

**Столбняк** - острая инфекционная болезнь, вызываемая бактерией (клос-тридиум) при попадании в организм через поврежденную кожу; проявляется клоникотоническими судорогами.

**Сыпь** - очаговое наружное изменение (высыпание) кожи и слизистых оболочек.

**Тахикардия** - повышенная частота сердечных сокращений (более 100 в 1 мин).

**Токсикоз травматический** - вызывается продуктами распада тканей при длительном сдавлении и приводит к поражению почек.

**Токсин** - вещество бактериального, растительного или животного происхождения, при попадании в организм вызывает заболевание или его гибель.

**Тромб** - плотный сгусток крови в просвете кровеносного сосуда или полости сердца.

**Уретрит** - воспаление мочеиспускательного канала.

**Флегмона** - острое, четко не ограниченное гнойное воспаление клетчатки.

**Фурункулез** - множественное гнойно-некротическое воспаление волосяных фолликулов.

**Химиотерапия** - терапия, основанная на применении химиотерапевтических средств.

**Цианоз** - синюшный оттенок кожи и слизистых оболочек, обусловленный недостаточным насыщением крови кислородом.

**Шок** - остро развивающийся процесс, обусловленный действием сверхсильного раздражителя (травма, токсины и др.) и приводящий к тяжелым нарушениям деятельности центральной нервной системы, кровообращения и обмена веществ.

**Эвеитерация** - выпадение внутренних органов брюшной полости через дефект ее стенки.

**Эмболия воздушная** - закупорка кровеносного сосуда пузырьками воздуха.

**Эпигастральная область** - область передней стенки живота, ограниченная сверху нижней частью грудины и реберными дугами, с боков краями прямых мышц живота.

**Эпидермис** - поверхностный слой кожи, состоящий из многослойного плоского ороговевающего эпителия.

**Теоретический раздел**

2.1. Перечень учебников и учебных пособий по учебному предмету

2.2. Перечень электронных средств обученияпо учебному предмету

2.3. Содержание лекционного, теоретического курса

2.4. Материалы для самостоятельной работы учащихся.

**Перечень учебников и учебных пособий по учебному предмету «Основы медицинских знаний»**

**Основная**

1. Федюкович Н.И. Основы медицинских знаний: учебное пособие. Н.И. Федюкович, Минск: Национальный институт образования, 2011

2. Дорошкевич М.П. Медицинские знания педагогу (в вопросах и ответах) М.П. Дорошкевич, Минск, 2002.

**Дополнительная**

1**.** Голубев В.В., Голубев Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста: учебное пособие/ В.В. Голубев, С.В. Голубев. М., Издательский центр «Академия», 2011.

2. Дорошкевич М.П. [и др.] Основы валеологии и школьной гигиены. Минск: Вышэйшая школа, 2007

3. Прищепа И. М. Возрастная анатомия и физиология/ И. М. Прищепа.Минск: Новое знание, 2006

**Перечень электронных средств обучения по учебному предмету**

**«Основы медицинских знаний»**

1. Сайт «BooksMed». Электронная медицинская библиотека

[http://www.booksmed.com/](https://vk.com/away.php?to=http%3A%2F%2Fwww.booksmed.com%2F&cc_key=)

1. Неформальный сайт скорой помощи "Фельдшер.ру": [http://www.feldsher.ru/](https://vk.com/away.php?to=http%3A%2F%2Fwww.feldsher.ru%2F&cc_key=)

3. Открытая группа "Emergency Medical Help": [http://vk.com/club46920422](https://vk.com/club46920422)

4. Медицинская он-лайн библиотека: [http://med-lib.ru/speclit/](https://vk.com/away.php?to=http%3A%2F%2Fmed-lib.ru%2Fspeclit%2F&cc_key=)

5. Медицинская библиотека сервера

[MedLinks.Ru](https://vk.com/away.php?to=http%3A%2F%2FMedLinks.Ru&cc_key=): [http://www.medlinks.ru/topics.php](https://vk.com/away.php?to=http%3A%2F%2Fwww.medlinks.ru%2Ftopics.php&cc_key=)  
  
6. Сайт "Медицинская литература": [http://www.medbook.net.ru/](https://vk.com/away.php?to=http%3A%2F%2Fwww.medbook.net.ru%2F&cc_key=)

7. Медицинский видеопортал : [http://www.med-edu.ru/](https://vk.com/away.php?to=http%3A%2F%2Fwww.med-edu.ru%2F&cc_key=) Другой адрес этого же сайта: [http://medvideo.org/](https://vk.com/away.php?to=http%3A%2F%2Fmedvideo.org%2F&cc_key=)  
  
8. Сайт "video-med": [http://www.video-med.ru/](https://vk.com/away.php?to=http%3A%2F%2Fwww.video-med.ru%2F&cc_key=)

9. Сайт "Медицинский ресурс": [http://medresurs.in/index/videoposobija/0-57](https://vk.com/away.php?to=http%3A%2F%2Fmedresurs.in%2Findex%2Fvideoposobija%2F0-57&cc_key=)

10. Замечательный медицинский портал "KingMed.info": [http://kingmed.info/](https://vk.com/away.php?to=http%3A%2F%2Fkingmed.info%2F&cc_key=)  
  
11. Библиотека книг "KODGES.RU": [http://www.kodges.ru/medik/naukmed/](https://vk.com/away.php?to=http%3A%2F%2Fwww.kodges.ru%2Fmedik%2Fnaukmed%2F&cc_key=)  
  
12. Электронная библиотека "Razym.ru": [http://www.razym.ru/nauchmed/](https://vk.com/away.php?to=http%3A%2F%2Fwww.razym.ru%2Fnauchmed%2F&cc_key=)

13. Сайт "Электронная Медицинская энциклопедия (МЭ)" [http://znaiu.ru](https://vk.com/away.php?to=http%3A%2F%2Fznaiu.ru&cc_key=). Перед Вами - электронная Медицинская энциклопедия (МЭ), объединяющая в себе три печатных издания: шеститомную Малую медицинскую энциклопедию (ММЭ), вышедшую в свет в 1991-1996 гг., изданный в 1982-1984 годах трехтомный Энциклопедический словарь медицинских терминов (ЭСМТ), и однотомную Популярную энциклопедию «Первая медицинская помощь»(ПМП), выпущенную в 1994 году. Медицинская энциклопедия содержит подробное описание болезней, заболеваний, симптомов. Уникальное сочетание печатных изданий, собранных в данной электронной Энциклопедии, делает ее интересной широкому кругу читателей: и профессиональным медикам, и обычным людям, интересующимся вопросами здоровья и медицины.

14. Библиотека медицинских знаний https://znaniemed.ru

**Лекция 1. Вопросы физиологии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста**

1.1. Периодизация дошкольного возраста

1.2. Адаптация детей при поступлении в учреждение дошкольного образования. Значение режима для обеспечения здоровья детей.

1.3. Физиологические основы питания детей раннего и дошкольного возраста

1.4. Закаливание

1.5.Гигиенические условия воспитания детей в учреждении дошкольного образования

**1.1. Периодизация дошкольного возраста**

Среди многочисленных классификаций онтогенетического развития человека в педиатрии наиболее распространенной и проверенной временем является модифицированная классификация Н. П. Гундобина. В ее основе лежат гистоморфологические и функциональные особенности организма (сроки прорезывания зубов, окостенения отдельных частей скелета, особенности роста, психического развития и др.).  
  
 В настоящее время в педиатрии используется следующая классификация.  
  
А. Внутриутробный этап:  
  
а) фаза эмбрионального развития (2—3 мес);  
  
б) фаза плацентарного развития (с 3 мес до рождения).  
  
Б. Внеутробный этап:  
  
а) период новорожденности (до 1 мес жизни);  
  
б) грудной возраст (до 1 года);  
  
в) преддошкольный (старший ясельный) период — от 1 года до 3 лет;  
  
г) дошкольный период (от З до 6 лет);  
  
д) школьный возраст: младший (от 7 до 10 лет), средний (от 11 до 14 лет), старший — подростковый (от 14 до 18 лет).  
  
Дошкольные образовательные учреждения (ДОУ) организуются для детей в возрасте от 2 мес. до 7 лет; группы комплектуются с учетом возраста детей.  
  
**Период новорожденности** начинается с крика, который знаменует первый вдох ребенка. С этого момента начинается адаптация ребенка к условиям внешней среды.   
  
**Критерии оценки новорожденного по шкале Апгар**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признак | Шкала Апгар | | |
| 0 | 1 | 2 |
| Число сердечных сокращений | Отсутствуют | Менее 100 уд./мин | Более 100 уд./мин |
| Дыхание | Отсутствует | Слабый крик; гиповентиляция | Хорошее; сильный крик |
| Мышечный тонус | Вялый | Отдельные движения | Активные движения |
| Рефлексы | Не определяются | Гримаса | Крик или активные движения |
| Цвет | Синий или белый | Выраженный акроцианоз | Полностью розовый |

На этом этапе проводят объективное определение состояния новорожденного по шкале Апгар в зависимости от того, как он адаптируется к новым условиям окружающей среды (вне утробы матери). Оценивают в баллах по пяти клиническим признакам на 1-й и 5-й минутах после рождения частоту сердечных сокращений, глубину и адекватность дыхания, рефлекторную возбудимость, состояние мышечного тонуса, окраску кожных покровов. Хорошо выраженный признак оценивается в 2 балла, недостаточно выраженный — 1 балл, отсутствие признака — 0 баллов. При оценке 7 баллов и более новорожденных признают практически здоровыми, с хорошим прогнозом в отношении жизнеспособности и нервно-психического развития. И. А. Аршавский считает необходимым при оценке состояния ребенка после рождения учитывать время прикладывания к груди матери.  
  
 Дети, имеющие оценку 5—6 баллов, расцениваются как родившиеся в состоянии легкой асфиксии, 1—4 балла — тяжелой. Этих детей относят к группе риска, так как у них может возникнуть отставание или задержка умственного и физического развития, которые могут иметь стойкий характер.  
  
 Достаточно большие трудности в росте и развитии испытывают недоношенные дети. К ним относятся дети, родившиеся в сроки между 28-й и 38-й неделями внутриутробного развития. Различают 4 степени недоношенности: I степень — масса тела 2001 — 2500 г; II степень — 1051—2000 г; III степень — 1001—1500 г; IV степень — менее 1000 г. Наиболее частыми причинами недоношенности являются предшествующие искусственные прерывания беременности, многоплодная беременность, токсикозы беременных, физические и психические травмы и пр. К основным признакам недоношенности относят массу тела менее 2500 г, недостаточное развитие подкожного жирового слоя, морщинистую кожу, покрытую пушком, тонкие ногти, не всегда прикрывающие ногтевые ложа.  
  
 У здоровых новорожденных определяют врожденные рефлексы: сосательный, мигательный, болевой, температурный, хватательный, тонический (оборонительный), искательный, шагающий, рефлекс Моро, подошвенный. В течение первого года жизни эти рефлексы претерпевают определенные изменения.  
  
 В первые 2—4 дня у новорожденных наблюдаются такие явления, как снижение массы тела (на 6— 10 % от показателя при рождении), желтушное окрашивание, связанное с временной недостаточностью деятельности печени и усиленным распадом эритроцитов, гиперемия (покраснение кожи, иногда сопровождающееся ее шелушением), недостаточная терморегуляция (температура тела изменяется в зависимости от температуры окружающего воздуха), в результате чего ребенок может перегреться или переохладиться. К концу 1-й — началу 2-й недели при нормальных условиях питания и ухода большинство нарушений почти полностью исчезают.  
  
 Заболевания детей данного периода могут быть связаны с нарушением внутриутробного развития (недоношенность, врожденные уродства, пороки сердца), последствиями родовых травм (внутричерепные кровоизлияния, родовые опухоли, переломы костей) или с отягощенной наследственностью. Грудное молоко в этом периоде представляет основную и единственно полноценную пищу, обеспечивающую правильное развитие ребенка.  
  
 По окончании периода новорожденности у ребенка грудного возраста наблюдается интенсивный темп роста и развития, который ни в каком другом возрасте не бывает столь значительным. Особенно ярко эта закономерность проявляется при рассмотрении изменения длины и массы тела ребенка. Так, если при рождении у доношенного ребенка в 95 % случаев длина тела в среднем составляет 45—50 см, а масса тела 2,5—4,6 кг, то уже к концу первого года жизни эти параметры возрастают соответственно до 75 см и 11— 12 кг. Для обеспечения усиленного роста и развития детям **первого года жизни** необходимо большее количество пищи (на 1 кг массы тела), чем старшим детям или взрослым. Вместе с тем пищеварительный тракт в этом возрасте недостаточно развит, и при малейшем нарушении режима питания, изменении качества или количества пищи у детей могут возникнуть как острые, так и хронические расстройства пищеварения и питания, авитаминозы, аномалии конституции (неправильная реакция организма на нормальные условия жизни и питания), проявляющиеся чаще всего в виде атопического дерматита. В первые 4—5 мес. жизни основной пищей ребенка остается грудное молоко.  
  
 Ткани у детей грудного возраста отличаются тонкостью и нежностью, недостаточным развитием эластических (упругих) волокон, в результате чего они легкоранимы. Вместе с тем благодаря наличию в тканях большого количества молодых клеточных элементов и кровеносных сосудов, обеспечивающих хорошее питание их, любое повреждение у детей заживает значительно быстрее, чем у взрослых. Воспалительная (защитная) реакция на проникновение болезнетворных микроорганизмов у детей грудного возраста выражена слабо, почти отсутствует защитная реакция со стороны регионарных (периферических) лимфатических узлов, поэтому на любое местное заболевание организм ребенка очень часто отвечает общей реакцией. Дети в этом возрасте склонны к гнойничковым поражениям кожи, которые при плохом уходе за ребенком могут давать серьезные осложнения вплоть до сепсиса.  
  
 При недостатке в пище витаминов, в первую очередь витамина D, а также ряда минеральных солей, недостаточной солнечной инсоляции у ребенка этого возраста может возникнуть рахит.  
  
 У детей грудного возраста происходит энергичный рост и окостенение скелета, развиваются мышцы туловища и ног. К концу первого года зарастает самый большой передний родничок, расположенный в месте соединения венечного и продольного швов. Позвоночник новорожденного почти прямой. Со 2-го месяца жизни формируются физиологические изгибы позвоночного столба.  
  
 Шейный лордоз появляется сразу после того, как ребенок начинает держать головку. Затем происходит формирование грудного кифоза — в 6—7 мес, когда ребенок начинает самостоятельно сидеть. Поясничный лордоз становится заметным к тому моменту, когда ребенок устойчиво стоит, а к концу года начинает ходить.К концу года жизни здоровый ребенок хорошо сидит, прочно стоит на ножках, ходит, однако движения его еще недостаточно координированны.  
  
 Следует подчеркнуть, что окончательное формирование позвоночного столба заканчивается в школьные годы. Несоблюдение гигиенических требований к формированию правильной осанки, начиная с раннего возраста, может привести к патологическим изменениям формы позвоночного столба.  
  
 Инфекционные заболевания у детей грудного возраста, особенно в первые месяцы их жизни, редки. Корь, краснуха, скарлатина почти не встречаются; дифтерия, ветряная оспа, дизентерия и др. протекают своеобразно, часто без характерных симптомов.   
Это зависит, с одной стороны, от иммунитета, приобретенного ребенком в период его утробной жизни через плаценту и полученного с молоком матери, с другой — от незаконченности строения многих органов и систем, особенно центральной и периферической нервных систем.  
  
 Дети, особенно в первые месяцы жизни, не могут длительно бодрствовать. Повышенная активность нервной системы быстро приводит к торможению, которое, распространяясь по коре и другим отделам головного мозга, вызывает сон.  
  
 Уже на первом году жизни у ребенка начинает формироваться речь. Недифференцированные звуки — гуление — постепенно сменяются слогами. К концу года здоровый ребенок довольно хорошо понимает речь окружающих его взрослых, сам произносит 5— 10 простых слов.  
  
 **Преддошкольный возраст** — от 1 года до 3 лет. В этот период темп роста и развития ребенка несколько замедляется. Прибавка роста составляет 8—10 см, массы тела — 4—6 кг за год. Изменяются пропорции тела, относительно уменьшаются размеры головы: с 1/4 длины тела у новорожденного до 1/5 у ребенка 3 лет. Наличие зубов (к концу года их должно быть 8), увеличение количества пищеварительных соков и повышение их концентрации служат основанием для перевода ребенка с грудного вскармливания на общий стол.  
  
 У детей второго года жизни происходят интенсивный рост и формирование опорно-двигательного аппарата. Нервная система и органы чувств быстро развиваются, координация движений улучшается, дети начинают самостоятельно ходить, бегать, что позволяет им шире общаться с окружающим миром. Ребенок овладевает речью (запас слов достигает 200—300), он произносит не только отдельные слова, но и целые фразы.  
  
 Более широкое общение с окружающим миром создает и большую возможность соприкосновения здоровых детей с детьми, заболевшими инфекционными болезнями. Кроме того, с возрастом пассивный иммунитет, переданный ребенку матерью, ослабевает. Вследствие этого значительно возрастает угроза инфекционных заболеваний (корь, коклюш, ветряная оспа, дизентерия и др.).   
  
 **Дошкольный возраст** (от З до 7 лет) отличается от предыдущего больше количественными, чем качественными, признаками. Наблюдается более медленный темп роста ребенка. За 1 год рост увеличивается в среднем на 5—8 см, масса тела — примерно на 2 кг. Пропорции тела заметно меняются. К 6—7 годам голова составляет лишь 1/6 длины тела. В результате неравномерного роста головы, туловища и конечностей происходит перемещение средней точки длины тела. У доношенного новорожденного эта точка находится почти на пупке, у ребенка 6 лет — на середине между пупком и симфизом (лобком), у взрослого — на лобке.  
  
 Благодаря дальнейшему развитию мышечной ткани и формированию иннервационного аппарата мышц дети способны выполнять разнообразные физические упражнения, требующие хорошей координации движений; они овладевают умением быстро бегать и прыгать, свободно ходить по ступеням, играть на музыкальных инструментах, рисовать, лепить, вырезать из бумаги различные, довольно сложные орнаменты.  
  
 В этом возрасте повышается способность нервных клеток находиться в деятельном состоянии, процессы отрицательной индукции в коре головного мозга несколько усиливаются, поэтому дети могут более продолжительное время сосредоточенно заниматься какой-либо деятельностью.  
  
 На третьем году жизни количество слов, используемых детьми в речи, значительно возрастает; речевые сигналы начинают играть основную роль в организации поведения ребенка. Развитию речи способствуют игры и занятия, разучивание стихов и песен, общение детей со взрослыми. Недостаток внимания со стороны взрослых, острые и хронические заболевания могут вызвать замедление развития речи у ребенка.  
  
 Дети 3—5 лет еще слабо владеют речевой моторикой, поэтому им свойственны физиологические недостатки звукопроизношения (неправильное произношение шипящих, свистящих звуков, а также звуков *р* и *л*). При правильном обучении звуковой культуре речи эти нарушения с возрастом обычно проходят.  
  
 Среди острых заболеваний первое место занимают заболевания органов дыхания, особенно острые респираторные вирусные инфекции и грипп, которые составляют почти 70 % в структуре заболеваний детей этого возраста. Пневмония чаще отмечается в первые 2 года жизни, частота ее снижается к 7 годам. В связи с большей устойчивостью ферментативных процессов заболевания желудочно-кишечного тракта отступают на второй план. Благодаря высокой эффективности прививок и профилактических мероприятий число детских инфекционных заболеваний постепенно снижается, однако у детей старше 2—3 лет они все же занимают второе место в структуре острых заболеваний. К 6 годам постепенно увеличивается число аллергических болезней и реакций. В возрасте 6—7 лет начинают чаще регистрироваться случаи травматизма.  
  
 В распространении **хронических заболеваний** у дошкольников имеются определенные особенности. С возрастом учащаются **заболевания органов пищеварения**, в первую очередь за счет кариеса зубов, который занимает первое место в структуре заболеваемости детей 5—7 лет; на втором — **болезни нервной системы и органов чувств** (невротические реакции, энурез, отит); на третьем месте — **болезни органов дыхания**, в основном хронические заболевания глотки и носоглотки; на четвертом — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (плоскостопие, нарушение осанки); на пятом — заболевание кожи (атопический дерматит).  
  
 Особого внимания требует своевременное выявление нарушений опорно-двигательного аппарата. Следует учитывать, что в возрасте от 4 до 7 лет количество детей с нарушением осанки возрастает, а с плоскостопием уменьшается, что связано с процессом формирования стопы в этом возрасте. Распространенность заболеваний глаз также увеличивается. Прежде всего это относится к миопии, которая у детей в возрасте 7 лет встречается в 2 раза чаще, чем у 3-летних. С возрастом число детей с атопическим дерматитом (экссудативный диатез) значительно уменьшается.  
  
 Непосредственным отражением функционального состояния центральной нервной системы (ЦИС) является поведение ребенка, определяемое многими параметрами. Большинство детей дошкольного возраста (77—84 %) не имеет отклонений в поведении. Возникающие отклонения: нарушение дневного или ночного сна, недостаточная двигательная активность, снижение аппетита вплоть до анорексии, появление неадекватных реакций (плаксивость, повышенная раздражительность, драчливость), быстрая утомляемость и большая отвлекаемость во время занятий, неустойчивое, часто пониженное, подавленное настроение — свидетельствуют о функциональных нарушениях ЦНС.  
  
 Такие явления могут наблюдаться во время адаптации к дошкольному учреждению, в период реконвалесценции после острых заболеваний. Отклонения в поведении нередко сочетаются и с другими функциональными нарушениями в состоянии организма, такими, как частые острые заболевания, аллергическая предрасположенность, начальная стадия рахита, снижение уровня гемоглобина до нижней границы нормы, гипотрофия, ожирение, аномалии рефракции и др. Скарлатина, ангина, катары верхних дыхательных путей создают предпосылку к возникновению у детей ревматоидных заболеваний.

**1.2. Адаптация детей при поступлении в учреждение дошкольного образования. Значение режима для обеспечения здоровья детей.**

Возраст от 2 до 3 лет характеризуется обостренной чувствительностью к разлуке с матерью и страхом новизны. Поэтому адаптация к дошкольному учреждению проходит крайне болезненно. И для того, чтобы как можно меньше травмировать ребенка, нужна совместная работа родителей с воспитателем и специалистами.

Адаптация – это привыкание человека к новым обстоятельствам и новой обстановке, в конкретном случае – это привыкание малыша к детскому саду.

Различают четыре степени тяжести адаптации:

1. Легкая адаптация: к 20 дню пребывания в детском учреждении нормализуется сон, ребенок нормально ест, не отказывается от контактов со сверстниками и взрослыми, сам идет на контакт. Заболеваемость не более одного раза сроком не более 10 дней, без осложнений. Вес без изменений.

2. Адаптация средней тяжести: поведение восстанавливается через 1-2 месяца пребывания в саду. Замедляется активность. Заболеваемость до двух раз сроком не более 10 дней, без осложнений. Вес не изменился или несколько снизился.

3. Тяжелая адаптация: характеризуется, во-первых, значительной длительностью (от 2 до 6 месяцев) и тяжестью всех проявлений.

4. Сверхтяжелая адаптация: около полгода и более. Встает вопрос: стоит ли ребенку оставаться в детском саду.

При поступлении в ДОУ все дети проходят через адаптационный период. Адаптация – это сложный процесс приспособления организма, который происходит на разных уровнях:

1) физиологическом – ребёнок начинает часто болеть;

2) психологическом – ребёнок может капризничать, плохо есть и спать, он может

быть агрессивным или подавленным, много плакать;

3) социальном – ребёнок «теряется» в окружающем мире, становится менее самостоятельным.

Для всех семей острый период адаптации индивидуален.

Факторы, от которых зависит течение адаптационного периода: возраст, состояние здоровья, умение играть, умение общаться со взрослыми и сверстниками ,одинаковый режим в детском саду и дома.

Причины тяжёлой адаптации к условиям ДОУ:

- неумение себя обслужить,

- отсутствие опыта общения со взрослыми и сверстниками,

- неумение занять себя игрушками,

- наличие вредных привычек,

- различный режим ДОУ и семьи.

Нередко трудности адаптации к детскому саду бывают вызваны тем, что ребенку никак не удается привыкнуть к новому режиму. Режим в жизни ребенка чрезвычайно важен, и резкая его смена – это, безусловно, дополнительный стресс. Поэтому постепенно вводите его дома. Позаботьтесь о том, чтобы ребенок хорошо высыпался ночью. Длительное недосыпание нередко является причиной невротических состояний, характеризующихся плаксивостью, ослаблением внимания, памяти. В этих случаях дети становятся возбужденными или, наоборот, вялыми. Невротические состояния могут сопровождаться снижением аппетита и сопротивляемости организма к заболеваниям. Для малыша крайне важно спать не менее 10 часов ночью и 2–2,5 часа – днем. При этом максимальная продолжительность непрерывного бодрствования не должна превышать 6 часов.

Утреннее пробуждение ото сна тоже важный момент. Конечно, самое лучшее – это самостоятельное пробуждение, но такое в 7.30 утра происходит не всегда. Если ребенка будят, особенно в фазе глубокого сна, то просыпается малыш не сразу, тяжело, долго не может включиться в дневную деятельность, капризничает, бывает вял и пассивен. Разбудите малыша на 10 минут пораньше, позвольте ему немного понежиться в постели до полного пробуждения.

Желательная одежда та, в которой ребенок сможет чувствовать себя раскованно и свободно, которую будет в состоянии самостоятельно легко снимать и надевать. Важно также, чтобы ребенок мог обходиться без посторонней помощи в туалете и сообщать взрослым о такой необходимости.

Чем лучше эти навыки развиты у ребенка, тем меньший эмоциональный и физический дискомфорт он испытывает, оказавшись вдали от мамы в незнакомом коллективе.

Особое внимание обратите на организацию полноценного отдыха ребенка. Не стоит водить его в гости, поздно возвращаться домой, принимать у себя друзей. Малыш в этот период перегружен впечатлениями, следует щадить его психику.

В детском саду ребенок расходует много энергии, как эмоциональной, так и физической. У него уже достаточно новых впечатлений. Он обычно перегружен новыми сведениями и устает к вечеру. Задача родителей состоит в том, чтобы создать дома спокойную обстановку. После возвращения домой малыш ужинает и занимается тихими играми: ему надо успокоиться, а возможно, даже побыть наедине с собой.

Об окончании периода адаптации говорит бодрое, веселое, спокойное настроение в момент расставания и встречи с родителями, адекватное отношение к предложениям взрослых, умение не конфликтовать, а общаться со сверстниками, желание есть самостоятельно, доедать до конца положенную норму, спокойный дневной сон, ночной сон без пробуждения до утра.

Если малыш с радостью говорит о детском саде, если спешит туда, если у него там друзья и много неотложных дел, можно считать, что адаптационный периодзакончился

Психолого-педагогическая деятельность на протяжении всего периода адаптации строится по следующему плану:

**Работа с детьми:**

1. наблюдение за ходом адаптации;
2. заполнение листов адаптации;
3. диагностика уровня адаптированности ребенка к дошкольному учреждению;
4. проведение подгрупповых занятий с детьми со средним и низким уровнем адаптированности.

**Работа с родителями:**

1. Анкетирование
2. Консультирование;
3. Стендовая информация, памятки.

**Работа с воспитателями:**

1. Консультирование;
2. Совместное проведение игр.

**Вопросы для проверки знаний**

1. Что включает в себя понятие «возрастная периодизация»?

2. Назовите основные периоды детства.

3. Как проводится оценка физиологической зрелости новорожденного?

4. Дайте краткую характеристику основных этапов возрастного развития ребенка.

5. По каким критериям производится оценка биологического и паспортного возраста?

6. Какие задачи стоят перед воспитателями при подготовке детей к школе?

**1.3. Физиологические основы питания детей раннего и дошкольного возраста**

Одним из важнейших факторов, определяющих здоровье детей, является полноценное в количественном и качественном отношении питание.  
Продукты питания в организме ребенка выполняют как строительную (пластическую), так и энергетическую функцию. В процессе переваривания сложные составные части пищи расщепляются и через стенки кишечника всасываются в кровь, кровь доставляет питание всем клеткам организма. В результате сложных изменений, происходящих в клетках, пищевые вещества превращаются в составные части самой клетки. Этот процесс называется ассимиляцией. В процессе ассимиляции клетки обогащаются не только строительным материалом, но и заключающейся в нем энергией.  
 Наряду с процессом ассимиляции в организме непрерывно идет и процесс распада — диссимиляция органических веществ, в результате которого освобождается скрытая (химическая) энергия, при необходимости превращающаяся в другие виды энергии: механическую и тепловую.  
 Каждая отдельная реакция возможна только в присутствии специального ускорителя — катализатора, называемого ферментом, или энзимом. В состав ферментов входят более простые компоненты — коферменты, многие из которых содержат витамины и минеральные вещества.  
 Основной обмен. Все процессы, протекающие в организме, требуют определенных затрат энергии, образование которой обеспечивается введением пищевых продуктов. Расход энергии в количественном отношении и поступление ее в организм выражают в тепловых единицах — калориях. Большая калория равна количеству тепла, необходимого для повышения температуры 1 л воды на 1 ºC.  
 В настоящее время все чаще энергетическая ценность пищи определяется не в калориях, а, согласно Международной системе исчисления (СИ), в джоулях — Дж. По этой системе одна калория равна 4,1868 Дж. В тексте учебника приводятся два исчисления энергетической ценности пищи — в килоджоулях и килокалориях. В среднем сгорание в организме 1 г белка дает энергии 16,75 кДж (4 ккал), 1 г жира — 37,68 кДж (9 ккал) и 1 г углеводов — 15,7 кДж (3,75 ккал).  
 Минимальное количество энергии, необходимое для обеспечения потребности организма, находящегося в состоянии полного мышечного и нервного покоя, является энергией основного обмена. Основной обмен на единицу массы тела у детей значительно повышен, так как и процессе роста и формирования новых клеток и тканей энергии затрачивается тем больше, чем моложе ребенок. При физической и умственной работе обмен увеличивается, при этом общее количество пищевых веществ, требующихся для его поддержания, возрастает.  
 Для нормального развития организма в пищу детей должны входить в достаточном количестве витамины. Они не только предохраняют организм от болезней, связанных с их дефицитом (цинга, пеллагра, рахит и др.), но являются составными элементами тканей. Без витаминов, продуктов их биотрансформации, коферментных форм задерживаются все реакции, протекающие в организме, нарушается нормальный обмен веществ, страдают пищеварение, кроветворение, снижаются работоспособность и выносливость.  
По мере роста и развития ребенка потребность в питательных веществах возрастает. Вместе с тем организм детей младшего возраста может усвоить далеко не всякую пищу. Состав пищи должен соответствовать физиологическим и биохимическим особенностям организма ребенка, а по своему количеству и качеству отвечать особенностям пищеварительного тракта, удовлетворять его потребность в пластических веществах и энергии (содержать в достаточном количестве нужные ребенку белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества и воду).

**СОСТАВ ПИЩИ ДЛЯ ДЕТЕЙ В ДОУ**

**Белки**

 Интенсивная динамика развития ребенка требует сравнительно большого количества белков, которые являются основным строительным (пластическим) материалом. Кроме того, белки принимают активное участие в иммунных процессах, поддерживают осмотическое давление, участвуют в процессах свертывания крови (фибриноген), осуществляют мышечное сокращение, обладают энергетической ценностью. При недостатке белка в рационе питания у ребенка пропадает аппетит, появляются слабость, ребенок быстро утомляется, наступает апатия, а в тяжелых случаях могут возникнуть задержка развития, включая замедление роста нижних конечностей, также пищевая дистрофия, сопровождающаяся отеками, изнуряющими поносами, психическими расстройствами.

Установлено, что причиной ряда нервно-психических расстройств является врожденное нарушение аминокислотного метаболизма (фенилпировиноградная олигофрения, фенилкетонурия и др.).

В отличие от других пищевых ингредиентов, таких, как жиры и углеводы, белки содержат азот, поэтому исследование белкового обмена ведется по балансу азота, содержащегося в принятой человеком пище и выделенного с каловыми массами, мочой.

Вследствие быстрого роста и развития относительная потребность в белке у ребенка выше, чем у взрослого. На первом году жизни дети на 1 кг массы тела должны получать от 2,2 до 2,9 г белка в сутки. В возрасте от 1 года до 3 лет общая суточная потребность в белках должна составлять 53 г, от 4 до 7 лет — 68 г. Из них белки животного и растительного происхождения составляют соответственно 37 и 44 г.

Наибольшее количество белка (16—25 %) содержат такие продукты питания, как мясо, рыба, сыр, бобовые растения (16— 25 %), яйца, творог, пшеница, рожь, гречиха, пшено (8— 15 %), молоко, кефир, простокваша (3—5 %), фрукты и овощи (0,5— 25 %). Все аминокислоты, необходимые человеку, входят в состав белков, содержащихся главным образом в продуктах животного происхождения (мясо, рыба, яйцо, молоко и др.). Белки перечисленных продуктов успевают почти полностью расщепиться, проходя по пищеварительному тракту человека, причем около 95 % входящих в них аминокислот переходит в кровь, чего не наблюдается с белками растительного происхождения. Так, белки пшеницы расщепляются и всасываются на 85 %, ржаной муки — лишь на 65 %. Важно, чтобы продукты животного происхождения преобладали в пище ребенка или, по крайней мере, составляли не менее 75 % от его пищевого рациона. Правильный обмен бёлков возможен при надлежащем соотношении их с другими пищевыми веществами (жирами, углеводами, минеральными солями).

**Жиры**

Жиры, как и белки, участвуют в строении клеток организма, являются источником энергии, а также носителями ряда витаминов (А, В, Е, К). Часть жиров откладывается в печени, мышцах, под кожей, в сальнике, около почек и т.д., фиксируя и защищая многие органы, сосуды и нервы от травм, а весь организм в целом — от излишних теплопотерь. Жиры существенно улучшают вкус пищи. Отложение жира в организме зависит от пола, возраста, характера жизни, работы и т.д.

Сливочное масло (в нем содержатся витамины А и В) хорошо усваивается детским организмом, так как температура плавления этого жира ниже температуры тела ребенка (24—26 °С). Говяжий (температура плавления 41 —43 °С) и тем более бараний жир (температура плавления 44 — 51 °С) лучше исключить из рациона детей первых лет жизни, так как эти жиры трудно усваиваются детским организмом. Растительные жиры (подсолнечное, оливковое, кукурузное масло и др.), имея низкую температуру плавления, легко усваиваются организмом, не раздражают кишечник, однако они не содержат нужных ребенку витаминов и лецитина, а поэтому могут употребляться лишь в небольших количествах, составляя 20— 25 % от всего суточного рациона жиров. детям первого года жизни на 1 кг массы тела требуется в среднем 6 г жира, от 1 года до 3 лет — суточная потребность составляет 53 г, от 4 до 7 лет — 68 г.

**Углеводы**

Углеводы выполняют в организме главным образом энергетическую функцию. Как известно, в состав углеводов входят углерод, водород и кислород (СН20)n, что послужило основанием назвать их углеводами.

Все углеводы делят на 2 группы: простые и сложные. К простым относятся моносахариды (глюкоза, фруктоза, галактоза) и дисахариды (сахароза, лактоза, мальтоза)[21], к сложным — полисахариды (крахмал, гликоген, пектиновые вещества, клетчатка). Обе группы углеводов входят в состав продуктов растительного происхождения: овощей, фруктов, ягод, злаков — в виде сахаров, крахмала, клетчатки. В организме человека и животных углеводы встречаются в виде животного крахмала — гликогена.

Более простые углеводы — сахара (глюкоза, фруктоза, галактоза и др.) — имеют сладкий вкус и быстро распадаются в организме. Более сложные углеводы — полисахариды, к которым относятся крахмал растений, клетчатка, содержащаяся в оболочках растительных клеток, разлагаются в организме довольно медленно. Клетчатка стимулирует перистальтику кишечника, способствует выведению из организма холестерина, оказывает нормализующее влияние на моторную функцию желчевыводящих путей.

В крови человека сахар циркулирует главным образом в виде глюкозы, количество которой довольно постоянно. Часть глюкозы распадается в организме на воду и углекислый газ, что сопровождается выделением энергии; часть ее синтезируется и откладывается в печени и мышцах.

Потребность в углеводах индивидуальна и зависит от возраста, характера деятельности человека и качества других пищевых веществ, потребляемых им. дети до года на 1 кг массы тела должны получать 13 г углеводов в сутки, от 1 до 3 лет физиологическая потребность в сутки составляет 212 г, от З до 7 лет — 272 г углеводов. Потребность в углеводах на 50 % покрывается за счет сахара.

При большом поступлении сахара и сладких продуктов в кишечнике у ребенка могут возникнуть чрезмерное брожение, усиленная перистальтика (движение стенок кишок); возможен частый стул. У некоторых детей от избытка углеводов, особенно сахара и шоколада, появляются зудящая сыпь, экзема, краснеют и воспаляются веки (блефарит).

К основным нарушениям углеводного обмена у детей относятся сахарный диабет, непереносимость фруктозы и глюкозы, дефицит в кишечнике ферментов, расщепляющих углеводы (лактоза, мальтоза), сопровождающийся диареей.

**Витамины**

 Для нормального развития организма в пищу детей должны входить в достаточном количестве витамины — пищевые вещества, необходимые для поддержания жизненных функций. Организм человека и животных не синтезирует ряд витаминов или синтезирует в недостаточном количестве и поэтому должен получать их в готовом виде.

Многочисленные биохимические исследования метаболизм, а витаминов, молекулярных механизмов их действия показали, что биокаталитической активностью, как правило, обладают не сами витамины, а продукты их биотрансформации — *коферменты*. Коферменты, соединяясь со специфическими белками, образуют ферменты — истинные катализаторы разнообразных биохимических реакций, лежащих в основе физиологических функций живого организма. Они не только предохраняют организм от болезней, возникающих при их недостаточности (цинга, пеллагра, рахит и др.), но и являются составными элементами тканей.

Витамины играют важную роль в поддержании иммунобиологических свойств организма и высокой устойчивости к неблагоприятным факторам внешней среды, в том числе к инфекциям.

Русский врач Н. И.Лунин (1881) первый открыл в продуктах питания особо жизненно важные вещества. В 1912 г. польский ученый К. Функ подтвердил их существование, изучил эти вещества более подробно и назвал их *витаминами* (от лат. *вита* — жизнь, *амины* — соединения азота).

Витамины принято обозначать буквами латинского алфавита. В настоящее время известно множество витаминов, из которых наиболее изучены витамины А, В1, В2, С, D, Е, К, РР.

В основу классификации витаминов взят принцип растворимости их в воде и жирах, в связи с чем все витамины подразделяются на жирорастворимые и водорастворимые. К *жирорастворимым* относятся витамины А, В, Е, К и др., к *водорастворимым* — витамины группы В, С, Р и др.

Группу соединений, которая синтезируется в организме ребенка и обладает витаминной активностью называют *витаминоподобными* *веществами* (витамины В4, В8, В13, В15, ВТ, N, U, Н1). Потребность человека в витаминах зависит от возраста, пола, характера трудовой деятельности, бытовых условий, уровня физической нагрузки, климатических условий, физиологического состояния организма, пищевой ценности питания и других факторов. Она повышается при заболеваниях, в условиях продолжительного систематического охлаждения, недостаточной инсоляции, напряженной физической и умственной работы.

Полное отсутствие в течение длительного времени какого-либо витамина может привести к развитию болезненного состояния, называемого авитаминозом. Если в организме не хватает нескольких витаминов, возникает очень тяжелое заболевание — *полиавитаминоз*. Недостаток тех или иных витаминов приводит к *гиповитаминозу*, сопровождающемуся замедлением нарастания, а затем снижением массы тела, общей вялостью, повышенной утомляемостью, потерей аппетита, а в некоторых случаях ухудшением зрения, излишней нервозностью, нарушением нормальной функции желудочно-кишечного тракта.

Витамины широко распространены в природе. Они содержатся во многих пищевых продуктах, больше всего их в продуктах растительного происхождения: овощах, фруктах, злаках, корнеплодах, ягодах. Некоторые витамины (витамины группы В, РР и витамин К) образуются в организме человека и животных под влиянием микрофлоры кишечника. Функциональные нарушения и поражения органов пищеварения могут в связи с этим привести к некоторым расстройствам витаминного обмена с последующими нарушениями витаминного баланса. В этих случаях, несмотря на достаточное введение витаминов с пищей, развивается так называемый эндогенный (внутренний) гиповитаминоз. длительное применение ряда антимикробных средств, например антибиотиков, пагубно влияющих на микрофлору кишечника, также может привести к гиповитаминозу (недостаток витаминов группы В, РР и К).

Некоторые поражения кишечника, в частности глистные инвазии, нарушая процессы всасывания, снижают количество витаминов в организме. Существует прямая зависимость между состоянием секреторной функции желудка и усвоением витаминов С и группы В. Поэтому длительные расстройства функции пищеварительного тракта могут явиться причиной многообразных нарушений витаминного обмена, вызывающих ряд болезненных состояний. Биологическую активность витаминов и их содержание в пищевых продуктах выражают в миллиграммах или международных единицах (МЕ).

**Витамин С (аскорбиновая кислота)**. Этот витамин участвует в окислительно-восстановительных процессах организма, активизирует деятельность ферментов и гормонов, рост хрящей и костей (образование белка коллагена), повышает свертываемость крови, снижает скорость оседания эритроцитов, предупреждает отеки и атеросклероз, оказывает положительное влияние на сопротивляемость организма к различным внешним воздействиям. Витамин С играет важную роль в поддержании нормального состояния стенок капилляров и сохранении их эластичности. При недостатке витамина С наблюдается повышенная ломкость капилляров и склонность к кровоизлияниям.

Гиповитаминоз вследствие недостатка витамина С у детей вызывается самыми незначительными заболеваниями и усиливается при кишечных расстройствах и, таким образом, приводит к общему ослаблению организма. С уменьшением в организме содержания витамина С замедляются процессы роста, снижается сопротивляемость к инфекционным и простудным заболеваниям, работоспособность, появляются вялость, сонливость, боли в суставах, кровоточивость десен. Полная недостаточность витамина С вызывает цингу, или скорбут. Основной симптом цинги — кровоточивость десен, которая приводит к анемии.

Важно отметить, что витамин С в организме человека не образуется и не накапливается, необходимо ежедневное его поступление с пищей.

Витамин С содержится в основном в продуктах растительного происхождения (овощи, зелень, ягоды, плоды шиповника, цитрусовые, сладкий перец, облепиха и др.), а также в молочных продуктах, особенно в весенне-осенний период. При хранении овощей и фруктов витамин С в них разрушается, поэтому к весне, например, картофель содержит только 50 % витамина С от количества, которое было в нем осенью.

Этот витамин малоустойчив к воздействию некоторых факторов внешней среды. Под влиянием высокой температуры, особенно при доступе кислорода воздуха, он легко окисляется и разрушается, что необходимо учитывать при кулинарной обработке продуктов. Суточная потребность человека в витамине С 30—70 мг.

В результате интенсивной физической и умственной работы, различных заболеваний потребность организма в витамине С возрастает, поэтому и дозировка его должна быть увеличена, К концу зимы, когда витамина С в растительных и молочных продуктах становится мало, его недостаток можно компенсировать приемом аскорбиновой кислоты (синтетически приготовленный витамин С), драже с витамином С, витаминизированным сиропом, а также настоем из плодов шиповника.

В дошкольных учреждениях, домах ребенка, детских домах, детских молочных кухнях С-витаминизацию следует проводить круглогодично. Содержание аскорбиновой кислоты в ежедневном рационе питания детей до 1 года должно быть 30—40 мг, от 1 года до 3 лет — 45 мг, от 4 до 7 лет — 60 мг, для детей и подростков от 12 до 17 лет — 70 мг, для взрослых — 80 мг, для беременных — 100 мг и для кормящих матерей — 120 мг.

В соответствии с Санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами (СанПиН 2.4.1.1249-03) с целью профилактики гиповитаминоза, вызванного недостаточным поступлением витамина С, проводят искусственную витаминизацию холодных напитков (компот и др.) аскорбиновой кислотой (для детей 1 —3 лет — 35 мг, 3—б лет — 50 мг на 1 порцию). Возможно использование поливитаминного напитка «Золотой шар» (15 г на 1 стакан воды) или поливитаминных препаратов (1 драже в день во время или после еды). Витаминизированные блюда не подогревают. Аскорбиновую кислоту вводят в компот после его охлаждения до температуры 15 °С (перед реализацией).

**Витамин Р**. Отмечается выраженный синергизм витаминов Р и С в проявлении биологического действия. В растительной природе выявлено большое количество веществ, обладающих Р-витаминной активностью. Все они получили общее название *биофлавоноидов*.

Основная биологическая роль биофлавоноидов заключается в их капилляроукрепляющем действии и снижении проницаемости сосудистой стенки. Кроме того, они активизируют окислительные процессы в тканях, способствуют образованию и удержанию в организме витамина С, нормализуют функцию щитовидной железы, стимулируют функции печени, при кровотечениях снижают их продолжительность, повышают активность свертывающей системы крови.

При гиповитаминозе Р могут наблюдаться повышенная утомляемость, боли в конечностях, возникают мелкоточечные кровоизлияния на коже и слизистых оболочках. В организме человека этот витамин не синтезируется.

Витамин Р содержится в растительных продуктах: черноплодной рябине, черной смородине, шиповнике, цитрусовых, землянике, винограде, моркови, свекле, картофеле и др.

Суточная потребность в витамине Р составляет у детей до 1 года 15 мл, старше года — 25—30 мл.

**Витамин А (ретинол)**. Этот витамин содействует росту всех клеток и тканей организма, а также правильной функции желез внешней и внутренней секреции. Он обеспечивает нормальный рост и питание кожи, волос, слизистых оболочек, скелета, принимает участие в жировом обмене, акте ночного и сумеречного зрения, которое осуществляется палочковым аппаратом сетчатки. В палочковых клетках содержится чувствительное к свету вещество — зрительный пурпур, или родопсин, представляющий собой соединение белка с ретинолом. Под влиянием света родопсин разлагается. Восстановление его происходит в темноте. Этот процесс задерживается или прекращается, если в организме недостает ретинола, в результате чего развивается заболевание *гемералопия* (куриная слепота). Недостаток витамина сказывается и на дневном зрении, вызывая сужение поля зрения и нарушение нормального цветоощущения. Роговица глаза подсыхает и мутнеет (ксерофтальмия). Наблюдаются также изменения в верхних слоях кожи, слизистых оболочках дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, почек и других органов. Все это приводит к резкому снижению сопротивляемости организма к различным Микроорганизмам.

Витамин А устойчив к щелочам и нагреванию, но неустойчив к действию кислот, ультрафиолетовых лучей и кислорода воздуха, под влиянием которых инактивизируется.

Источниками витамина А являются главным образом продукты животного происхождения: молоко, сливки, масло. Особенно много витамина А в рыбьем жире, яичном желтке, мясе, печени. В растениях содержится провитамин А — каротин (от латинского слова *карота*—морковь): в листьях петрушки, салата, щавеля, в капусте, зеленом луке, плодах и овощах, преимущественно окрашенных в желтый цвет (томаты, морковь, тыква, абрикосы, дыня, рябина и др.), а также в укропе и шпинате. Количество витамина и провитамина А в продуктах уменьшается к весне, поэтому весной рекомендуется дополнительно принимать синтетически приготовленный витамин (1—2 горошины в день). Витамин А лучше усваивается с жирами, так как хорошо в них растворяется. Суточная доза витамина А для детей до 1 года 0,4 мг, от 1 года до З лет — 0,45 мг, от 4 до 6 лет — 0,5 мг, от б до 7 лет — 0,7 мг, от 7 до 15 лет — 1,0 мг, такая же, как для взрослых.

**Витамин D (кальциферолы)**. Представлен несколькими разновидностями: D1, D2, D3, D4, D5. Витамин D играет важную роль в фосфорно-кальциевом обмене. В желудочно-кишечный тракт витамин D поступает в виде холекальциферола (D3) с продуктами животного происхождения, а также образуется в коже под влиянием ультрафиолетовых лучей с длиной волны 290—310 нм. В виде лекарственного препарата известен как *эргокальциферол* (D2). Витамин D нормализует всасывание из кишечника солей кальция и фосфора, оказывает регулирующее действие на их обмен в организме, способствует превращению органического фосфора тканей в неорганические его соединения и отложению фосфата кальция в костях, стимулирует рост. Отсутствие его в организме ребенка приводит к тяжелому общему заболеванию — рахиту. При рахите нарушается нормальное окостенение, вследствие чего наблюдается недоразвитие и деформация костей, страдают мышечная, нервная и другие системы организма.

Витамин D содержится в продуктах животного происхождения: рыбе, рыбьем жире (особенно тресковом), икре, яичном желтке, в свежем молоке и сливочном масле, а также образуется в организме человека и животных под влиянием ультрафиолетовых лучей. Этот витамин устойчив при нагревании до высоких температур, медленно разрушается под действием минеральных веществ. Суточная потребность в витамине Dнормально развивающегося здорового ребенка в возрасте до 3 лет составляет 400 МЕ (международных единиц), от 4 до 7  лет — 100 МЕ.

Применять витамин D с лечебной и профилактической целью необходимо с осторожностью. Большие количества его оказывают токсическое действие: падает вес, наблюдается отложение кальция в ряде органов, на стенках сосудов. В результате приема больших доз витамина D возможна тяжелая интоксикация.

**Витамин Е (токоферол)**. Этот витамин повышает накопление во внутренних органах всех жирорастворимых витаминов. Установлена тесная связь витамина Е с функцией и состоянием эндокринных систем, особенно половых желез, гипофиза, надпочечников и щитовидной железы. Как антиоксидант, он защищает клеточные мембраны от повреждений, принимает участие в обмене белка, нормализует мышечную деятельность, предотвращая развитие мышечного утомления. Если в организме беременной женщины отсутствует витамин Е, нарушается обмен веществ и возникающие при этом ядовитые продукты вызывают гибель плода. Витамин Е содержится в сливочном и растительных маслах, мясе, печени, яичном желтке, горохе, орехе, кукурузе, овощах. Суточная потребность детей в витамине от 3 до 10 мг.

В настоящее время нашли широкое применение поливитаминные препараты и биологически активные добавки, включающие минеральные вещества. Для профилактики дефицита витаминов и микронутринов по назначению врача-педиатра (диетолога) допускается использовать биологически активные добавки (БАД) к пище, имеющие санитарно-эпидемиологическое заключение, зарегистрированные в Федеральном реестре Минздрава РФ и предназначенные для использования в питании детей ясельного и дошкольного возраста. Следует иметь в виду, что все витаминные препараты должен назначать только медицинский работник. Так, например, витамин С в дозе выше 1000 мг в день может вызвать расстройства пищеварения, а передозировка витамина В6 может стать причиной повреждения нервной ткани, вызвать потерю памяти и нарушения координации движений. При приеме больших доз витамина D наблюдаются дистрофические изменения в печени.

**Минеральные вещества**

 Детскому организму наряду с основными пищевыми ингредиентами требуются минеральные вещества. Они принимают активное участие в росте и развитии костной и мышечной систем, выработке иммунитета, обеспечивают нормальное функционирование нервной и эндокринной систем, входят в состав сложных комплексов в качестве анионов и катионов, определяя характер их действия (кислотный или щелочной).

Часть минеральных веществ содержится в клетке, а другая часть во взвешенном состоянии в виде ионов — в крови, лимфе и тканевой жидкости.

В организме человека доказано наличие более чем 80 химических элементов, содержащихся в макро- и микроконцентрациях, установлено биологическое действие свыше 60 элементов, а 12 из них являются жизненно необходимыми. Они участвуют в строении клеток и тканей, обеспечивают функции сердца, мышечной и нервной систем, нейтрализуют кислоты, образующиеся в процессе обмена веществ. Определение содержания ряда микроэлементов в тканях и биологических жидкостях человека служит важным диагностическим тестом при многих заболеваниях. Роль многих микроэлементов еще полностью не изучена.

В зависимости от количественного содержания *минеральные* *вещества* в организме подразделяют на *макро*- и *микроэлементы*. К макроэлементам относятся кальций, фосфор, калий, натрий, хлор, содержание которых составляет 10-² - 10-³. Микроэлементы: магний, железо, медь, марганец, йод, цинк, фтор, литий и др. — содержатся в минимальных количествах (10-6 -  10-12).

***Кальций (Са)*** является главным строительным материалом костной ткани у детей. Особенно велика потребность в нем в период, когда по мере роста и развития организма происходит интенсивное формирование костной ткани и зубов. Основная часть кальция (99 %) находится в костной и хрящевой тканях, а также в зубах. Микроэлемент принимает участие в свертывании крови, мышечном сокращении, активации ферментов. Соединения кальция укрепляют защитные силы организма ребенка, повышают его устойчивость к неблагоприятным факторам, в том числе к инфекционным заболеваниям. Кальций содержится в продуктах молочного происхождения, овощах и фруктах.

Недостаточное поступление кальция может привести к задержке роста и нарушениям в формировании костной системы, развитию кариеса зубов, возникновению судорог. Суточная потребность в кальции составляет для детей первого года жизни 400 — 600 мг, 1—З лет —800 мг, 3—7 лет — 1100 мг.

***Фосфор (Р)***, как и кальций, необходим для строения костей. Около 80 % от всего количества фосфора, необходимого ребенку, Входит в состав костной и зубной тканей, около 10 % — в состав Мышечной ткани. достаточное поступление фосфора в организм ребенка (на первом году жизни 300—500 мг, 800 мг для детей от 1 года до 3 лет и 1450 мг от 3 до 7 лет) нормализует углеводный обмен и укрепляет нервную систему. Содержится фосфор в мясе, Молоке, рыбе, зерновых (овсянка, пшено) и бобовых растениях. Соотношение кальция и фосфора в питании детей от 1 года до 3 лет должно быть 1: 1, от 3 до 10 лет — 1 : 1 ,5.

***Калий (К)*** относится к основным внутриклеточным катионам, которые, являясь одним из компонентов калий-натриевого насоса, участвует в проведении и синаптической передаче нервных им пульсов. Недостаточное поступление калия может привести к задержке роста, нарушению нервно-мышечной и сердечно-сосудистой систем (сонливость, гипотония, изменения сердечного ритма).

Высоким содержанием калия отличаются абрикосы, персики, апельсины, бананы, ананасы, картофель, капуста, морковь, томаты, салат, шпинат, редька. Суточная потребность в калии у детей в возрасте 1—3 года составляет 140 мг, 4—6 лет — 130 мг, 7—9 лет — 105 мг.

***Натрий (Nа)*** является основным катионом, участвующим в поддержании *кислотно-щелочного равновесия* и осмотического давления в клеточных и внеклеточных жидкостях. От вы ведения или удержания натрия зависит регуляция объема внеклеточной жидкости и плазмы крови. Вместе с калием он участвует в проведении нервных импульсов. Натрий способствует проникновению в клетки аминокислот и углеводов, стимулирует работу пищеварительных ферментов. У детей пониженный уровень натрия в крови может быть следствием заболеваний, которые сопровождаются выведением большого объема жидкости, значительной потерей натрия с потом, а также вскармливания детей раннего возраста слишком разведенными смесями. При недостаточном поступлении натрия возможны потеря аппетита (анорексия), жажда, тошнота и рвота, сонливость, сухость кожных покровов, снижение упругости кожи (тургора). Натрий поступает в организм ребенка с пищевыми продуктами, содержащими хлорид натрия. Суточная потребность в поваренной соли у детей варьирует от 0,2 (если масса тела менее 25 кг) до 5—6 г/кг (если масса тела более 25 кг).

***Магний (Мg)*** принимает участие в процессах, определяющих нервно-мышечную возбудимость, в расщеплении АТФ, входит в состав различных ферментных систем, а также костной ткани и зубов. Магний обладает антиспастическим и сосудорасширяющим свойствами, стимулирует перистальтику кишечника, повышает желчевыделение. Недостаточное поступление магния сопровождается повышением нервно-мышечной возбудимости, желудочно-кишечными расстройствами (диарея). Суточная потребность в магнии составляет для детей 1 года 55—70 мг, от 1 года до 3 лет — 150 мг, от 3 до 7 лет — 300 мг. Источниками магния служат бобовые культуры, молоко, зелень петрушки.

***Железо (Fе)*** входит в состав гемоглобина — сложного белкового соединения, находящегося в красных кровяных тельцах — эритроцитах, осуществляет транспорт кислорода и углекислого газа. При недостатке железа развивается анемия, наблюдается задержка роста и нервно-психического развития. Железо содержится в овощах, фруктах, мясе, яичном желтке. детям первого года жизни требуется от 6 до 10 мг, в возрасте 1—3 лет — 10 мг, от З до 7 лет — 15 мг железа в сутки.

***Йод (I)*** входит в состав гормонов щитовидной железы (тироксина и трийодтиронина), которые определяют развитие ребенка, включая умственное развитие, отвечают за обмен веществ, регулируют действие центральной и периферической нервных систем. Недостаточное поступление йода часто является причиной многих явных и скрытых заболеваний, например эндемического зоба. Дефицит йода в организме может вызвать ряд эмоциональных нарушений: раздражительность, депрессию, сонливость, вялость. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежедневная потребность йода для детей первого года жизни составляет 50 мкг, от 1 года до 7 лет — 90 мкг, старше 7 лет — 120 мкг. Особенно богаты йодом морские водоросли и губки, относительно много йода в продуктах животного происхождения: мясе, молоке, яйцах. Высокое содержание микроэлемента отмечается также в продуктах растительного происхождения — зерновых, овощах, картофеле и фруктах.

Кроме рассмотренных минеральных веществ, ребенку необходимы медь, кобальт, бром, цинк, фтор, литий и другие микроэлементы, содержащиеся в пище в минимальном количестве. Они служат составной частью многих ферментов, гормонов, витаминов и оказывают большое влияние на обмен веществ, рост и развитие организма. Недостаток того или иного из них в организме нередко вызывает различные заболевания: тяжелое малокровие — отсутствие кобальта или меди, разрушение зубов — недостаток фтора; при недостатке цинка наблюдаются задержка роста, снижение иммунитета, лития — депрессивные состояния и т.д.

Потребность детей в минеральных веществах, в том числе в микроэлементах, до 4 мес жизни удовлетворяется грудным молоком или адаптированными молочными смесями. С 4 мес их надо вводить дополнительно в виде фруктовых соков независимо от типа вскармливания, а в 5 мес — с прикормом (овощи и фрукты, яйца, мясо, каши, особенно рисовая, гречневая, овсяная и т.д.).

**Вода**

 Вода вместе с растворенными в ней минеральными веществами составляет внутреннюю среду организма, являясь основной частью плазмы, лимфы, тканевой жидкости. Все жизненные процессы, протекающие в организме человека, особенно ферментативные и терморегуляционные, возможны лишь при достаточном количестве воды. Обмен воды включает в себя всасывание воды, поступающей с пищей и в свободном виде; образование воды в результате обмена веществ и ее выделение почками (40—50%), через кожные покровы (40—50 %), желудочно-кишечный тракт (3— 10% от поглощенной жидкости). Ежедневный расход воды у здорового ребенка раннего возраста эквивалентен 10—15% массы тела, в то время как у взрослого — только 2—4 %.

Чем моложе ребенок, тем менее устойчив у него водный обмен. На этот процесс оказывают влияние температура и влажность окружающего воздуха, характер пищи, одежда, поведение ребенка. У детей раннего возраста даже крик и плач вызывают сгущение крови, нарушают водное равновесие между кровью и тканями тела. С первых дней жизни ребенку ежедневно следует давать до 30— 50 мл кипяченой несладкой воды, В жару (выше 25 °С) количество воды можно увеличить до 100 мл для детей старше 1 мес (табл. 13).

Таблица. **Примерная суточная потребность детей в воде**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Средняя масса тела, кг | Общее количество жидкости за 24 ч, мл | Количество жидкости на 1 кг массы тела за 24 ч, мл |
| 3 дня  10 дней  3 мес  3 мес  3 мес  1 год  2 года  4 года  6 лет  6 лет  14 лет  14 лет | 3.0  3.2  5.4  7.3  8.6  9.5  11.8  16.2  20.0  28.7  45.0  54.0 | 250 – 300  400 – 500  750 – 850  950 – 1100  110 – 1250  1150 – 1300  1350 – 1500  1600 – 1800  1800 – 2000  2000 – 2500  2200 – 2700  2200 – 2700 | 80 – 100  125 – 150  140 – 160  130 – 155  125 – 145  120 – 135  115 – 125  100 – 110  90 – 100  70 – 85  50 – 60  40 – 50 |

**Пищевые добавки**

 Пищевые добавки — это особая группа вспомогательных веществ, которые используются в процессе приготовления пищи для улучшения ее вкусовых качеств. Наиболее известные из них — поваренная соль, уксус, специи и пряности. Многие современные продукты питания содержат новый класс пищевых добавок, которые делают пищу более привлекательной, улучшают ее вкусовые качества, снижают себестоимость ее изготовления, увеличивают сроки реализации и т.д. Пищевые добавки, код которых начинается с буквы «Е», разрешены к применению в Европейском содружестве, а контроль за их использованием осуществляет ФАО/ВОЗ по пищевым добавкам. Из более чем 1500 пищевых добавок на территории России разрешено около 200. Запрещены к применению в России пищевые добавки Е121 (краситель цитрусовый красный 2), Е123 (краситель амарант) и Е240 (консервант формальдегид).

В соответствии с технологическим предназначением пищевые добавки могут быть сгруппированы следующим образом.

А. Пищевые добавки, обеспечивающие необходимый внешний вид и органолептические свойства продукта, включающие в свою очередь: улучшители консистенции (агар, лецитин, желатин, крахмал и др.), пищевые красители (кармин, каротин, индиго, хлорофилл и др..), ароматизаторы (бензальдегид, ванилин, ментол и др.), вкусовые вещества (перец, петрушка, горчица, сахар, уксус и др.).

Б. Пищевые добавки, предотвращающие микробную или окислительную порчу продуктов (консерванты):

• антимикробные средства: химические (бензойная кислота, сульфиты, борная кислота, дифенил и др.), биологические (антибиотики);

• антиокислители (антиоксиданты), препятствующие химической порче продукта (окислению) — аскорбиновая кислота и др.

В. Пищевые добавки, необходимые в технологическом процессе производства пищевых продуктов (консерванты):

• ускорители технологического процесса (ферментные препараты и пр.);

• фиксаторы миоглобива, обеспечивающие мясным продуктам стойкий красный цвет (нитрит натрия и др.);

• технологические пищевые добавки: разрыхлители теста, желеобразователи, пенообразователи, отбеливатели и др. (мочевина, цитрат натрия и др.).

Г. Улучшители качества пищевых продуктов (сульфат меди, хлорид железа и др.).

**Вопросы для проверки знаний**

1. Какое значение для развития ребенка имеют белки, жиры, углеводы, минеральные вещества и вода?  
2. Почему для питания ребенка обязательны витамины?  
3. Какие явления наблюдаются при недостатке витамина А?  
4. Какое значение имеет витамин С? Какие симптомы возникают при его недостатке в организме ребенка?  
5. Какова роль витаминов группы В?  
6. При недостатке какого витамина развивается рахит?  
7. Какие гигиенические навыки необходимо прививать детям при приеме пищи?  
8. Какие требования предъявляют к составлению меню в дошкольных учреждениях?  
9. Какие гигиенические требования предъявляют к пищевому блоку и его оборудованию?  
10. Какие требования предъявляют к продуктам питания и их хранению?

**1.4. Закаливание**

**СУЩНОСТЬ ЗАКАЛИВАНИЯ**  
 Организм человека непрерывно подвергается разнообразному воздействию внешней среды (солнечная радиация, химический состав атмосферного воздуха и его физические свойства, вода и др.). Из всех факторов внешней среды наиболее длительное и непрерывное воздействие на организм оказывают воздушная среда, солнечная радиация и вода.  
 Приспосабливаясь к сложному воздействию всех перечисленных внешних условий, организм способен изменять свои теплопотери. Эта способность сводится в основном к увеличению или уменьшению количества крови, притекающей к кожным покровам. Больший или меньший приток крови к коже, в свою очередь, обусловлен способностью кожных капилляров сужаться или расширяться. Это изменение просвета (диаметра) кожных капилляров осуществляется мышцами капилляров. В ответ на получаемые извне холодовые и тепловые раздражения от центральной нервной системы к кожным капиллярам по сосудодвигательным нервам направляются соответствующие импульсы. В результате кровенаполнение кожи либо увеличивается и она отдает больше тепла в окружающую среду, либо уменьшается и теплоотдача понижается.  
 Чем младше ребенок, тем хуже проходят в его организме процессы терморегуляции, тем быстрее при неблагоприятных условиях среды он может переохладиться или перегреться. Это объясняется тем, что у детей поверхность кожи относительно массы тела (на 1 кг) больше, ее роговой слой тоньше, а просвет кожных капилляров шире, чем у взрослых. В связи с малой приспособленностью детей младшего возраста передача раздражений к центрам и ответная реакция у них протекают замедленно и не в полную силу. Их организм часто не успевает быстро отреагировать и защитить себя от холода или жары. Поэтому детей младшего возраста приходится искусственно ограждать как от воздействия холода, так и от перегревания, чтобы предупредить возникновение у них различных заболеваний.  
 Закаливание в преддошкольном и дошкольном возрасте следует рассматривать как важнейшую составную часть физического воспитания детей. Лучшими средствами закаливания являются естественные силы природы: воздух, солнце и вода.  
 Под закаливанием понимают повышение сопротивляемости организма главным образом низким температурам, поскольку в возникновении ряда заболеваний важную роль играет охлаждение организма (болезни верхних дыхательных путей, воспаление легких, нефриты, ревматизм и т. п.).  
 Цель закаливания выработать способность организма быстро изменять работу органов и систем в связи с постоянно меняющейся внешней средой. Способность организма приспосабливаться к определенным условиям внешней среды вырабатывается многократным повторением воздействия того или иного фактора (холод, тепло и т.п.) и постепенного повышения его дозировки.  
 В процессе закаливания в организме ребенка происходят сложные изменения. Клетки покровов тела и слизистых оболочек, нервные окончания и связанные с ними нервные центры начинают быстрее и целесообразнее реагировать на изменения окружающей среды. Все физиологические процессы в тканях и органах, в том числе расширение и сокращение кровеносных сосудов, протекают экономичнее, быстрее и совершеннее. Кроме того, окрепшие под влиянием закаливания кожа и слизистые оболочки становятся менее чувствительными и менее проницаемыми для ряда болезнетворных микроорганизмов, а способность организма к борьбе с уже проникшими в него возбудителями возрастает.  
 В результате закаливания ребенок становится менее восприимчивым не только к резким изменениям температуры и простудным заболеваниям, но и к инфекционным болезням. Закаленные дети обладают хорошим и здоровьем, и аппетитом, спокойны, уравновешенны, отличаются бодростью, жизнерадостностью, высокой работоспособностью. Этих результатов можно добиться лишь при правильном выполнении закаливающих процедур.  
 **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЗАКАЛИВАНИЯ**  
 Положительные результаты от закаливающих процедур можно ожидать только при соблюдении ряда принципов.  
1. *Постепенность увеличения дозировки раздражителя*. Постепенность заключается прежде всего в том, что первые закаливающие процедуры должны как по своей силе, так и по длительности вызывать минимальные изменения в организме, и лишь по мере привыкания к данному раздражителю их можно осторожно усиливать. Закаливание лучше начинать в летнее время года, когда температура воздуха выше, чем в другие сезоны, и колебания ее не бывают резкими.  
2. *Последовательность* применения закаливающих процедур. К Водным процедурам и солнечным ваннам можно переходить после того, как ребенок привык к воздушным ваннам, Вызывающим меньшие изменения в организме; к обливанию не допускают детей прежде, чем они не привыкли к обтиранию, а к купанию в открытых водоемах — раньше, чем с ними не проведены обливания.  
3. *Систематичность*. Нельзя прерывать Закаливающие процедуры без серьезных к тому оснований, так как при этом исчезают те приспособительные изменения, или «механизмы», которые был и уже выработаны в процессе закаливания, и тем самым чувствительность организма к внешнему раздражителю снова повышается.  
4. *Комплексность*. Специальные закаливающие процедуры не дают нужных результатов, если они в повседневной жизни ребенка не сочетаются с мероприятиями, направленными на укрепление его организма (прогулки на свежем воздухе, утренняя гимнастика, регулярное проветривание помещений и т.д.), и если они не проводятся комплексно. Так, воздушные ванны желательно сочетать с подвижными играми, физическими упражнениями и физической работой. Эти виды деятельности сопровождаются активными движениями, вызывающими потребность в глубоком дыхании, при котором площадь слизистых оболочек дыхательных путей, соприкасающаяся с воздухом, увеличивается. Кроме того, при движениях усиливается теплообразование, предупреждающее в прохладную погоду организм от переохлаждения. После того как ребенок привыкнет к воздушным ваннам, хорошо их объединить с солнечными и водными процедурами, а в летнее время — с купанием.  
5. *Учет индивидуальных особенностей ребенка*. Прежде чем начать закаливание, необходимо тщательно изучить физическое и психическое развитие каждого ребенка. На основании данных медицинского обследования, педагогических наблюдений, сведений, полученных от родителей, воспитатель составляет характеристику ребенка. При проведении закаливающих мероприятий в детских учреждениях всех детей по состоянию их здоровья делят на З группы:  
1) здоровые, ранее закаливаемые;  
2) здоровые, впервые приступающие к закаливающим мероприятиям, и дети, имеющие функциональные отклонения в состоянии здоровья;  
3) с хроническими заболеваниями и вернувшиеся в дошкольное учреждение после длительных заболеваний.  
 По мере закаливания, но не раньше чем через 2 мес, воспитанников переводят из одной группы в другую. Основанием для перевода должны быть следующие показатели: отсутствие в этот период острых заболеваний, положительная эмоциональная реакция ребенка на процедуру, отсутствие отрицательных внешних признаков на холодовый раздражитель (выраженная одышка, резкое учащение сердцебиения, появление «гусиной кожи»).  
 Представленные показатели соответствуют (отвечают) функциональным возможностям детей 2-й группы. для детей 1-й группы конечная температура воздуха и воды при закаливании может быть на 2—4°С ниже, для детей 3-й группы (на основании рекомендаций врача дошкольного учреждения) — на 2 °С выше. Температуру действующего фактора следует снижать постепенно (через 3—4 дня при местном воздействии и через 5—6 дней при общем) или сокращать время его воздействия.  
  
6. *Активное и положительное отношение детей к закаливающим процедурам*. Результаты закаливания во многом зависят от того, как относятся к нему дети. Страх перед процедурами и тем более насильственное их проведение не будут способствовать положительному воздействию на организм. Важно продумать и организовать проведение процедур так, чтобы они вызывали у детей положительные эмоции.  
 Воспитателю следует на каждого ребенка завести специальную карту, в которой ежедневно отмечать дату, температуру воздуха, воды, продолжительность процедуры, а также реакцию на нее ребенка. Хороший сон, нормальный аппетит, бодрое настроение детей, а в дальнейшем улучшение их физического развития и здоровья будут свидетельствовать о положительном действии закаливающих процедур.  
 **Закаливание воздухом**  
 Воздух — наиболее доступное средство закаливания в любое время года. В атмосфере движение воздуха совершается интенсивнее, чем в помещении, поэтому кожные покровы человека, находящегося вне помещения, подвергаются более сильным его влияниям, что вызывает непрерывную защитную работу сосудодвигательных механизмов (сужение или расширение кожных капилляров). Систематическое пребывание ребенка на воздухе помогает организму выработать способность быстро адаптироваться к новым температурным условиям.  
 Закаливание воздухом начинается с хорошей вентиляции помещения, в котором находятся дети. Оздоровительный эффект его тем больше, чем большая поверхность кожи подвергается влиянию воздуха, поэтому необходимо постепенно приучать детей ходить в облегченной одежде (в зимнее время в помещении, а в теплую погоду вне его). При нормальной температуре воздуха дети должны находиться в двухслойной одежде и гольфах.  
 Во время воздушной ванны на тело ребенка действуют температура, влажность и скорость движения воздуха, а в весенне-летний период — еще и отраженные, рассеянные солнечные лучи. С детьми первого года жизни воздушные ванны можно проводить спустя 30—40 мин после приема пищи, а старше года — через 1—1,5 ч.  
 Воздушные ванны хорошо сочетать с массажем, пассивной и активной гимнастикой (дети первого года жизни), подвижными играми, работой в саду и на огороде (старшие дошкольники). Во время движений и трудовой деятельности в организме ребенка образуется тепло, которое предохраняет от переохлаждения и простудных заболеваний.  
 Младших детей (первый год жизни) во время воздушной ванны на несколько минут оставляют в одних распашонках, а затем и полностью раздевают. дети старше 1 года вначале принимают воздушные ванны в майках, трусах и легкой обуви, по мере закаливания — в трусах и, если позволяют условия, босыми.  
 Хождение босиком — хорошее средство для закаливания, укрепления и формирования свода стопы. В летнее время детей надо приучать ходить босиком по хорошо очищенному грунту (трава, гравий, песок). Начинать ходить босиком следует в жаркие, солнечные дни, постепенно увеличивая время с 2—З мин до 10— 12 мин и более. Минимальная температура воздуха, при которой детям разрешается ходить босиком, 20—22 °С.  
 Затем детей приучают ходить босиком и в помещении. Перед дневным сном им разрешают дойти до своей кровати по ковровой дорожке босиком. С детьми 5—7 лет рекомендуется проводить утреннюю гимнастику и физкультурные занятия сначала в носках, а потом и босиком. Полы в зале должны быть паркетными или покрыты пластиком, ковром. При температурах выше или ниже указанных наступает соответственно перегревание или переохлаждение, что может стать причиной заболевания.  
 Оздоровляющее действие воздуха необходимо также использовать при организации дневного сна и прогулок.  
 Воздушные ванны начинают проводить с детьми двухмесячного возраста. В теплую погоду их сон организуют в местах, защищенных от ветра и прямых солнечных лучей: на открытых верандах, террасах, специально оборудованных площадках под навесом или в тени деревьев, в лесу, на берегу реки или моря, в ненастные дни и зимой — на верандах или в комнатах при открытых фрамугах и форточках.  
 **Закаливание солнцем**  
 Лучистая энергия солнца оказывает огромное влияние на жизнедеятельность организма. Солнечные лучи, кроме видимых, с длиной волны от 390 до 760 нм, содержат невидимые лучи: инфракрасные (длина волны более 760 пм) и ультрафиолетовые (длина волны около 390 пм). Биологическое влияние на живой организм оказывают главным образом ультрафиолетовые лучи.  
 Под воздействием солнечных лучей химические и биологические процессы в клетках и тканях ускоряются, общий обмен веществ повышается, слой эпидермиса утолщается, особенно за счет увеличения количества пигментных клеток, которые при этом начинают усиленно вырабатывать красящее вещество меланин. В подкожном жировом слое под влиянием ультрафиолетовых лучей из провитамина ТЭ вырабатывается активный витамин i). Изменяется общее состояние организма, улучшаются настроение, сон, аппетит, повышаются работоспособность и сопротивляемость к различного рода заболеваниям.  
 Солнечные лучи оказывают благоприятное влияние на организм только при правильном их использовании, в противном случае они могут причинить вред, вызвать тяжелые ожоги, заболевание глаз, обострение некоторых болезней (туберкулез легких, токсический диффузный зоб, желудочно-кишечные расстройства). Даже при кратковременном действии солнца на коже детей, не привыкших к нему, может появиться покраснение (эритема) или ожог I степени, при более длительном его воздействии могут образоваться пузыри (ожог II степени) и даже омертвение кожи (ожог III степени). Солнечные ожоги кожи даже I степени, особенно если они обширны, сопровождаются общей болезненной реакцией: может повыситься температура тела, появиться озноб, вялость, головная боль, тошнота. Поэтому солнечные ванны надо проводить осторожно, с учетом возраста и состояния здоровья детей.  
 Есть ряд *противопоказаний* к применению солнечной радиации в целях закаливания. Облучение прямыми солнечными лучами не рекомендуется всем детям первого года жизни и детям более старшего возраста с резким отставанием в физическом развитии, страдающим малокровием, с повышенной нервной возбудимостью, в острый период заболевания. В этих случаях используется облучение рассеянным светом и отраженными солнечными лучами.  
 В дошкольных учреждениях закаливание солнцем осуществляется на прогулке, особенно в весенне-летнее время, при обычной разнообразной деятельности детей. Начинают со свето-воздушных ванн в тени деревьев, затем переходят к местным солнечным ваннам, для чего детям оголяют руки и ноги (на голове при этом должна быть светлая шапочка). Для проведения солнечных ванн игры детей организуют под прямыми лучами солнца на 5—6 мин, а затем ребят вновь уводят в тень. По мере появления загара солнечные ванны становятся общими, для этого воспитанников раздевают, оставляя их в трусах и майках, а затем в одних трусах. Непрерывное пребывание детей под прямыми солнечными лучами вначале составляет 5 мин, постепенно его доводят до 10 мин.  
 В течение дня продолжительность солнечных ванн может быть 40—50 мин.  
 В осеннее и зимнее время в средней полосе и особенно на Крайнем Севере, где мало солнечных дней, детей облучают ртутно-кварцевыми лампами. Облучать ультрафиолетовыми лучами рекомендуется всех детей 2 раза в год: в ноябре-декабре и в марте- апреле (15—20 процедур), обязательно без перерывов. При облучении необходимо обеспечить правильную дозировку ультрафиолетовых лучей, защитить глаза детей и персонала темными очками, а также строго наблюдать за реакцией каждого ребенка. Эти процедуры, которые проводит медицинский персонал, являются не только оздоровительным мероприятием, но и хорошей профилактической мерой против заболеваний детей рахитом, а также простудными и другими болезнями.  
 **Вода как фактор оздоровления и закаливания**  
 Водные процедуры могут быть местными (умывание, ножные ванны, обтирание или обливание до пояса) и общими (обтирание и обливание всего тела, купание в бассейнах, открытых водоемах). Используют воду такой температуры, которая не вызывает большого напряжения терморегуляционных механизмов ребенка (28—36°С), и проводят тогда, когда тело его не переохлаждено и не перегрето.  
 Водные процедуры имеют перед воздушными и солнечными ваннами то преимущество, что их можно легко дозировать. При обливании водой, купании в открытых водоемах на тело человека оказывает влияние не только температура, но и давление воды, а при приеме соленых, хвойных ванн, купании в море, лечебных источниках — еще и химический ее состав. Обтирание кожи после любой водной процедуры сухим полотенцем обеспечивает хороший массаж ее, способствует лучшему кровенаполнению, а следовательно, и питанию. Водные процедуры являются возбуждающим и тонизирующим средством, поэтому их следует проводить после утреннего или дневного сна.  
 *Умывание*, которое ежедневно проводят по утрам с гигиенической целью, при определенной организации может оказать на детей и закаливающее влияние. для этого температуру воды при умывании постепенно (через каждые 2—3 дня) снижают на 1 °С и доводят ее для детей от 1 года до 2 лет с 28 до 20 °С, от 2 до 3 лет — до 16 оС, для детей 3 лет и старше — до 14°С.  
 Детям до 2 лет обычно моют лицо и кисти рук, 2—3 лет, кроме этого, шею и руки до локтя, от 3 лет и старше при умывании можно обмывать и верхнюю часть груди.  
 *Ножные* *ванны* являются хорошим средством закаливания. Как известно, переохлаждение ног нередко приводит к простудным заболеваниям, так как при сильном их охлаждении рефлекторно сужаются кровеносные сосуды носоглотки, вследствие чего питание слизистых оболочек носа и зева ухудшается, а жизнедеятельность микроорганизмов, всегда находящихся там, увеличивается. Ножные ванны способствуют закаливанию всего организма. Кроме того, ежедневные ножные ванны снижают потливость ног, являются профилактикой плоскостопия.  
 *Местное* *обливание* ног проводят из ковша вместимостью 0,5 л при температуре воздуха в помещении не ниже 20 °С. Во время процедуры смачивают нижнюю половину голени и стоны. Сосуд с водой держат на близком расстоянии от тела (4—5 см). На каждое обливание расходуется 2—3 л воды соответствующей температуры. Собственно обливание продолжается 15—20 с, затем ноги ребенка обтирают сухим полотенцем до легкого порозовения кожи. Следует помнить, что эффект закаливания будет только в том случае, если прохладную воду лить на теплые ноги ребенка. В связи с этим обливание ног проводят обычно после дневного сна. Летом целесообразно обливание ног сочетать с их мытьем после прогулки: ноги моют теплой водой с мылом и обливают водой соответствующей температуры.  
 При обливании ног детей первых лет жизни используют воду начальной температуры 30 °С, а затем ее снижают через каждые 1—2 дня на 2 °С. В дошкольных группах пользуются водой начальной температуры также 30 єC, снижая ее через каждые 1 —2 дня на 2°С и постепенно доводя до 18—16°С для детей первых лет жизни, а в дошкольных группах (4—7 лет) до 16— 14 °С.  
 Обливание ног с использованием воды контрастных температур можно рекомендовать для детей раннего возраста в холодный период года, когда частота респираторных заболеваний возрастает. На контрастное обливание переходят и в период неблагоприятной эпидемической обстановки (наличие респираторных и инфекционных заболеваний в дошкольных учреждениях), а также при температуре воздуха в групповых помещениях ниже 20 °С.  
 *Контрастное* *обливание* может быть щадящим: вначале ноги обливают теплой водой (35—3б°С), а затем сразу прохладной (24—25°С), после чего вновь теплой водой (35—36°С). Постепенно температуру теплой воды повышают до 40 °С, а прохладной снижают до 18 °С. Заканчивают процедуру сухим растиранием. Такой метод обливания рекомендуется ослабленным детям или перенесшим болезнь. Закаленным и редко болеющим воспитанникам эту процедуру лучше проводить в обратном порядке, начиная с холодной воды (24—25 С) и переходя к воде температуры 35—36°С, а затем вновь к холодной с таким же постепенным изменением температуры. После обливания — сухое растирание. Общие водные процедуры (обтирание, обливание, купание) проводятся не раньше чем через 30—40 мин после приема пищи.  
 Обтирание можно начинать с 3-месячного возраста. Детям первого года жизни, а также ослабленным воспитанникам старшего возраста перед обтиранием водой в течение 1 —2 недель следует проводить сухое растирание кожи чистой мягкой материей до слабого покраснения ее. Чтобы раздетые дети не ждали процедуры, следует заранее подготовить все необходимое. Мальчиков и девочек старше 3 лет обтирают отдельно.  
 Рукавички из мягкой материи, которыми обтирают детей, кладут в большой таз с водой нужной температуры. В воду добавляют морскую или поваренную соль (2 столовые ложки на ведро). После обтирания хорошо смоченной рукавичкой тело ребенка сразу же растирают сухим банным полотенцем (табл. 15).  
  
Таблица. **Примерная температура воды для обтирания**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возраст детей | Начальная температура, єC | Предельная температура, єC |
| Первый год жизни | 35 | 28 |
| От 1 года до 3 лет | 34 | 24 |
| От 4 до 7 лет | 32 | 22 |

детям грудного возраста сначала обтирают руки и ноги, затем шею, грудь, живот и только после этого спину. Ноги и руки обтирают, слегка массируя кожу по направлению от пальцев к туловищу (это предупреждает застой крови в венах и капиллярах). детей, умеющих хорошо стоять, обтирают в положении стоя: сначала верхнюю, а затем нижнюю часть тела.  
 С 5—7 лет дошкольников приучают обтираться самостоятельно, помогая им смачивать рукавичку и обтирать спину. Рукавички после употребления кипятят и сушат.  
 Обливание всего тела проводят при температуре воздуха не ниже 23 °С. Воду льют из лейки на плечи, грудь, спину (расход воды 1,5—2,0 л), при этом сосуд с водой держат на 6—8 см над ребенком. После обливания сразу следует сухое растирание. длительность процедуры увеличивают с 15 до 35 с. Температуру воды снижают через 3—4 дня на 2 ос душевые установки (смесители) используют при закаливании водой только в том случае, если они обеспечивают ее постоянную температуру. Обычно воду нужной температуры разводят в специальных баках (табл. 16).

Таблица. **Примерная температура воды для обливания**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возраст детей | Начальная температура, єC | Предельная температура, єC |
| До 3 лет | 35 | 26 – 28 |
| 3 – 4 года | 35 – 34 | 24 |
| 5 – 7 лет | 34 – 35 | 22 |

Летом обливание и душ рекомендуется проводить на воздухе. Когда при закаливании будут достигнуты конечные температуры воды и воздуха, на них останавливаются в течение 2 мес для обеспечения эффекта тренировки. далее можно усилить действующий фактор (перейти от местных к общим, от слабых к более сильным процедурам) или увеличить время его действия.  
 *Купание в открытых водоемах* (бассейн, река, озеро, море) — одна из любимых детьми закаливающих процедур. На организм ребенка одновременно действуют воздух, солнце, вода (ее температура, состав). Все это в сочетании с движениями, которые ребенок производит, плавая или играя в воде, активизирует работу нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем.  
 Купание в открытых водоемах вызывает значительное напряжение теплорегуляционных механизмов ребенка и поэтому должно строго контролироваться. В условиях дошкольных учреждений к купанию в открытых водоемах допускают только здоровых детей (1-я группа по здоровью) старше 3 лет. Дошкольникам можно начинать купаться в безветренную погоду при температуре воздуха не ниже 25 єC и воды 23 єC Закаленным детям можно позволять купаться и в более прохладной воде, сокращая время купания. Нельзя купать детей натощак или раньше чем через 1,5 ч после приема пищи. Купаются воспитанники 1 раз в день. Продолжительность первых купаний не должна превышать 3 мин, в дальнейшем ее постепенно увеличивают: для детей 3—5 лет до 5 мин, 6—7 лет — до 8—10 мин. Купать детей надо в утренние часы после солнечных ванн.  
Купаться одновременно могут 6 детей, при этом один воспитатель, умеющий плавать, должен быть вместе с ними в воде, а другой воспитатель или няня остается на берегу и следит за остальными детьми. В воде дети должны все время двигаться, играть в мячи, резиновые игрушки. Пятилетних ребят уже можно обучать плаванию.  
 Во время купания нельзя разрешать детям заходить дальше указанного места, шалить, толкать друг друга, окунаться в воду с головой. Если какой-либо ребенок замерзнет, начнет дрожать, его надо немедленно вывести из воды, хорошо растереть полотенцем и одеть.  
 После купания всех воспитанников быстро обтирают индивидуальными полотенцами, организуют подвижные игры в тени. Принимать солнечные ванны после купания не рекомендуется.  
 Хорошим средством закаливания полости рта и носоглотки является систематическое их полоскание водой комнатной температуры. Удобнее всего проводить эту процедуру утром после сна и перед ночным сном. Приучать детей полоскать рот можно с 2—3 лет, с 4—5 лет они могут полоскать и горло. На полоскание затрачивают 1/2— 1/3 стакана воды. Опыт показывает, что эта процедура — эффективное средство предупреждения ангин, тонзиллитов, аденоидов.  
 Закаливающие мероприятия особенно важно проводить в периоды повышенной заболеваемости детей, карантинов и после перенесенных заболеваний. При этом сила воздействующего фактора временно снижается, а врачебный контроль за детьми усиливается.  
 Медицинских отводов от закаливания в детских коллективах дошкольных учреждений не должно быть, поскольку методы и средства закаливания подбирают индивидуально в зависимости от возраста, состояния ребенка и условий окружающей среды. Ответственность за правильную организацию работы по закаливанию детей несут заведующий дошкольным учреждением и врач.

**Вопросы для проверки знаний**  
1. В чем сущность закаливания?  
2. Какие правила следует соблюдать при закаливании?  
3. Как следует проводить закаливание воздухом в различных возрастных группах и в разные сезоны года?  
4. Как влияет солнечная радиация на рост и развитие ребенка?  
5. Как осуществляются организация и проведение с детьми солнечно-воздушных и солнечных ванн?  
6. В каких случаях следует использовать искусственные источники ультрафиолетовой радиации?  
7. Как следует проводить ножные ванны, обтирание и обливание в различных возрастных группах и в разные сезоны года?

**1.5. Гигиенические условия воспитания детей в учреждении дошкольного образования**

**ГИГИЕНА БЕЛЬЯ, ОДЕЖДЫ И ОБУВИ ДЕТЕЙ**  
 Одежда способствует поддержанию постоянной температуры тела человека, ограждает его от неблагоприятных влияний солнца, термических и других повреждений. В холодную погоду она защищает от излишней потери тепла, в жаркую не препятствует хорошей теплоотдаче.  
 Большие или меньшие теплосохраняющие свойства одежды зависят от ее покроя, пошива, количества слоев и главным образом от качества ткани, из которой она сшита.  
 Сама одежда не греет, но между нею и телом, а также в порах ткани находится воздух, являющийся плохим проводником тепла. Теплопроводность ткани тем меньше, чем больше воздуха заключено в ней. Высокой теплозащитной способностью обладают мягкие, рыхлые ткани с малой массой: шерсть, мех, ватин, вельвет, трикотаж; в меньшей степени — бумазея, байка, фланель, синтетические ткани — поролон и пенопласт. Достоинством всех этих тканей является еще и то, что они обладают хорошей воздухопроницаемостью, обеспечивающей смену воздуха, находящегося между одеждой и телом. Из этих тканей шьют одежду, предназначенную для холодного времени года.  
 Для летней одежды используют гладкие светлые хлопчатобумажные ткани: батист, бязь, ситец, сатин. Ценным качеством этих тканей является их гигроскопичность, способность хорошо и быстро впитывать и постепенно испарять влагу. Полотно, хорошо впитывая влагу, несколько быстрее, чем другие перечисленные ткани, испаряет ее; одежда, сшитая из полотна, особенно хороша в жаркое время, так как способствует охлаждению тела.  
 Материалы из синтетического волокна следует использовать с осторожностью, так как они хорошо впитывают жировые вещества, закупоривая при этом поры тканей, ухудшая их воздухо- и паропроницаемость. Кроме того, эти ткани обладают повышенной проницаемостью для инфракрасной радиации, поэтому для пошива детского белья и летней одежды применять их не следует. Одежда из водоотталкивающих, прорезиненных или кожаных тканей удобна в прохладную, сырую погоду. В теплые, сухие дни надевать ее не следует, так как она, не обладая достаточной гигроскопичностью и воздухопроницаемостью, задерживает испарение влаги, способствует перегреванию тела.  
 Одежда должна соответствовать времени года и погоде, возрасту, полу, росту и пропорциям тела ребенка. Она не должна стеснять движений, мешать свободному дыханию, кровообращению, пищеварению, раздражать и травмировать кожные покровы.

**ДЕТСКОЕ БЕЛЬЕ И КОМНАТНАЯ ОДЕЖДА**  
 Детское белье, в том числе постельное (наволочки, простыни, пододеяльники), шьют из белых хлопчатобумажных тканей, которые не линяют при стирке и кипячении. Нижние рубашки для девочек должны быть без рукавов, с вырезным воротом, на проймах (бретели плохо держатся на плечах у ребенка); мальчикам надевают рубашки с короткими рукавами или майки.  
  
 Ткани для комнатной одежды (платья, юбки, костюмы) подбирают в соответствии с сезоном и погодой: для теплого времени года — ситец, сатин и др., для зимы — байка, трикотаж, вельвет. Шерстяные ткани от частой стирки теряют внешний вид и качество, поэтому из них лучше шить праздничную одежду, которую ребенок надевает реже. Покрой повседневных платьев простой, без лишних украшений, затрудняющих стирку и глажение, без узких манжет, мешающих мытью рук. Девочкам рекомендуется носить кофточки и штанишки или очень короткое платье, так как длинное мешает движению. Верхние штанишки для мальчиков, юбки для девочек делают на бретелях. Поверх платьев и костюмов во время дежурства или работы на участке детям рекомендуется надевать фартучки простого фасона, сшитые из сурового полотна, ситца и других тканей. В жаркое время года лучшая одежда для девочек — сарафаны, для мальчиков - трусы или короткие штанишки. В верхней детской одежде должен быть карман для носового платка.

**Одежда для прогулок**  
 Одежда, предназначенная для прогулок в холодную погоду, должна обладать хорошими теплозащитными свойствами. Конструкция ее должна обеспечивать возможно большую герметичность,  
 Осенью и весной в зависимости от погоды поверх белья детям надевают байковые или шерстяные костюмы, фуфайки и рейтузы, комбинезоны или куртки с водоотталкивающей пропиткой на синтепоне или полушерстяном ватине, а также демисезонные пальто, плащи.  
 Верхняя зимняя одежда защищает детей от холода и атмосферной влаги, поэтому должна состоять не менее чем из 2 слоев: нижнего теплозащитного из высокопористого, упругого материала и верхнего ветрозащитного, предохраняющего от проникновения в одежду и под нее наружного воздуха. Если верхняя ткань этих функций не выполняет, между верхним и теплозащитным слоями делают дополнительный ветрозащитный слой. Полностью воздухонепроницаемые ткани для детской одежды не рекомендуются. В последнее время используют легкие детские дубленки или шубы (см. Приложение 32).  
 **Головные уборы**  
 С самого раннего возраста головку ребенка в помещении держат открытой, так как под платком и чепчиком она потеет, может покрыться сыпью или плотными корочками из ороговевшего эпителия (себорея). Головной убор малыша должен соответствовать климатическим условиям и времени года. В летние солнечные дни голову прикрывают светлой панамой, косынкой или легкой фуражкой с козырьком; весной и осенью, если не очень холодно и ветрено, девочкам надевают береты, шерстяные шапочки, мальчикам — шерстяные шапочки и кепи; в прохладную ветреную погоду, а также зимой при отсутствии сильных морозов детям рекомендуется надевать утепленные шерстяные вязаные шапочки, хорошо прикрывающие лоб и уши, в сильные морозы — меховые шапочки, прикрывающие уши.  
 **Обувь**  
 С 3 —5 мес ребенку надевают колготы соответствующего размера и мягкие ботиночки, которые в дальнейшем, когда он начинает ходить, заменяют кожаными ботиночками со шнуровкой. Любая обувь, предназначенная для детей, должна иметь надежные и удобные застежки, не препятствующие движению. для этого используются шнуровка, ремни, застежки типа «молния», «липучки» и др.  
 Открытые туфли без застежек для детей недопустимы, так как они, сжимая тыльную часть стоны, вызывают быстрое утомление мышц и нарушение кровообращения.  
 Важно, чтобы детская обувь была легкой, удобной, имела эластичную подошву, прочный задник, не допускающий скольжения стоны кзади, широкий носок и каблучок высотой 5— 10 мм. Каблук в детской обуви необходим: он несколько повышает свод стоны, увеличивая его рессорность, защищает пятку от ушибов, повышает износоустойчивость обуви. Отсутствие каблука допускается только в обуви для детей раннего возраста (пинетки), которая служит лишь защитой стопы от переохлаждения и не несет никаких нагрузок, связанных с ходьбой.  
 Тесная, грубо сшитая обувь может привести к изменению формы стопы и ноги ребенка, способствовать потливости и отеку ног, искривлению пальцев, врастанию ногтей, образованию пяточной шпоры, мозолей. Сдавливая кровеносные сосуды и вызывая застой крови в ногах, тесная обувь в холодное время года ускоряет их охлаждение. Слишком свободная обувь также нежелательна: она затрудняет движение, вызывает потертости.  
 Ширина детской обуви в области пальцев НОГ должна составлять 40 % от ее длины, это отвечает анатомическому строению стоны ребенка. Такая обувь не давит на пальцы, не вызывает искривления большого пальца. Носок детской обуви приподнимается кверху на 15 мм, что совпадает с формой стопы и делает обувь более удобной. Между кончиками пальцев и передней частью обуви должно быть пространство 0,5— 1 см. Удобной считается такая обувь, в которой можно свободно шевелить большим пальцем.

Средний годовой прирост длины стопы у дошкольников равен 10—11 мм, поэтому необходимо раз в 2—3 мес проверять, не стала ли обувь ребенку тесной.  
 При подборе обуви надо учитывать не только размер, но и полноту ноги, которая у детей дошкольного возраста сильно изменяется. Отечественная промышленность, учитывая это, выпускает обувь трех видов полноты в пределах каждого размера.  
 Для повседневной носки не рекомендуется обувь, которая обладает плохой воздухопроницаемостью и гигроскопичностью, способствует образованию опрелости ног (кроссовки, резиновая и лакированная обувь). Резиновые сапожки с проложенными в них стельками из ткани, хорошо впитывающей влагу, надевают в сравнительно теплую погоду для прогулок по влажной земле и траве. При низких температурах воздуха детям лучше надевать кожаные ботинки.  
 В теплое время года как для помещения, так и для улицы наряду с кожаной рекомендуется обувь из различных текстильных материалов (рогожка, прогулочная, джинсовая ткань), используемых целиком или в комбинации с кожей. Такая обувь легкая, воздухопроницаемая, гигроскопичная. В утепленной обуви для верха рекомендуются сукно, драп, полушерстяные, шерстяные материалы, фетр, войлок и др.  
 Зимой для прогулок в холодную погоду используют валенки. Время пребывания в этой обуви не должно быть слишком длительным, так как симметричная форма носочной части валенок может оказать отрицательное влияние на формирование детской стопы. Носить валенки в относительно теплую погоду на прогулках, а также в помещении нельзя. Это способствует потливости ног, расслаблению связочного аппарата стопы, возникновению плоскостопия, мешает закаливанию ребенка.  
 В дошкольных учреждениях для помещений необходимо иметь сменную обувь. Использование с этой целью старой, изношенной, тесной обуви недопустимо, так как она может деформировать детскую стопу.  
 Спортивная обувь (кроссовки, кеды, полукеды, «чешки» и др.) предназначена только для музыкальных и физкультурных занятий, спортивных игр, прогулок, туристических походов. Носить эту обувь следует с шерстяными носками или вкладными стельками, хорошо впитывающими влагу. Использовать спортивную обувь постоянно недопустимо.  
 **Уход за одеждой и обувью**  
 При загрязнении масса одежды увеличивается (например, за 10 дней масса носков возрастает на 10— 11 %), тепловые и гигроскопические свойства ее снижаются, ткань пропитывается потом и салом, в ней увеличивается количество микроорганизмов. Поэтому загрязнившуюся одежду надо вовремя и хорошо чистить, простирывать, а если возможно, кипятить и гладить. Крахмалить детское белье и одежду не следует, так как после этого они становятся жесткими, снижаются их гигроскопичность и воздухопроницаемость. Белье и комнатную одежду следует менять при каждом загрязнении и после каждого купания ребенка. Грязное белье и пеленки складывают в бак или специальное ведро с крышкой, а затем простирывают, кипятят и проглаживают утюгом. Чистое белье хранят в специальных шкафах. В зависимости от возраста ребенка частота смены белья может быть различной: у детей первых б мес жизни — не реже 1 раза в день, от 6 мес до 1 года — через день, от 1 года до 2 лет — 2 раза в неделю и старше 2 лет — раз в 5—7 дней. Носки и колготы быстро пропитываются потом и легко загрязняются, поэтому их надо менять не реже чем через каждые 2—3 дня. Постельные принадлежности: матрацы, подушки, одеяла, спальные мешки — выносят на воздух для проветривания и сушки не реже 2 раз в месяц. Стеганые ватные одеяла, кроме того, 1 —2 раза в год надо стирать. Обувь по возвращении с прогулки снимают, очищают от грязи, снега и просушивают.  
 С первых дней пребывания ребенка в детском саду ему прививают навыки бережного отношения к своей одежде. Перед сном ребенок должен аккуратно сложить одежду на стульчик или повесить на специальные плечики. Проснувшись, прежде чем приступить к одеванию, он должен откинуть одеяло на заднюю спинку кровати для проветривания простыни и пододеяльника, затем одеться и застелить постель.

**Лекция 2. Детские болезни и их профилактика**

1.1. Функциональные нарушения высшей нервной деятельности у детей

1.2. Болезни, вызываемые нарушением обмена веществ, у детей раннего и дошкольного возраста

1.3. Болезни органов дыхания. Болезни крови. Болезни органов пищеварения. Гельминтозы

1.4. Болезни мочеполовой системы. Заболевания эндокринной системы у детей

1.5. Нарушения опорно-двигательного аппарата. Виды нарушений осанки. Болезни органов слуха и зрения.

**1.1. Функциональные нарушения высшей нервной деятельности у детей**

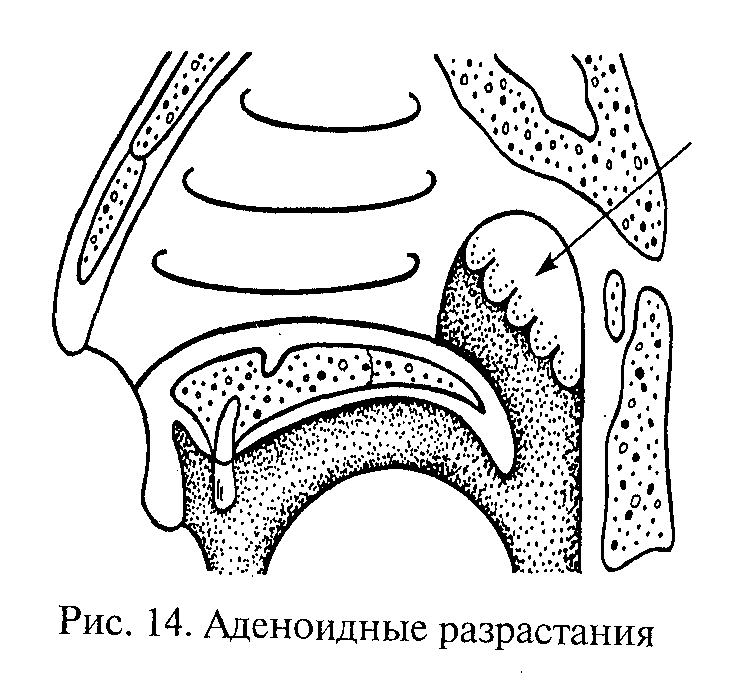
При детской нервности речь идет о *функциональных* *нарушениях* нервной системы, которые не связаны с се органическими изменениями.  
 Под неврозами понимают более или менее длительные «хронические» функциональные нарушения высшей нервной деятельности — ее «срывы». В их основе, как правило, лежат изменения, которые касаются трех основных свойств нервной системы: силы, уравновешенности и подвижности процессов возбуждения и торможения.  
 Причины, лежащие в основе неврозов:  
1) наследственная предрасположенность (наличие в семье больных с заболеваниями ЦНС, алкоголиков, наркоманов и т.д.);  
2) отсутствие или нарушение правильного режима;  
З) заболевание острые и хронические;  
4) всякие длительно действующие раздражители постоянные или сверхпороговые (длительный шум, нервные родители, подавление инициативы, насмешки со стороны окружающих, чувство страха);  
5) отрицательные эмоции, которые могут иметь постоянный характер (положительные эмоции, даже при их большой силе, стрессовых состояний не вызывают), психические травмы.  
 В принципе неврозы излечимы, так как они в большинстве своем имеют функциональный характер.  
 Неврозы чаще развиваются у детей, имеющих слабый или легковозбудимый тип высшей нервной деятельности, когда они сталкиваются с сильными, сложными или длительно действующими раздражителями: долго не прекращающийся шум, неправильное поведение взрослых, а также частые перегрузки информацией: посещение кино, театров, просмотры телевизионных передач, которые перевозбуждают нервную систему ребенка. Нервные дети слабого типа заторможены, застенчивы, пугливы.  
 При легковозбудимой нервной системе тормозной процесс резко ослаблен: дети недисциплинированны, чрезмерно подвижны, вспыльчивы, агрессивны. У детей с уравновешенно подвижным и уравновешенно медленным типом высшей нервной деятельности невроз наблюдается значительно реже и проявляется менее заметно.  
 При неврозах у детей наблюдается не только повышенная нервность, но и расстройства функций разных органов (речи, мочевыделения, пищеварения и др.). детям, страдающим неврозами, свойственны необоснованные страхи, нарушение сна, навязчивые движения, анорексия, рвота, энурез и т.д. У некоторых детей может быть лишь один из перечисленных симптомов, у других — несколько. Все расстройства нервной системы протекают на фоне резкого изменения поведения ребенка31.  
 Большинству нервных детей свойственны повышенная эмоциональность, неустойчивость внимания, частые капризы. Они обидчивы, реагируют на шум, яркий свет, изменения температуры воздуха, прикосновение к телу шерсти, меха. Периоды возбуждения у них сменяются периодами угнетения, вследствие чего настроение и поведение их все время меняются. другие дети совершенно не могут управлять своими эмоциями: у них часты вспышки гнева, агрессии; инстинкты (пищевые, половые) берут над ними полную власть.  
 Заторможенность, пассивность, нерешительность, чрезмерная стеснительность — эти состояния появляются чаще всего у детей тогда, когда взрослые кс учитывают естественного стремления ребенка к самостоятельности, непрерывно опекают его, лишая уверенности в своих силах, когда стремление ребенка к движению, его любознательность пресекаются: он всегда слышит «нельзя», «нет».  
 Существует три основных типа неврозов у детей: истерия, неврастения и неврозы навязчивых состояний.  
 ***Истерия*** — заболевание, возникающее в связи с психотравмирующей обстановкой. Истерия рассматривается как своего рода защитная реакция на какую-либо психологическую вредность. Это своего рода бессознательная попытка разрешить различные трудности и конфликты путем ухода в болезнь.  
 У детей раннего и дошкольного возраста истерия проявляется в виде припадков. Если ребенку что-либо не дают, он начинает стучать ногами, бросать игрушки, пытаясь этим, пусть даже неосознанно, добиться от окружающих желаемого. Если дать возможность «закрепиться» этому капризу, то он может перейти в одну из форм истерии. Следует помнить, что больной истерией ребенок не притворщик, он сам страдает от своего заболевания. При первых признаках истерии не следует потворствовать желаниям ребенка, а надо переключить его внимание.  
 *Неврастения* — одна из форм неврозов, при которой повышенная возбудимость сочетается с раздражительностью, слабостью, быстрой утомляемостью, снижением работоспособности, неустойчивым настроением. Развивается неврастения в случае, если ребенок живет в постоянном чувстве страха, неуверенности в себе, тревоге, напряжения. Различают две формы неврастении: *гиперстеническую* и *астеническую*. Для первой характерны повышенная возбудимость, вспыльчивость, упрямство и другие симптомы, для второй — плаксивость, боязливость, повышенная утомляемость. Довольно часто обе формы сочетаются. Больной неврастенией ребенок может испытывать ряд тревожащих его ощущений: головные боли, сердцебиение, дрожания, жара в различных участках тела. Детей с неврастенией нельзя держать в постоянном чувстве страха, вызывать у них чувство жалости для послушания (начнет презирать родителей за слабость), не говорить о болезнях, так как подробное словесное описание может привести к симптомам заболевания.  
 ***Неврозы навязчивых состояний*** у детей раннего и дошкольного возраста чаще всего проявляются в виде *навязчивых страхов* или *навязчивых* *движений*. Последние формируются преимущественно у детей старше 4 лет, но некоторые элементы навязчивых движений могут быть замечены и раньше. У детей младшего возраста любая неожиданность может вызвать испуг: внезапно выскочившая из-за угла собака, громкий звук, неожиданная потеря равновесия и пр. Такой испуг совершенно естествен и у здоровых детей и быстро проходит. У нервного ребенка чувство пережитого испуга может остаться и трансформироваться в чувство страха. Такие дети боятся выйти во двор, где их испугала собака, пугаются громких звуков (даже повторных), боятся домашних животных, безобидных насекомых, незнакомых людей, ветра, грозы и тд. Навязчивые состояния в виде *движений* могут носить самый разнообразный характер: подергивание головой, причмокивание, частое моргание и др. Судорожные проявления навязчивых состояний носят название тиков, которые проявляются в молниеносном сокращении мышц. Всегда при внимательном наблюдении за ребенком можно установить первоначальную причину подобных явлений. Так, дети с мигательным тиком перенесли конъюнктивит с ощущением инородного тела в глазу, подергиванию головой предшествовал тесный воротник рубашки. При возникновении тиков ребенка необходимо направить к врачу, который назначит соответствующее лечение.  
 ***Патологические* *привычки***: сосание своих пальцев, ковыряние в носу, раскачивание тела, ног, онанизм и т. д. — особенно часто наблюдаются у детей, в воспитании которых были допущены ошибки: запугивание, постоянное одергивание («Вынь пальцы изо рта) и т. в. Неправильное поведение взрослых приводит к тому, что ребенок фиксирует внимание на этих привычках, при каждом замечании взрослого испытывает чувство страха, вины, отчего его невротическое состояние осложняется.  
 ***Онанизм***, или мастурбация, — искусственно раздражение эрогенных зон с целью вызывания оргазма. Занятие онанизмом у детей вызывает приятные ощущения, которые ребенок впоследствии стремится возобновить, намеренно раздражая свои полевые органы. Дети могут заниматься онанизмом не только в период полового созревания, но и в любом возрасте, даже в раннем.  
 Онанизм как дурная привычка может возникнуть в результате зуда в области промежности, вызываемого острицами, раздражения половых органов мягкой постелью, тесной одеждой. Недостаточная физическая нагрузка, нерастраченная за день энергия или просто любопытство могут быть направлены ребенком на «исследование» своего тела и закрепление этой вредной привычки. Нередко такие ощущения первыми ему доставляют родители, щекоча или целуя его в эрогенные зоны (паховая область, низ живота, ягодицы, половые органы). В ряде случаев дети могут научиться онанизму у сверстников. Первый раз их толкает на это любопытство, стремление испытать новые ощущения, а впоследствии дурная привычка закрепляется.  
 Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что до 80 % детей дошкольного возраста занимаются онанизмом Некоторая часть психологов рассматривает онанизм у детей в качестве возрастной особенности, обусловленной физиологическими причинами, которая не требует медицинского вмешательства.  
 Предупреждать и устранять эту дурную привычку у детей необходимо и возможно. Хороший эффект оказывают упорядоченный режим сна и бодрствования, сон на жесткой постели, мытье ног перед сном или на ночь прохладной водой, быстрый подъем с постели после пробуждения.  
 Для предупреждения онанизма ребенка следует укладывать спать так, чтобы его руки находились поверх одеяла; одежда не должна быть тесной; нижнее белье надо менять 2—3 раза в неделю, а лучше ежедневно. В течение месяца следует сидеть рядом с ребенком до тех пор, пока он не уснет. Существенное значение в предупреждении онанизма у детей имеет изгнание глистов. Из пищевого рациона следует исключить блюда с острыми пряными приправами, крепкий чай, кофе, не перегружать желудок перед сном.  
 Настой из успокоительных трав, а также лечебные ванны, включающие валериану, пустырник, шалфей, зверобой, можно использовать только при согласовании с врачом, потому что у многих детей какой—то из компонентов сбора, например валерианы, способен вызвать аллергию.  
 ***Ночное*** ***недержание*** ***мочи*** (энурез, от древнегреческих слов «мочится ночью») у детей раннего и дошкольного возраста довольно часто. Это случаи непроизвольного мочеиспускания во время ночного или дневного сна вследствие того, что в коре головного мозга у ребенка остаются не полностью заторможенные, так называемые сторожевые пункты, связанные с актом мочеиспускания. Исследования последних лет показали, что под энурезом следует понимать сложный комплекс симптомов, складывающийся в целостный синдром, включающий в себя непроизвольное мочеиспускание во сне, изменение двигательной активности, нарушение эмоционального поведения.  
 Существует явная наследственная предрасположенность к первичной, функциональной форме ночного энуреза. Если один из родителей страдал этим недугом, то вероятность появления у ребенка составляет 45 %, а если оба родителя — 75 %. Заболевание чаще возникает у детей с отягощенным анамнезом (токсикоз у матери во время беременности, угроза выкидыша, слабость родовой деятельности, асфиксия, низкая оценка по шкале Апгар и др.). Энурез может быть также следствием психологической травмы, конфликтов в семье, неправильно прививаемых навыков опрятности, общей задержки физического развития.  
 Вторичная, или органическая, форма энуреза встречается при дефектах развития, наличии патологических изменений спинного мозга.  
 Ночное непроизвольное мочеиспускание происходит в виде «взрыва» (пароксизма), который претерпевает определенную возрастную динамику. Возраст до 3 лет следует считать концом физиологической нормы мочеиспускания во сне. Случаи непроизвольного мочеиспускания в ночное время у детей старше 3—4, а по мнению некоторых врачей, старше 5 лет следует рассматривать как проявление энуреза. Если ночное недержание мочи сохраняется по достижении ребенком 4 лет, то родителям необходимо проконсультироваться с педиатром, а в некоторых случаях с детским психоневрологом.  
 Энурез следует отличать от мочеиспускания днем: ночью оно происходит в виде «взрыва», сопровождается задержкой дыхания, эрекцией у мальчиков, подергиваниями конечностей, имеющими пароксизмальный характер и не встречающимися днем.  
 Первые исследователи объясняли энурез слишком глубоким сном. В дальнейшем начали искать причину энуреза в анатомических аномалиях мочевыделительной системы. Но от урологического подхода к этой проблеме скоро отказались, так как исследования этого не подтвердили Более поздние исследования установили, что энурез — это не заболевание, а сложный комплекс симптомов, образующих целостный синдром: непроизвольное мочеиспускание, изменение двигательной активности, нарушение эмоционально-волевого поведения.  
 Энурез оказывает отрицательное влияние на психику ребенка. Дети стыдятся своего состояния, стремятся его скрыть, болезненно реагируют на насмешки товарищей, упреки взрослых, у них развиваются робость, неуверенность в себе.  
 Существует две точки зрения на предмет необходимости подъема детей ночью.  
 Согласно первой из них, принудительное пробуждение ребенка во время ночного сна недопустимо, так как это вызывает нарушение структуры сна и затрудняет выработку и закрепление активного пробуждения в ответ на позыв к мочеиспусканию.  
 Согласно второй, детей следует поднимать ночью, чтобы они не вставали «мокрыми» утром и ощущали заинтересованность родителей в избавлении от этого недуга. Однако следует иметь в виду, что такое насильственное пробуждение вряд ли будет способствовать избавлению от недуга.  
 При появлении у ребенка энуреза ни в коем случае нельзя его упрекать, стыдить, запугивать, заставлять застирывать свое белье. Надо убедить его в том, что это явление не результат плохого поведения, а заболевание, от которого можно полностью излечиться. Ребенка следует как можно быстрее показать врачу и начать серьезно лечить  
 Функциональная форма энуреза может исчезнуть даже без медикаментозного лечения к 16— 18 годам у юношей и у девушек с появлением первых менструаций. Вместе с тем от энуреза страдает примерно от 0,5 до 1 % взрослого населения.  
 ***Депрессивные*** ***расстройства***  
 Выявить депрессивное расстройство в дошкольном возрасте очень сложно, так как в отличие от взрослых, у которых депрессия происходит на всех уровнях (интеллектуальном, эмоциональном и моторном), у детей симптомы этого заболевания маскируются многими неприятными ощущениями или поведенческими нарушениями.  
  
В детской психиатрии существуют три точки зрения по этому поводу. Одна группа психиатров признает наличие депрессий у детей и считает их проявления сходными с депрессиями у взрослых. Другая группа считает, что большинство детских депрессий скрытые, и относит к ним, в том числе энурез, фобии, школьную неуспеваемость, нарушения контактов с окружающими. Представители психоаналитической концепции психозов отрицают существование детских депрессий вообще в связи с недоразвитостью «суперэго» у ребенка, а такие состояния, как фобии, энкопрез и др., квалифицируют их как особенные, не относя их к депрессивным. Эта противоречивость прежде всего из-за невозможности зафиксировать стабильные и четкие симптомы депрессии у ребенка. Еще труднее отграничить их от изменений, связанных с естественными возрастными этапами развития ( кризисы 2-4, 7-8,). Осложняется диагностика детских депрессий также тем, что ребенок еще не может осознать, что конкретно его травмировало, вербально выразить свои переживания.  
 Однако, несмотря на трудности диагностики, большинство врачей сегодня сходятся во мнении, что депрессия может возникнуть в любом возрастном периоде, начиная с рождения.и по статистике встречается она у 30% детей. . Наиболее часто такие дети жалуются на боли в животе, головные боли, усталость, плохой сон и отсутствие аппетита. Они становятся капризными, плаксивыми, теряют интерес к играм, общению.  
 Депрессия, оказывая сильное влияние на психику взрослого, не обходит стороной и хрупкую развивающуюся нервную систему ребенка. При этом, подавляющее большинство детских депрессий — скрытые (в литературе встречаются также названия — «маскированные», соматизированные), когда на первый план выступают симптомы, имитирующие какое-либо физическое заболевание и маскирующие обычные для депрессии рассстройства настроения и поведения. Именно поэтому детские :- депрессии в большинстве случаев остаются незамеченными не только родителями и воспитателями, но и педиатрами.  
 У многих детей депрессивное состояние проявляется в ярко выраженной тревоге, нарастающей, как правило, в вечернее время. Неопределенная, беспредметная тревога, сопровождающаяся общим беспокойством, превращается часто в конкретный страх (мама потеряется, не придет в детский сад).  
 Для детей с депрессией характерна повышенная слезливость. Причем чем меньше ребенок, тем сильнее это проявляется (повышенная чувствительность, жалостливость, одушевление неживых предметов). Дети в состоянии депрессии не отпускают от себя мать, просят взять их на руки; в их речи появляются младенческие интонации. У младших дошкольников, страдающих депрессией, также наблюдаются расстройства речи и мышления. Это выражается в односложности ответов, замедленности речи, отказе от игр, требующих даже минимального умственного напряжения и внимания, нежелании слушать чтение книг, даже ранее любимых.  
 Старшие дети очень быстро выключаются из процесса обучения: отвлекаются на занятиях, демонстрируют нежелание заниматься, с трудом вспоминают выученные ранее стихотворения и усвоенный материал. У них возникают или возобновляются вредные привычки. Чем более запущено состояние, тем более регрессируют навыки и умения. Как правило, такие дети становятся изгоями: их не понимают взрослые, отвергают сверстники.  
 В состоянии депрессии у детей возникает повышенное стремление к рисованию, причем они изображают свои страхи (Бабу Ягу, пожар, чудовищ); выбирают карандаши темных цветов (черный, синий, коричневый; иногда черный и красный). Это свойственно депрессивным состояниям злобной направленности. При депрессивных состояниях с преобладанием заторможенности и вялости рисунки просты, схематичны; для них характерны слабый нажим карандаша, незаконченность штриховки; цвет, как правило, один: синий или черный. Такие дети очень эмоциональны, впечатлительны и беззащитны. Они не могут постоять на себя, ответить за оскорбление, теряются (молчат или горько плачут).  
 Дети в состоянии депрессии не могут сразу начать или вовремя закончить какое-либо дело, переключиться с одного дела на другое. Это объясняется повышенным чувством долга, боязнью сделать что-то не так, растерянностью от неожиданно данного задания, флегматическими чертами темперамента, переутомлением, неуверенностью в своих силах и нерешительностью. Пытаясь доказать свою правоту и встречая еще большее непонимание, такие дети впадают в состояние аффекта, которое проявляется в отчаянии, а затем в отказе от контактов, капризах, страхах, подавленности, чувстве обособленности, непонятности и одиночества. На этой основе развиваются настороженность, недоверчивость и эгоцентризм. депрессия развивается также из-за неуверенного характера взаимоотношений детей с близкими взрослыми, а также психологической неготовностью к дошкольному учреждению.  
 Даже при правильно и своевременно поставленном диагнозе назначенное лечение будет малоэффективным, если не изменить условия жизнедеятельности детей. Специализированных дошкольных учреждений для детей с эмоциональной неустойчивостью не предусмотрено; спецгрупп на базе массовых детских садов нет, так как пограничное психическое состояние, к которым относятся депрессии, не считается болезнью в традиционном понимании, Поэтому воспитатели и педагоги должны взять на себя особую — психотерапевтическую — роль путем установления контактов с родителями и создания комфортной атмосферы в группе.  
 **Феномены патологического сна у детей**  
 Часто у родителей и персонала ДОУ вызывают беспокойство наблюдаемые у детей во время сна следующий явления: странные повторяющиеся движения во сне, сноговорение, сон с открытыми глазами, хождение ребенка во сне (так называемый лунатизм), и даже болевые ощущения. В настоящее время эти явления рассматриваются как проявления патологического сна. Вместе с тем до сих пор нет единого мнения во поводу причин и методов лечения отдельных видов проявлений патологий сна (А. М. Вейн, А. С. Гольбин).  
 ***Стереотипные*** ***движения*** наблюдаются при засыпании, пробуждении и во время сна. Различают «качание во сне», «биение во сне», «складывание», движение типа «челнок».  
 *Качание во сне* представляет собой маятникообразные движения головой, совершаемые ребенком строго ритмично. Такие качания возникают при засыпании или пробуждении. Дети с такой патологией хорошо справляются с творческим и заданиями, но отстают там, где требуются строгое подчинение нормам поведения, аккуратность и логика. Они опережают сверстников по гуманитарным наукам, но отстают ко другим.  
 *Биение во сне*. Ребенок лежит на животе и бьется лбом или щекой о подушку, приподнимаясь при этом на вытянутых руках. Движения следуют короткими сериями по 5— 15 раз и повторяются несколько раз в течение ночи. Интересы у них односторонние и часто «недетские». Общение со сверстниками протекает нормально. Появление феномена может быть связанно с небольшими органическими поражениями головного мозга.  
 *Движения типа «челнок»*: при засыпании, а также во время сна ребенок переворачивается на живот, встает на четвереньки и раскачивается в переднезаднем направлении. Феномен формируется после предшествующих других стереотипных движений, как правило, в возрасте от 1,5 года до 3 лет. После попытки остановить ребенка эти движения возобновляются с большей интенсивностью. Данный феномен возникает чаще у детей, перенесших отит или пневмонию предполагают также наследственную предрасположенность.  
 *Складывание*: ритмичное поднимание и опускание верхней части туловища из положения лежа на спине в положение сидя. Движение начинается медленно, а потом доходит до резких ударов головы о колени. Наблюдается чаще у мальчиков. Днем поведение таких детей характеризуется расторможенностью, аллергическими и астматическими проявлениями.  
 ***Пароксизмальные*** ***явления*** происходят во типу «взрыва», однократно и кратковременно. Пароксизмальные феномены начинаются во сне и могут продолжаться в период бодрствования. К их числу относятся: вздрагивание во сне (ночные миоклонии); скрипение зубами (бруксизм); приступы ночной астмы; боли во сне (никталгии); приступообразные рвоты; ночные страхи (их следует отличать от кошмарных сновидений); болезненная эрекция (приапизм); носовые кровотечения; энурез (см. ранее).  
 Эти феномены трудно поддаются лечению, в большинстве случаев исчезают с наступлением периода полового созревания.  
 ***Странные*** ***позы*** во сне могут носить постоянный характер и относятся к одной из разновидностей нарушений основного суточного биоритма: сон-бодрствование. Речь идет о статических феноменах сна, к которым относятся странные позы во сне и сон с открытыми глазами. Избранная поза является наиболее продолжительной и при ее изменении ребенок все равно возвращается к ней. Часто изменение приводит к пробуждению и появлению пароксизмов (мочеиспускание, астмаВот описание нескольких поз:  
1) *поза со значительным увеличением тонуса отдельных мышц*: с тоническим напряжением вытянутой руки или с напряженным удерживанием обеих рук во сне;  
2) *мертвая поза*: полное расслабление Мышц в положении на спине. Наблюдается в возрасте от 6 мес до 3 лет. Часто предшествует энурезу и сопровождает его;  
3) *поза вниз головой*: имеет продолжительный характер. Наблюдается при сотрясениях или ушибах головы. Может встречаться при качании во сне;  
4) *поза «опистотонус»*. Насильное изменение позы может привести к появлению астматических приступов.  
 ***Сон с открытыми глазами*** в норме встречается у новорожденного и в раннем детстве. Первые 3 часа веки не плотно закрыты и видна белая полоска белка. Глаза повернуты вверх и внутрь. В середине ночи и под утро феномен не отмечается. Часто феномен может быть сопутствующим признаком энуреза или прогрессивной мышечной дистрофии. В остальных случаях прогноз благоприятен.  
 Одна из последних групп феноменов патологического сна у детей — ***сложные виды психологической деятельности***. К ним относятся хождение во сне (сомнамбулизм), сноговорение и кошмарные сновидения.  
 Первое, что должны сделать воспитатели и родители, — обязательно проконсультироваться с врачом. Родители должны обратить особое внимание на эти явления, так как, если своевременно не выявить симптомы патологии сна и не скорректировать их, легкие формы расстройства могут усилиться и распространиться и на период бодрствования. Это может повлиять на гармоничное развитие ребенка.  
 Неврозы излечимы, хотя и не всегда быстро. Затянувшееся течение невроза часто результат тяжелой болезни, ослабившей организм ребенка; несвоевременного лечения, систематического нарушения режима жизни. Профилактика неврозов детей состоит, прежде всего, в устранении всех факторов, способствующих их формированию.  
 В дошкольных учреждениях и дома ребенку надо создать обстановку, предохраняющую его от возникновения или усиления уже существующей нервности: правильный уход, строгое соблюдение рационального режима сна, питания, отдыха, осуществление физического воспитания и закаливания организма, способствующих повышению сопротивляемости инфекциям.  
 Родители и воспитатели должны разговаривать с детьми спокойным тоном, без раздражения, не применять телесных наказаний, ибо они причиняют не только физическую, во и душевную боль, так как унижают, оскорбляют ребенка.

**1.2. Болезни, вызываемые нарушением обмена веществ, у детей раннего и дошкольного возраста**

Рахит относится к заболеваниям, которые обусловлены временным несоответствием между потребностями ребенка в фосфоре и кальции и недостаточностью систем, которые обеспечивают их доставку в организм. Заболевание сопровождается значительными расстройствами костеобразования и нарушением функций всех ведущих органов и систем, непосредственными причинами которого чаще всего является гиповитаминоз D, а также несбалансированность питания. Развитию рахита способствует недостаточное поступление витаминов С, В5, В6, Е, а также ряда микроэлементов: железа, цинка, магния, кобальта.  
 К заболеванию рахитом более склонны недоношенные дети, дети, находящиеся на искусственном вскармливании, а также дети, страдающие расстройствами пищеварения и питания. Летом заболевание рахитом наблюдается реже, чем зимой.  
 Начальные симптомы рахита обнаруживают у детей 1 - 2 мес, а развернутую клиническую картину — в З — 6-месечном возрасте. Наблюдается расстройство ЦНС: дети становятся раздражительными, плохо спят, при малейшем шуме вздрагивают. У них появляется повышенная потливость (особенно затылка). Беспокойные движения головки ребенка по подушке приводят к облысению затылка. Отмечается мышечная гипотония, появляются запоры.  
 Несколько позже появляются участки размягчения и истончения в области затылочной и других костей черепа, нередко приводящие к его деформации.  
 Если в этот период болезни не будет проведено нужного лечения, процесс размягчения распространится и на другие кости скелета. Грудная клетка начинает сдавливаться с боков, образуя так называемую куриную или килевидную грудь. Иногда деформация грудной клетки приобретает другой характер: грудина как бы вдавливается внутрь — образуется воронкообразная грудная клетка. Когда ребенок начинает сидеть, а иногда и раньше, возникают деформации позвоночника (усиленный кифоз, сколиоз), а при ходьбе — О- или Х-образное искривление ног.  
 При тяжелом рахите деформируются и кости таза, что особенно опасно для девочек, так как впоследствии такое состояние может помешать нормальной родовой деятельности.  
 Для рахита характерно разрастание неполноценной остеоидной (необызвествленной) ткани, вследствие чего на черепе нередко появляется утолщение лобных и теменных бугров (квадратная голова), в местах прикрепления ребер к грудине образуются утолщения, называемые четками, в местах соединения предплечья с кистью — утолщения, называемые браслетами. У хорошо упитанных детей такое разрастание остеоидной ткани при рахите особенно сильно и в дальнейшем делает фигуру ребенка коренастой, ширококостной. При пониженном питании (гипотрофия) у детей слой остеоидной ткани развивается незначительно, и их кости выглядят очень тонкими.  
 В раннем возрасте при рахите нередко деформируются лицевые кости, в результате чего может образоваться неправильный прикус: нижняя челюсть выступает вперед, а верхняя отодвигается кзади; кроме того, вследствие мягкости костей глазницы и давления мозга глазное яблоко выдается вперед и может возникнуть пучеглазие.  
 Ухудшается всасывание пищи в кишечнике и развивается метеоризм (переполнение кишечника газами), а в связи с последним и из-за понижения тонуса мышц, характерного для рахита, живот у ребенка увеличивается («лягушачий живот»).  
 Вследствие дыхания и кровообращения у детей, страдающих рахитом, часто возникает малокровие, сопротивляемость их к инфекционным заболеваниям резко падает. Дети, страдающие рахитом, позже, чем здоровые, начинают сидеть, стоять, ходить, у них позже прорезываются зубы, затруднена выработка условных рефлексов. Рахит может продолжаться многие месяцы и оставить на всю жизнь различные деформации скелета.  
 Для лечения и профилактики рахита в настоящее время широко используется водный раствор витамина D (холекальциферол). Он выпускается во флаконах по 10 мл со специальной пипеткой. Одна капля препарата содержит около 500 МЕ.Ввести фразу о б использовании ультрафиолетовых ламп в сиситеме общего освещения групповых

**1.3. Болезни органов дыхания. Болезни крови. Болезни органов пищеварения. Гельминтозы**

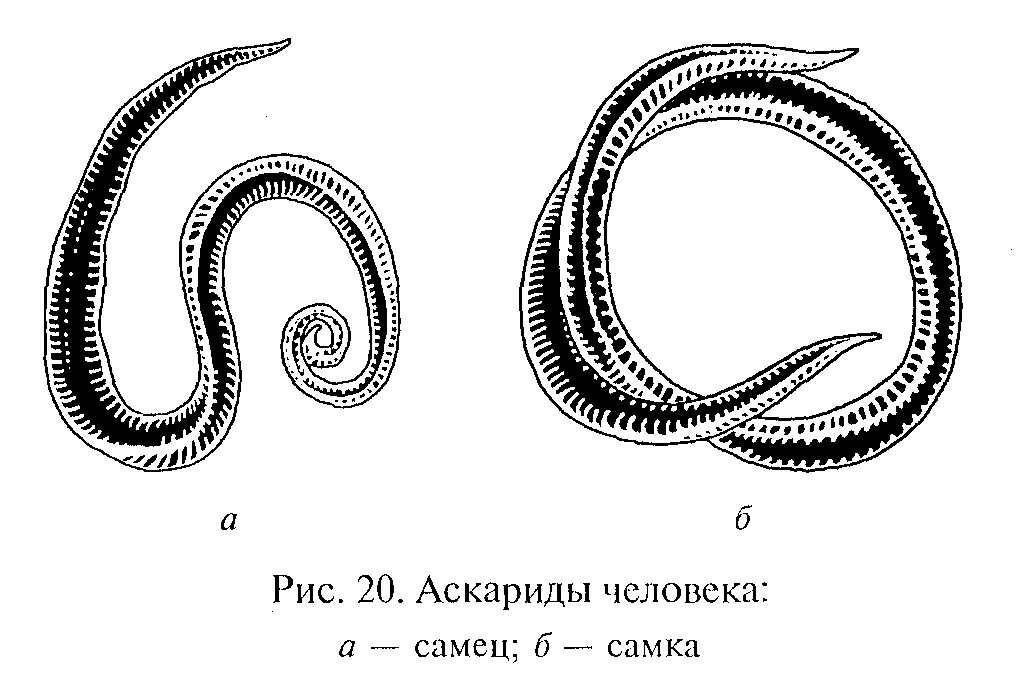
**ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА**  
 Заболевания органов дыхания у детей раннего и дошкольного возраста занимают одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости, что во многом обусловлено анатомо-физиологическими особенностями органов дыхания у детей, функциональной незрелостью их защитных механизмов.  
 У ребенка раннего возраста нос, носовые ходы, носоглоточное пространство малы и узкие. Слизистая оболочка носа нежная, богата сосудами, вследствие чего даже незначительные раздражения (изменение температуры воздуха, попадание пыли) вызывают ее набухание и гиперемию, приводят к закупорке носовых ходов, затрудняют сосание у детей грудного возраста, вызывают одышку.  
 При прохождении струи воздуха через преддверие носа крупные частицы пыли задерживаются достаточно густыми волосками слизистой преддверия. Более мелкая пыль, которая прошла через первый фильтр, вместе с микроорганизмами осаждается на слизистой оболочке, покрытой слизистым секретом. Осаждению пыли способствуют узость и изогнутость носовых ходов.  
 Около 40— 50 % пылевых частиц и микроорганизмов вдыхаемого воздуха задерживается и удаляется вместе со слизью. Эту функцию выполняет мерцательный эпителий, колебательные движения ресничек которого продвигают слизь в сторону носоглотки. У детей большое влияние на скорость движения эпителия оказывает температура окружающей среды. Как при низкой, так и при высокой температуре воздуха значительно снижается скорость движения реснитчатого эпителия, при этом снижается самоочищение слизистой оболочки дыхательных путей от микроорганизмов и возникает опасность развития воспалительных изменений. Именно этим обстоятельством можно объяснить наличие «простудных» заболеваний у детей в жаркое время года.  
 Следует учитывать, что любое введение капель в нос, особенно длительное, наряду с лечебным эффектом может оказать отрицательное влияние на дренажную функцию мерцательного эпителия. Именно поэтому необходимо избегать продолжительного введения в нос масляных, содовых, сосудосуживающих и других капель. Выраженным обеззараживающим эффектом обладает также лизоцим, который содержится в секрете слезных желез и носовой слизи.  
 Добавочные полости носа (пазухи) — верхнечелюстная (гайморова) и решетчатая — малоразвиты, а основная и лобная пазухи у детей грудного возраста отсутствуют, начало их формирования относится к 3 — 4-му году жизни. Вместе с тем слуховая (евстахиева) труба, соединяющая ухо с носом, короткая и широкая, что способствует проникновению инфекции в область среднего уха. Гортань ребенка в раннем возрасте относительно длиннее и уже, чем у детей старшего возраста, и в сочетании с узкой голосовой щелью вызывает частое развитие стеноза (сужения) гортани.  
 Близкое прилежание кровеносных сосудов к слизистой оболочке, относительная ее сухость из-за небольшого количества слизистых желез, влияние неблагоприятных изменений в экологической обстановке, несоблюдение гигиенических требований к воздушному и температурному режиму, игнорирование эффективных методов закаливания и др. — все это способствует развитию воспалительных явлений верхних дыхательных путей. В связи с этим работники дошкольных учреждений должны иметь представление об основных причинах возникновения тех или иных заболеваний органов дыхания, чтобы уметь предупреждать и своевременно выявлять их. Следует учитывать, что некоторые заболевания органов дыхания относятся к числу первых проявлений ряда детских инфекционных заболеваний (грипп, ОРВИ, корь, краснуха, дифтерия).  
 Все заболевания органов дыхания подразделяются на болезни верхних дыхательных путей (ринит, синусит, аденоидит, тонзиллит, фарингит) и нижележащих отделов органов дыхания (трахеит, бронхит, пневмония).

**Острые и хронические заболевания полости носа**  
 ***Насморк***, или ***ринит***, относится к числу наиболее частых форм поражения верхних дыхательных путей и характеризуется воспалением (острым или хроническим) слизистых оболочек полостей носа. В патологический процесс вовлекается также слизистая оболочка носоглотки, а иногда гортани и бронхов.  
 Различают ринит инфекционной и неинфекционной природы. В первом случае он возникает как самостоятельное заболевание в результате влияния болезнетворных (патогенных) микроорганизмов и является симптомом таких заболеваний, как грипп, ОРЗ, ОРВИ, корь, дифтерия и др. Причиной ринита неинфекционной природы могут быть различные термические (переохлаждение), химические или аллергические факторы.  
 К числу веществ, которые могут вызвать *аллергический* *насморк*, относятся аллергены ингаляционного типа (пыльца растений, домашняя пыль, шерсть домашних животных и др.), а также пищевые продукты, к которым наблюдается повышенная чувствительность (ягоды, фрукты, овощи, имеющие оранжевую, желтую или красную окраску, шоколад, кофе и др.).  
 Риниты подразделяются на острые и хронические. Максимальная продолжительность острых ринитов составляет в среднем 7— 10 дней, а хронические длятся значительно дольше и могут наблюдаться годами.  
 *Острый* *насморк* в I стадии заболевания сопровождается чувством напряжения, сухостью и зудом в полости носа, рефлекторным чиханьем, иногда на фоне незначительного повышения температуры тела. Во II стадии болезни появляются жидкие прозрачные выделения из носа, затруднение дыхания, гнусавость, снижается обоняние. Слизистая оболочка носа становится гиперемированной и отечной. В III стадии выделения из носа принимают слизисто-гнойный характер, их количество уменьшается.  
 Вследствие набухания слизистых оболочек ребенок не может дышать через нос, при этом нарушается процесс приема пищи: ребенок недоедает, плохо спит, снижается масса тела.  
 К числу осложнений острого ринита относятся катаральный или гнойный отит, фарингит, ларингит, синусит, бронхит. Возможен переход в хроническую форму заболевания. *Хронический* *ринит* может развиться при аденоидах, частых воспалениях слизистых оболочек носа, воздействиях неблагоприятных факторов внешней среды. Очень часто он является одной из причин заболеваний слезных путей и конъюнктивы, что сопровождается головной болью. Вследствие нарушения функции дыхания у детей может наблюдаться нарушение памяти, процессов концентрации внимания.При остром рините ребенка изолируют от окружающих детей и проводят лечение: сухое тепло на область носа. При лечении хронического насморка прежде всего необходимо устранить причины, вызывающие его (хронические очаги инфекции, аденоиды, синуситы, аллергены).  
 ***Острый*** ***ларингит*** чаще встречается у детей старшего дошкольного возраста. Как правило, острое воспаление гортани сочетается с поражением выше- и нижележащих дыхательных путей, нередко является следствием острого ринофарингита и возникает при инфекционных заболеваниях: кори, гриппе, а также при респираторных вирусных инфекциях. Способствуют развитию заболевания перенапряжение голоса, вдыхание холодного, пыльного воздуха через рот, холодное питье во время подвижных игр. Основным симптомом болезни является охриплость голоса, иногда афония (отсутствие голоса. *Ложный* *круп* — одна из форм острого ларингита, характеризующаяся периодически наступающими спазмами в области гортани, отеком слизистой оболочки и подслизистой основы, подсвязочного пространства. Наиболее часто возникает в первые 5 лет жизни, как правило, у детей, страдающих атопическим дерматитом, а также на фоне ОРЗ различной этиологии, гриппа, кори. Провоцирующими круп факторами являются сухой воздух, табачный дым, загрязненный воздух, резкие колебания погоды.  
 Ложный круп начинается чаще всего ночью, внезапно, в виде приступа удушья (асфиксии). Ребенка беспокоит першение, а затем наступает нарушение дыхания: оно становится поверхностным, учащенным (30—40 вдохов и выдохов в мин). На фоне этих явлений усиливается беспокойство ребенка, появляется бледность, испарина на кожных покровах, цвет губ и кончиков пальцев становится синюшным. Приступ сопровождается напряжением мышц шеи, груди, живота. Голос при ложном крупе в отличие от истинного при дифтерии не пропадает. Нередко отмечается повышение температуры тела на фоне возбуждения ребенка. При оказании первой доврачебной помощи следует обеспечить приток свежего воздуха с его увлажнением (развешивание мокрых простынь), провести отвлекающие процедуры (теплые ванны)использовать ножные горячие ванны.  
***А******деноиды*** — патологическое увеличение глоточной миндалины, которая располагается на своде глотки, позади носовых отверстий. Она развивается раньше остальных образований, входящих в состав лимфоденоидного глоточного кольца (рис. 14). Наиболее часто ее разрастание (гиперплазия) наблюдается у детей дошкольного возраста начиная с первых лет жизни. Аденоиды обычно располагаются в своде носоглотки на широком основании, распространяясь до устья слуховых труб.  
  
К числу причин аденоидов относятся частые и длительные воспалительные процессы верхних дыхательных путей, однообразное питание. Аденоиды в зависимости от размеров подразделяются на 3 степени. При I степени они закрывают 1/3 задненосовых отверстий, при II — 2/3, при III степени — выход из полости носа почти полностью закрыт разрастаниями лимфоидной ткани.  
 Наиболее ранним симптомом заболевания является затруднение носового дыхания, преимущественно в ночные часы. Дети обычно спят с открытым ртом. При значительном увеличении размеров аденоидов носовое дыхание затрудняется и в дневные часы, часто сопровождается выделениями из носа, которые приводят к раздражению кожных покровов преддверия носа и верхней губы. Постоянное проглатывание детьми отделяемого из носа может привести к неблагоприятным изменениям в работе желудочно-кишечного тракта.

***Острый*** ***бронхит*** представляет собой острое воспаление слизистой оболочки бронхов. Чаще всего он развивается одновременно с острым ринофарингитом, трахеитом, ларингитом или как осложнение одного из них, является одним из симптомов острой респираторной вирусной инфекции. Бронхиты могут иметь астматический характер и быть одним из проявлений бронхиальной астмы.  
 По происхождению различают бронхиты: 1) инфекционные а) вирусные, б) бактериальные, в) вируснобактериальные 2) обусловленные воздействием физических и химических вредных факторов; 3) смешанные (сочетание  
 Острый бронхит может развиться в течение нескольких часов или нескольких дней, что обычно наблюдают воспитатели у детей ясельного и дошкольного возраста. Чаще всего этому предшествуют симптомы ОРЗ. При бронхите самочувствие ребенка ухудшается, развивается слабость, появляются озноб и лихорадочное состояние Основной симптом, определяющий развитие острого бронхита, — стойкий сухой кашель, который появляется в начале и держится в течение всей болезни, исчезает последним при выздоровлении ребенка.. Дети раннего возраста не могут откашливать мокроту и заглатывают ее, а обилие мокроты вызывает у них рвоту. Через несколько дней с начала заболевания сухой кашель сменяется более мягким и влажным вследствие отделения мокроты слизистого или слизисто-гнойного характера. Приступы кашля, как правило, становятся болезненными из-за напряжения мышц верхней части брюшной стенки, нижних отделов грудной клетки и диафрагмы.  
 При тяжелой интоксикации и угрозе осложнения острой пневмонией больного целесообразно госпитализировать. В зависимости от происхождения заболевания назначают медикаментозные средства: жаропонижающие, противовоспалительные, болеутоляющие, антибактериальные и пр. Очень важно обеспечить обильное питье: горячий чай с лимоном, медом, малиновым вареньем, чай из липового цвета, сухой малины, теплые щелочные минеральные воды.  
 В период восстановления проводятся общеукрепляющие, оздоровительные, закаливающие процедуры, дыхательная гимнастика и общее облучение ультрафиолетовыми лучами.  
**Острая пневмония**  
 У детей острая пневмония развивается, как правило, на фоне острых респираторных вирусных инфекций и в большинстве случаев имеет вирусно-бактериальное происхождение, что позволяет рассматривать это заболевание как инфекционное.  
 Острую пневмонию разделяют по типу, тяжести и течению.  
 По *типу* различают очаговые, сегментарные (сегмент как анатомо-физиологическая единица легкого), интерстициальные. По *тяжести* выделяют три формы: легкую, средней тяжести и тяжелую. *Течение* *болезни* бывает острым, затяжным, рецидивирующим, с осложнениями или без них. Тяжесть заболевания определяется выраженностью токсикоза, дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточностью, нарушением обменных процессов, функциональными расстройствами нервной системы (возможны судороги вследствие токсикоза нервной системы). Возникают иногда расстройства эндокринной и пищеварительной систем. Тяжесть болезни определяется распространенностью воспалительного процесса в легких.  
 Особое внимание необходимо уделять детям, которые входят в группу повышенного риска по развитию инфекционно-воспалительных заболеваний.  
 Как правило, детей с острой пневмонией госпитализируют. Очень важно начать лечение в ранние сроки, так как от этого зависят эффективность последующего лечения и дальнейшее течение болезни.  
 Задача воспитателей состоит в том, чтобы вовремя заметить первые признаки заболевания у ребенка и как можно скорее организовать врачебную помощь. Запоздалое и неполноценное лечение больных даже с легкой степенью течения болезни может привести к затяжному течению и развитию хронической формы. Важно правильно выбрать лечебный режим, рациональное питание, лекарственную терапию, физиотерапию и в период восстановления — санаторно-курортное лечение.  
 Восстановление нарушенных функций после болезни длится от 4 до 8 недель. У детей в этот период остаются симптомы астении, раздражительность, повышенная утомляемость. Часто нарушается сон, снижается аппетит, наблюдается кашель.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**  
 **Диспепсия**  
 Диспепсия (*dyspersia*; от греч. *dys* — приставка, усиливающая отрицание, в медицинских терминах означает болезненное состояние, нарушение процесса развития или расстройство функций каких-либо органов и систем, и *perpein* — переваривать) — *расстройство* *пищеварения*. Возникает в результате несоответствия между вводимой пищей (ее количества и состава) и способностью кишечника переваривать эту пищу.

При первых симптомах болезни ребенка изолируют, лишают очередного приема пищи и срочно вызывают врача. Для предупреждения диспепсии следует иметь в виду:  
1) дети до 4—5 мес жизни должны находиться на грудном вскармливании и получать только грудное молоко;  
2) не следует отнимать ребенка от груди ранее 7 мес и в жаркое время года;  
3) детям до 3 мес при недостатке молока у матери следует давать грудное молоко из донорских пунктов, организованных при детских консультациях и других лечебных учреждениях;  
4) вести строгий контроль за сроками введения новых продуктов в суточный рацион, которые дополнительно к грудному молоку дают ребенку;  
5) детям, находящимся на искусственном и смешанном вскармливании, в летнее время года лучше давать кислые смеси;  
6) особенно большое внимание обращать на питание ослабленных детей, страдающих рахитом, гипотрофией, а также живущих в неблагоприятных жилищно-бытовых условиях;  
7) проводить с родителями просветительную санитарно-гигиеническую работу.

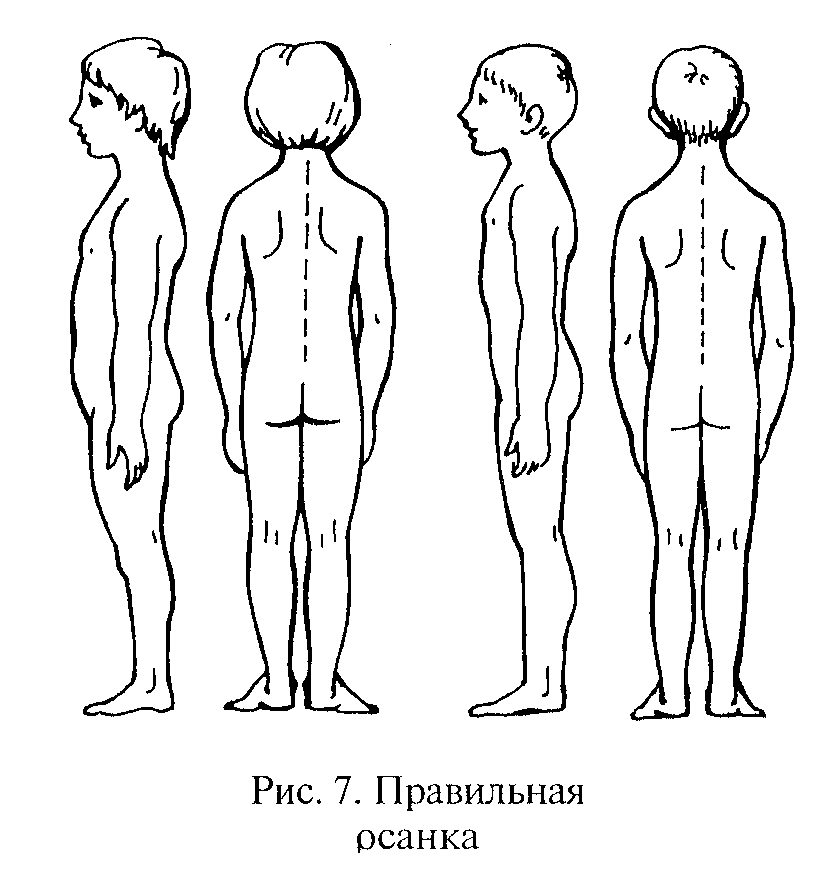
**Гельминтозы у детей и их профилактика**  
 Гельминтозы объединяют большую группу болезней, вызываемых паразитическими червями — *гельминтами*. В нашей стране выявлено около 60 видов паразитов, из которых 18—20 имеют наибольшее медицинское значение в связи с широким распространением и тем ущербом, который они наносят здоровью населения.  
 Все гельминты подразделяют на З группы: 1) *нематоды*, круглые черви: *аскариды*, *острицы*, *власоглав* и др.; 2) *цестоды*, ленточные черви: *свиной* и *бычий* *цепни*; З) *трематоды*, сосальщики (*кошачья*, или *сибирская*, *двуустка*, *печеночная* *двуустка* и др.).  
 Заражение глистами (инвазия) происходит при попадании в организм яиц или личинок паразитов. Глисты, обитающие в кишечнике человека, откладывают там массу яиц, которые с испражнениями выделяются наружу. Яйца большинства паразитов имеют микроскопические размеры, обладают высокой устойчивостью к различным воздействиям факторов внешней среды и могут довольно длительное время сохранять жизнеспособность вне организма (в почве, на поверхности предметов или продуктов, в складках белья, на коже, лапках насекомых).  
 Заражение яйцами гельминтов может произойти в домашних условиях, в детском коллективе при контакте с зараженными предметами или поверхностями (игрушки, песочница, работа на участке и др.). Яйца глистов могут попасть на землю, на участки, где растут ягоды, в открытые водоемы, загрязнить их, ветром и мухами они заносятся в жилые помещения, на различные предметы и продукты питания. Играя с землей или песком, где находятся яйца глистов, употребляя некипяченую воду, немытые овощи, ягоды и фрукты, дети легко заражаются. Некоторыми видами глистов можно заразиться, съедая не проваренные или не прожаренные мясо и рыбу.  
 Поселяясь в организме человека, глисты приносят ему большой вред. Одни виды глистов питаются кровью или соками тканей человеческого тела, другие — той пищей, которую он съедает. Прикрепляясь к стенкам кишечника, глисты повреждают его слизистую оболочку. Через образовавшиеся ранки в ток крови легко проникают болезнетворные микроорганизмы и вызывают различные заболевания, особенно желудочно-кишечные. Глисты-аскариды, свернувшись клубком в кишечнике ребенка, могут вызвать частичную, а иногда и полную его непроходимость. Выделяемые глистами в процессе их жизнедеятельности продукты, всасываясь в кровь, вредно действуют на здоровье ребенка. У детей, зараженных глистами, аппетит обычно понижен, могут иметь место слюнотечение, тошнота, рвота, схваткообразные боли в животе, поносы или запор. Ребенок бледнеет, худеет, становится раздражительным, беспокойно спит. У него могут появляться общая слабость, головные боли, судороги и даже нервные припадки.  
Далее представлены наиболее распространенные и опасные глистные заболевания.  
***Аскаридоз*** — заболевание, возбудителем которого является *аскарида* — круглый червь с веретенообразно заостренными головным и хвостовым концами у самок (у самцов хвостовой конец крючкообразно изогнут). По внешнему виду паразит напоминает дождевого червя. длина тела самки от 25 до 40 см, а у самца — от 15 до 25 см (рис. 20). Паразиты живут в тонкой кишке человека и питаются пищевой кашицей или слизистой оболочкой кишечника. Единственный источник распространения аскаридоза — больной человек, выделяющий с фекалиями яйца аскарид во внешнюю среду. Самка аскарид откладывает ежесуточно до 245 000 оплодотворенных яиц (в течение жизни 25 млн), которые покрыты толстой многослойной оболочкой.  
 Яйца аскарид на ранней стадии своего развития с экскрементами попадают в окружающую среду, где происходит дозревание яиц без участия промежуточного хозяина (геогельминты). В почве внутри оболочки яиц в течение 2—4 недель развиваются личинки заразной (инвазивной) стадии. Дети и взрослые при соприкосновении с зараженной почвой или зараженными продуктами питания могут инфицироваться, особенно если они не моют руки перед едой. Из яиц в тонкой кишке вылупляются крошечные личинки, они внедряются в стенку кишечника, проникая в кровеносную систему. Затем они проходят через печень, сердце и достигают легких,что может иногда приводить к воспалению легких, сопровождающееся кашлем, затрудненным дыханием и повышением температуры тела. Проникая в капиллярную систему и альвеолы, бронхи, трахею, личинки доходят до надгортанника. Со слюной они попадают в пищевод и желудок, возвращаются в тонкую кишку в развиваются до стадии половозрелости. Общая продолжительность цикла развития аскарид от момента попадания в организм инвазивного яйца до стадии половозрелости длится около З мес.  
 Аскаридоз может протекать бессимптомно, однако наличие даже нескольких паразитов в организме так же опасно, как и их множество. Чаще всего больные дети жалуются на чувство дискомфорта в области живота и колики в его верхнем отделе, которые сопровождаются снижением аппетита, тошнотой в утренние часы, рвотой, обильным слюнотечением и др Продолжительность жизни аскарид в организме человека составляет 10— 15 мес и более, затем они погибают в выделяются из кишечника.  
 ***Энтеробиоз*** — гельминтоз, вызываемый *острицей* — мелким червем длиной от 2—5 мм (самец) до 9— 12 мм (самка). Единственный источник заражения — больной человек. Из поглощенных через рот яиц выходят личинки. В нижнем отделе тонкого кишечника и в слепой кишке в течение 12—14 дней они достигают половой зрелости, и самки становятся способными откладывать яйца. Продолжительность жизни паразитов не превышает 3—4 недель.  
 Острицы паразитируют в нижних отрезках тонкой и толстой кишки. Каждая самка откладывает до 12000 яиц в области заднепроходного (анального) отверстия (в перианальных складках), на промежности, белье (рис. 21). Яйца становятся инвазионными в течение 4—6 ч их пребывания на коже больного. Вызываемый зуд при откладывании острицами яиц ведет к расчесыванию и вследствие этого к загрязнению рук, подногтевых пространств и повторному самозаражению, что увеличивает продолжительность болезни до неопределенного срока. Приступы сильного зуда в перианальной области повторяются с интервалом 2—4 недели и интенсивно проявляются в течение 1—3 дней.  
 Известны эпилептиформные припадки у больных энтеробиозом, развитие аппендицита, вызванного заползанием гельминтов в просвет червеобразного отростка, а также вульвиты, онанизм. Диагноз устанавливают по обнаружению яиц остриц в препарате из перианального соскоба или на полоске клейкого целлофана, которую прижимают к заднему проходу больного на ночь. Следует подчеркнуть, что в кале яйца остриц обнаруживаются достаточно редко.  
 При выявлении лиц, инвазирован­ных острицами, в детских учреждениях за­крытого типа с круглосуточным пребыва­нием (детские дома, школы-интернаты, приюты и т.п.) химиопрофилактику прово­дят всем детям и подросткам. Допускается проведение химиопрофилактики 2 раза в год (однократным курсом) без предвари­тельного обследования всем детям учреж­дений закрытого типа с круглосуточным пребыванием детей при согласовании с территориальным центром госсанэпиднад­зора.  
 На период проведения лечебно-профилактических мероприятий новых де­тей или длительно отсутствовавших в дет­ский коллектив не принимают.

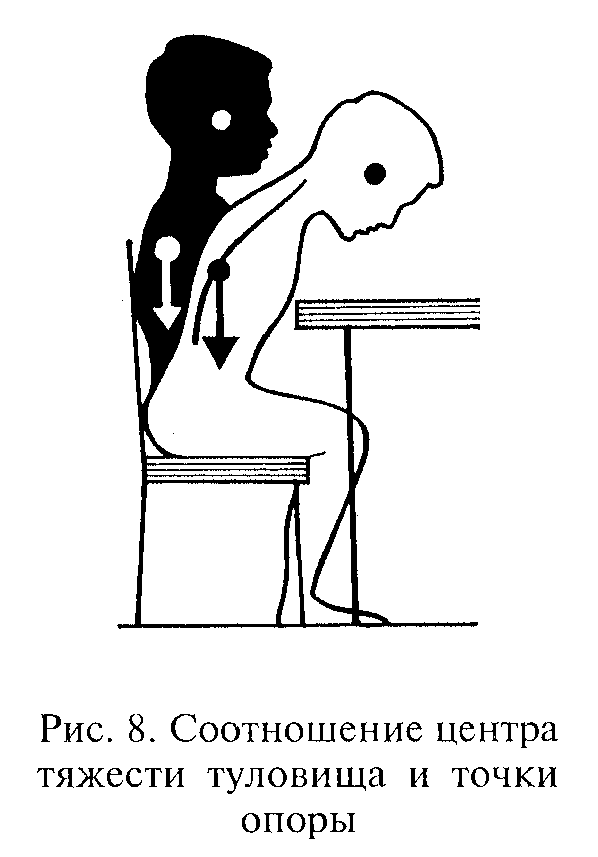
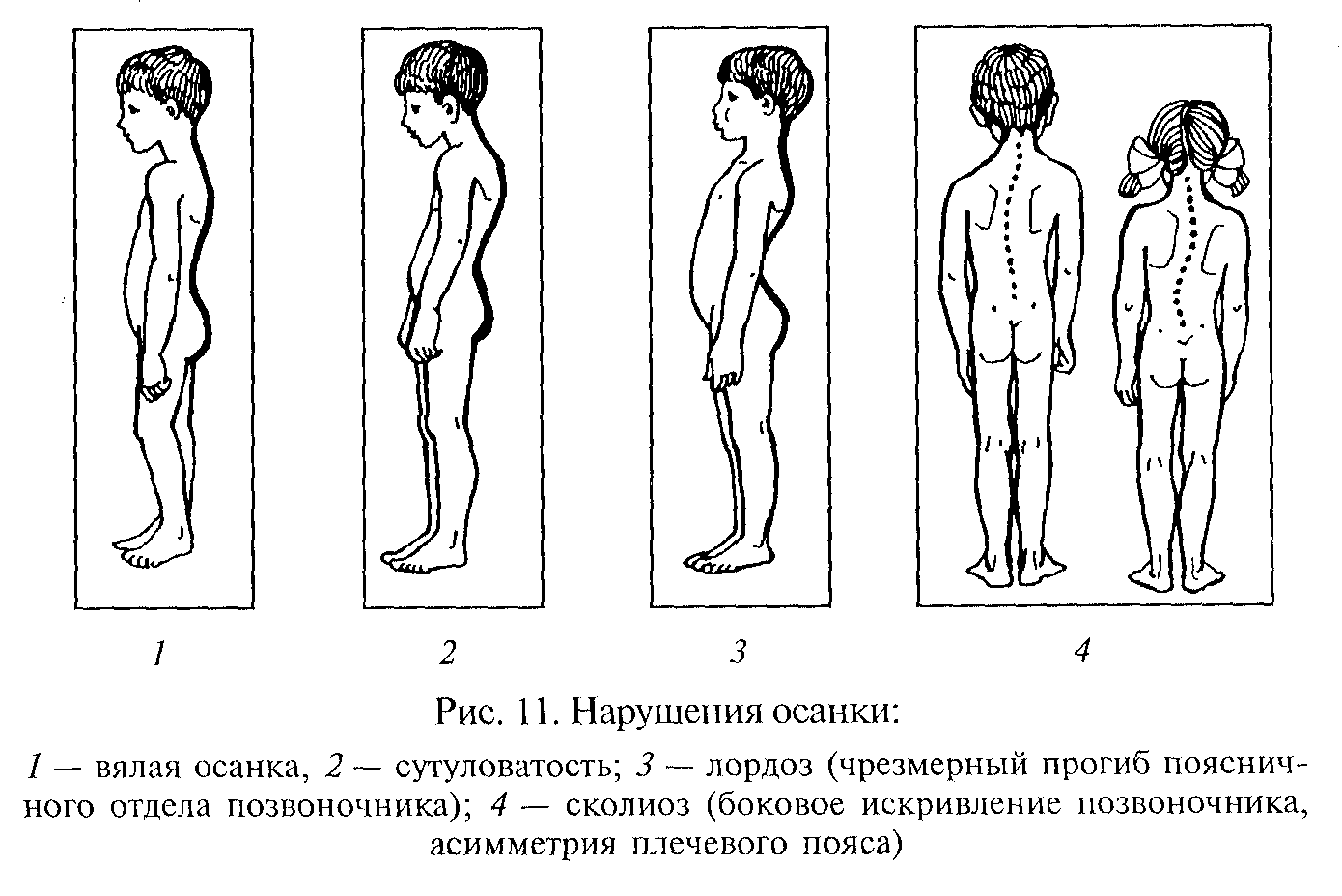
**1.4. Болезни мочеполовой системы. Заболевания эндокринной системы у детей**

**Анатомо-физиологические особенности выделительной системы**  
В процессе жизнедеятельности организма образуются продукты распада — шлаки, которые, являясь вредными для организма, должны своевременно удаляться из него. Они поступают из тканей в кровь, а затем в органы выделения. Самая значительная их часть выделяется почками в составе мочи, а меньшая — через кожу и дыхательные пути. Благодаря мочевыделительной системе в организме происходит удаление воды и остаточных продуктов азотистого обмена, электролитов, поддерживается постоянство осмотического давления, ионного состава внутренней среды и кислотно-щелочного равновесия. Кроме того, в почках вырабатываются эритропоэтин, ренин, урокиназа и местные тканевые гормоны (кинины, простагландины), осуществляется преобразование витамина D в активную форму под влиянием фермента 1 альфа-гидрокиназы.  
 Мочевыделительная система включает в себя почки, мочеточники, мочевой пузырь и мочеиспускательный канал. У детей система органов мочевыделения имеет ряд особенностей, которые необходимо учитывать при уходе за ребенком в процессе его роста и развития.

Большая частота мочеиспускания у детей раннего и дошкольного возраста связана с малой вместимостью мочевого пузыря при относительно большом количестве образующейся мочи.  
 Цвет и прозрачность мочи во многом определяются характером принимаемой пищи и состоянием почек и мочевыводящих путей. Цвет мочи может варьировать от желтоватого до соломенно-желтого и темно-желтого.  
 Наличие в моче микроорганизмов может свидетельствовать о наличии заболеваний одного или нескольких отделов мочевой системы.  
 У детей грудного возраста акт мочеиспускания непроизвольный, и только с возрастом он начинает регулироваться сознанием и волевыми усилиями. При наполнении мочевого пузыря происходит повышение давления на его стенки, что вызывает сокращение мышечной оболочки пузыря и расслабление сжимателей (сфинктеров). Формирование условного рефлекса и навыков опрятности можно начинать с 5—б мес. детей 8—9 мес уже сажают на горшок (через 10— 15 мин после очередного приема пищи и сразу после сна). К концу 1-го года жизни в периоды бодрствования ребенок должен проситься на горшок. Устойчивый навык пользоваться горшком закрепляется обычно на 2—З-м году жизни.  
  
При правильном воспитании здоровые дети к концу 1-го — началу 2-го года жизни просятся на горшок, однако во время сна, увлекательных игр, волнения непроизвольное мочеиспускание может наблюдаться у детей до трехлетнего возраста.  
 **Заболевания мочеполовой сферы у детей**  
 ***Пиелонефрит*** — инфекционное заболевание с поражением паренхимы почки и почечной лоханки. Различают острое, подострое и хроническое течение болезни. Пиелонефритом болеют дети раннего и дошкольного возраста. Возбудители заболевания — микроорганизмы, вызывающие гнойничковые заболевания кожи, септические болезни, заболевания верхних дыхательных путей и легких, кариес зубов, гнойные очаговые инфекции. Из очагов инфекции микроорганизмы проникают в почку через лимфу, кровь или мочевыводящие пути. Заболевание может начаться остро: повышается температура тела, появляются озноб, боли в животе, пояснице, частое и болезненное мочеиспускание, возобновляется ночное недержание мочи (дизурические расстройства). Легкое постукивание в области почек сопровождается болью. Моча становится мутной, в ней появляются хлопья, кровь, а при клиническом анализе в ней обнаруживают лейкоциты, эритроциты, белок. Может наблюдаться благоприятное и затяжное течение.  
 ***Диффузный*** ***гломерулонефрит*** — это инфекционно-аллергическое заболевание, развитию которого часто предшествуют ангина, скарлатина, а также вирусные инфекции. При заболевании поражается клубочковый аппарат почек. Болеют дети любого возраста, но особенно часто дошкольники и младшие школьники. Заболевание в большинстве случаев начинается на 2—3-й неделе после перенесенной инфекции, когда ребенок уже посещает детское учреждение. Первым начальным признаком чаще всего бывает буровато-красное окрашивание мочи. Появляются симптомы интоксикации: утомляемость, вялость, бледность, головная боль, повышение температуры тела.  
 В зависимости от клинических проявлений выделяют три основные формы гломерулонефрита: *гематурическую*, *нефротическую* и *смешанную*.  
 Течение гломерулонефрита у детей может быть острым и хроническим. При хроническом течении возможны рецидивы заболевания или постоянное сохранение активности процесса различной степени.  
 ***Цистит*** — инфекционно-воспалительный процесс в области стенок мочевого пузыря. Заболевание чаще встречается у девочек вследствие особенностей строения промежности.  
 Воспаление мочевого пузыря, как правило, вызывается кишечной палочкой и стафилококком, а может быть осложнением инфекционных заболеваний, в том числе гриппа. Основной симптом — частое и болезненное мочеиспускание. Дети жалуются на тяжесть и боль внизу живота (в области мочевого пузыря). Заболевание может протекать в острой и хронической форме.  
 До прихода врача ребенка следует уложить в постель, обеспечить покой. При кормлении ребенка необходимо исключить из пищи все острое, соленое. Больному ребенку показаны обильное питье, теплые сидячие ванночки с раствором перманганата калия или отварами ромашки, череды.  
 Профилактика воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей включает следующее:  
• проведение в ДОУ мероприятий с целью оздоровления окружающей среды и организма ребенка, систематическое медицинское обследование;  
• общеукрепляющие мероприятия, правильный уход, рациональные вскармливание и питание, систематическое физическое воспитание с обязательным закаливанием;  
• специфическая профилактика острых детских инфекций (профилактические прививки) и острых респираторных вирусных инфекций;  
• соблюдение индивидуального режима дня, рациональное питание, правильно организованное физическое воспитание, щадящее закаливание детей в период выздоровления после ангины, острого гнойного отита, пневмонии, скарлатины, острых респираторных заболеваний;  
• организация тщательного гигиенического ухода за наружными половыми органами, наличие индивидуальной постели, полотенца, белья.

**1.5. Нарушения опорно-двигательного аппарата. Виды нарушений осанки. Болезни органов слуха и зрения.**

Известно, что для хорошего физического развития и крепкого здоровья необходимо формирование правильной осанки. Правильная осанка имеет не только эстетическое, но и большое физиологическое значение: она обеспечивает правильное положение внутренних органов и нормальную деятельность всего организма, особенно сердца и легких.  
  
***О******санка*** — привычное положение тела в покое и движении. Она начинает формироваться с раннего детства и зависит от формы позвоночного столба, равномерности развития и тонуса мускулатуры торса (рис. 7). При характеристике осанки необходимо учитывать возраст ребенка, так как в процессе развития и в связи с расширением возможностей опорно-двигательной системы, управляемой ЦНС, происходят возрастные изменения осанки. Формирование начинается с первых месяцев жизни ребенка. Осанка подразделяется на правильную, или нормальную, и неправильную.  
  
Правильной считается такая осанка, которая наиболее благоприятна для функционирования как двигательного аппарата, так и всего организма.  
 У детей дошкольного возраста правильную осанку характеризуют следующие признаки: голова немного наклонена вперед, плечевой пояс незначительно смещен кпереди, не выступая за уровень грудной клетки (в профиль); линия грудной клетки плавно переходит в линию живота, который выступает на 1 —2 см, угол наклона таза невелик. При правильной осанке глубина шейного и поясничного изгибов позвоночника близки по значению и колеблются у детей дошкольного возраста в пределах 3—4 см.   
Для выработки правильной, непринужденной, прямой посадки с легким наклоном головы важно каждому ребенку подобрать подходящую мебель и научить пользоваться ею.  
 Сидя за столом, ребенок должен держать тело в определенном положении, при этом напрягаются мышцы шеи и спины. Напряжение мышц особенно велико в тех случаях, когда ребенок сидит не прямо, а с наклоном вперед (рис. 8). Чтобы уменьшить напряжение шейных и спинных мышц, возникающее при наклонном положении туловища, ребенок должен стремиться опереться грудью о край стола, за которым сидит. Такая посадка быстро утомляет, так как грудная клетка сдавливается, глубина дыхания, следовательно, и поступление кислорода в ткани и органы уменьшается. Привычка сидеть с опорой на грудную клетку может привести к деформации грудины, появлению сутулости и близорукости.

Прямая посадка более устойчива и менее утомительна, так как центр тяжести тела при этом положении находится над точками опоры. Однако и прямая посадка может быстро утомить ребенка, если стул не соответствует пропорциям его тела и не имеет спинки, на которую можно опереться.  
Статическое напряжение мышц при посадке можно уменьшить, равномернее распределив напряжение мышц. для этого важно увеличить количество точек опоры: надо сидеть прямо, не на краю, а на всем сиденье, глубина которого должна быть не менее 2/3 длины бедра сидящего, а ширина превышать ширину таза на 10 см; опираться ногами о пол, спиной — о спинку стула, предплечьями — на крышку стола. Плечи при правильной посадке должны быть на одном уровне и располагаться параллельно крышке стола.  
  
Высота сиденья стула над полом должна быть равна длине голени сидящего вместе со стопой (измерять следует от подколенной выемки, прибавляя 5—10 мм на высоту каблука). Это важно для того, чтобы при посадке можно было опираться ногами о пол, держа бедра по отношению к голеням под прямым углом. Если сиденье излишне высокое, положение тела сидящего не будет устойчивым, так как он не сможет опереться ногами о пол. При слишком низком сиденье ребенку придется либо отводить ноги в сторону, что нарушит правильную его посадку, либо убирать их под сиденье, что может вызвать нарушение кровообращения в ногах, поскольку сосуды, проходящие в подколенной ямке, будут зажаты. Высота стола над сиденьем (*дифференция*) должна позволять сидящему свободно, без поднимания или опускания плеч, класть руки (предплечья) на стол (рис. 9). При слишком большой *дифференции*, работая за столом, ребенок поднимает плечи (особенно правое плечо), при слишком малой — сгибается, сутулится, слишком низко наклоняет голову, чтобы рассмотреть предмет  
 Во время занятий надо опираться спиной о спинку стула, хорошо видеть предметы. Для этого необходимо соблюдать *дистанцию* *спинки*, т. е. расстояние между спинкой стула и краем стола, обращенного к сидящему, должно на 3—5 см превышать переднезадний диаметр его грудной клетки. При этом расстояние между отвесными линиями, опущенными от переднего края сиденья стула и от края стола, или *дистанция* *сиденья*, становится отрицательной, т.е. край стула на 2—3 см заходит под край стола (рис. 10). Если отсутствует расстояние между краями стола и стула (*нулевая* *дистанция*) или дистанция сиденья положительная (стул несколько отодвинут от края стола), опираться на спинку стула при выполнении какой-либо работы за столом невозможно.  
 Воспитатели во время занятий должны следить за посадкой каждого ребенка. Требовать от детей правильной посадки за столом можно лишь при условии соответствия мебели росту и пропорциям тела ребенка. Непродолжительное отклонения от указанных поз нужны для отдыха, расслабления, но они не должны становиться привычными,так как это вызвает нарушение осанки. Некоторые части тела ребенка при его нормальном развитии находятся в определенном соотношении с длиной всего тела, поэтому рост принимается за основную величину, из которой исходят при определении размеров мебели.  
 **Нарушение осанки**  
 Деформации различных отделов скелета, недостаточное или неравномерное развитие мускулатуры, пониженный мышечный тонус, который нередко возникает при подавленном состоянии человека, могут привести к нарушению осанки. Неправильная осанка неблагоприятно сказывается на функциях внутренних органов: затрудняется работа сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, уменьшается жизненная емкость легких, снижается обмен веществ, появляются головные боли, повышенная утомляемость, плохой аппетит; ребенок становится вялым, апатичным, избегает подвижных игр.  
 Нарушение осанки и деформации позвоночника выражаются в отклонениях от нормальных форм тела и правильного взаимоотношения отдельных его частей: головы, туловища, таза и конечностей анфас и в профиль (рис. 11).  
  
Признаки неправильной осанки: сутулость, усиление естественных изгибов позвоночника в грудной области (кифотическая осанка) или поясничной области (лордотическая осанка), а также так называемый сколиоз — боковое искривление позвоночника.  
  
***Сутулость*** возникает при слабом развитии мышечной системы, в первую очередь мышц спины, при этом голова и шея наклонены вперед, грудная клетка уплощена, плечи сведены впереди, живот несколько выпячен.  
 При кифотической осанке все перечисленные симптомы особенно заметны, так как, кроме слабого развития мышц, наблюдаются изменения в связочном аппарате позвоночника: связки растянуты, менее эластичны, отчего естественный изгиб позвоночника в грудной области заметно увеличивается. Чрезмерное искривление грудного отдела позвоночника сзади вызывает компенсаторное развитие поясничного лордоза и уплощение грудной клетки.  
 Для лордотической осанки характерна сильно выраженная изогнутость позвоночника в поясничном отделе: шейный изгиб уменьшен, живот чрезмерно выдается. Этот тип нарушения осанки у детей дошкольного возраста встречается довольно часто, так как у них еще слабо развиты мышцы живота.  
 ***Сколиозы*** сопровождаются асимметричным положением плеч, лопаток и таза, а также различной величиной так называемых треугольников талии (просветы, образующиеся между внутренней поверхностью опущенных рук и боковыми сторонами туловища).  
 В дошкольном возрасте нарушение осанки чаще наблюдается у детей со слабым физическим развитием, больных рахитом, туберкулезом, имеющих плохое зрение или слух.  
 Появившиеся в детском возрасте отклонения в осанке могут в дальнейшем привести к образованию стойких деформаций костной системы. Нельзя укладывать детей спать или отдыхать в очень мягкие кровати или на прогибающиеся под их тяжестью раскладушки. Дети дошкольного возраста не должны стоять и сидеть продолжительное время на корточках на одном месте, ходить на большие расстояния (во время прогулок и экскурсий), переносить тяжести. Чтобы малыши, играя в песок, не сидели долго на корточках, песочные ящики следует делать со скамейками и столиками. Мебель, которой пользуются дети, должна соответствовать их росту и пропорциям тела. Надо следить за правильной осанкой детей во время занятий и приема пищи, игры, работы на участке. Не следует разрешать им долго стоять с опорой на одну ногу. В воспитании правильной осанки играет роль и одежда. Она не должна быть тесной, мешать прямому положению тела, затруднять свободные движения.  
 В настоящее время при проведении медицинского контроля над здоровьем дошкольников (скрининг-тесты) оценку осанки и выявление сколиоза проводят с помощью тестовой карты, включающей 10 вопросов. в зависимости от ответов осанку оценивают по трем градациям: нормальная осанка, незначительные нарушения осанки, выраженные нарушения осанки.  
  
**Плоскостопие и его профилактика**  
  
Форма стопы зависит главным образом от состояния ее мышц и связок. При нормальной форме стопы нога опирается на наружный продольный свод. Внутренний свод работает в основном как рессора, с его помощью обеспечивается эластичность походки. Если мышцы, поддерживающие нормальный свод стоны, ослабевают, вся нагрузка ложится на связки, которые, растягиваясь, уплощают стопу. У детей до 4—4,5 года на подошве стоны хорошо развита так называемая жировая подушка, поэтому определить у них плоскостопие по отпечатку стоны невозможно. При внешнем осмотре стопы можно выделить несколько вариантов положения 2 пальца, когда он длиннее первого (греческий тип стоны), или короче (египетский вариант стопы). Такое положение пальцев, по некоторым данным, может свидетельствовать о предрасположенности к поперечному плоскостопию (рис. 12).  
 При ***плоскостопии*** нарушается и понижается опорная функция стопы, ухудшается ее кровоснабжение. динамические возможности стоны значительно снижаются, так как объем движений в суставах понижен, в результате чего появляются боли в области стопы, голени и бедра. Вследствие нарушения амортизационной функции стоны дети к концу дня могут предъявлять жалобы и на головные боли. Дети страдающие плоскостопием, при ходьбе широко размахивают руками, сильно топают; походка их напряженная, неуклюжая.  
  
При внешнем осмотре стоны обращают на себя внимание ее удлинение, расширение в средней части, уплощение продольного свода, а также пронирование стопы с отходом пяток кнаружи .На стопе можно увидеть так называемые натоптыши, напоминающие мозоли.  
 Уплощение стоны влияет на положение таза и позвоночника, что ведет к нарушению осанки. Выявляют плоскостопие с помощью специального метода — *плантографии*32. Плоскостопие редко бывает врожденным. Причинами развивающегося плоскостопия могут быть рахит, общая слабость, пониженное физическое развитие, а также излишняя тучность, при которой на стопу постоянно действует чрезмерная нагрузка. Вредно сказывается на формировании стоны длительное хождение детей по твердому грунту (асфальту) в мягкой обуви без каблучка  
 У детей с сильным плоскостопием при толчках во время прыжков и бега могут наблюдаться головные боли и недомогание в связи с потерей амортизационной роли свода стоны, смягчающей толчки.  
 При плоской и даже уплощенной стопе обувь снашивается обычно быстрее, особенно внутренняя сторона подошвы и каблука. К концу дня дети часто жалуются на то, что ботинки или туфли, которые с утра были им впору, начинают давить на пальцы и как бы становятся тесными. Происходит это оттого, что после длительной нагрузки деформированная стопа еще более уплощается и вследствие этого удлиняется.  
 Для предупреждения плоскостопия важно, чтобы детская обувь овечала всем гигеническим требованиям (см.выше. Желательно проводить умеренные упражнения мышц ног и стоп: ходьба на носках, наружных краях стон, по наклонной плоскости, катание мяча и обруча ногами, приседание стоя на палке. длительность упражнений 10—20 мин в зависимости от возраста ребенка.  
 Хорошо укрепляют стопу ежедневные прохладные ванны с последующим массажем ног, особенно мышц подошвы и внутренней поверхности голени, а также хождение босиком по рыхлой земле, неровной поверхности (свежескошенный луг, галька). При этом ребенок непроизвольно переносит тяжесть тела на наружный край стопы и поджимает пальцы, что способствует укреплению свода стопы.  
 При начальной форме плоскостопия и нерезко выраженном уменьшении свода применяют исправляющие форму стопы стельки, так называемые супинаторы, которые должен подбирать только врач-ортопед.

**ФУНКЦИИ ЗРЕНИЯ. ПРОФИЛАКТИКА ИХ НАРУШЕНИЙ**  
 В системе органов чувств, зрительному анализатору принадлежит исключительно важная роль. Благодаря зрению воспринимается более 90 % всей информации из окружающего мира. С помощью зрения осуществляется определение формы, величины, цвета, объемности предметов, расстояние до них и местоположение их в пространстве.  
 Работники дошкольных учреждений должны заботиться об охране зрения воспитанников, знать наиболее часто встречающиеся нарушения зрительных функций, уметь выявлять эти нарушения и их причины, чтобы вовремя принять необходимые меры по ликвидации или хотя бы смягчению их влияния на здоровье и деятельность ребенка.  
 Иногда дети с практически здоровыми глазами, хорошим общим состоянием в условиях отличного освещения могут быть слабовидящими. Это объясняется тем, что соотношения между преломляющей силой оптических сред глаза (роговица, хрусталик) и переднезадним размером (длина) глаза бывают различными и лучи света не всегда фокусируются (собираются) на самой светочувствительной части сетчатки — желтом пятне.  
 ***Эмметропия***, или нормальная рефракция, характеризуется тем, что лучи света после преломления в роговице и хрусталике собираются на сетчатке, в области желтого пятна, при этом отмечаются большая контрастность (резкость) и самая высокая острота зрения.  
 При ***дальнозоркости***, или слабой рефракции, лучи света фокусируются как бы за сетчаткой. Окружающие, особенно близкие, предметы кажутся расплывчатыми, неконтрастными. Установлено (Э. С. Аветисов), что в развитии близорукости можно выделить три основных звена:  
1) наследственная предрасположенность;  
2) несоответствие между аккомодационной способностью глаза и зрительной нагрузкой при работе на близком расстоянии;  
З) ослабление прочностных свойств склеральной оболочки глаза под влиянием внутриглазного давления.  
 Через эти основные звенья опосредуется влияние таких факторов, как повышенная зрительная нагрузка, неблагоприятные гигиенические условия зрительной работы, общие заболевания, недостаточное физическое развитие, гиподинамия.  
 Напряжение зрения особенно возрастает в случаях, если на занятиях не соблюдаются гигиенические требования к посадке детей, освещению помещений, учебным и наглядным пособиям, игрушкам (мелкие, неяркие). На возникновение близорукости влияют также общее состояние здоровья ребенка, его режим, питание, образ жизни (ребенок мало двигается, редко бывает на свежем воздухе).  
 В процессе наблюдения за детьми с нормальным зрением установлено, что в процессе занятий они подавляющую часть времени проводили с «низко склоненной головой». По мнению проф. В. Ф. Базарного, синдром «низко склоненной головы» (СНСГ) является первичным, а нарушение остроты зрения — вторичным. Им разработана и внедрена система профилактики близорукости и повышения нервно-психической и физической активности детей дошкольного возраста.  
 Близорукость и дальнозоркость принято характеризовать по величине (степени), для чего существует такая единица, как диоптрия. Чем больше величина близорукости, тем хуже ребенок видит вдаль. Миопия до З диоптрий считается слабой, от З до 6 — средней и свыше б диоптрий — высокой. У детей остроту зрения определяют с помощью специальной таблицы Орловой (рис. 25).  
  
Близорукость может резко изменить поведение и даже характер ребенка. Он становится рассеянным, быстро утомляется, близко подносит предметы к глазам, прищуривается, ходит с низко опушенной головой, начинает горбиться. Кроме того, у ребенка могут появиться головные боли, жалобы на боль в глазах, на то, что предметы перед глазами расплываются, двоятся. Ребенка с указанными симптомами надо направить к врачу-офтальмологу.  
 В настоящее время является бесспорным тот факт, что физическая культура, подвижные игры на свежем воздухе, спортивные занятия оказывают мощное влияние на профилактику близорукости и других нарушений зрения, так как способствуют общему укреплению организма и активизации его функций, повышают работоспособность глазных мышц, укрепляют склеральную оболочку. Э. С. Аветисовым и его школой разработан комплекс занятий, направленных на предупреждение и снижение близорукости, который включает в себя: утреннюю гигиеническую гимнастику, гимнастику для глаз, занятия физкультурой по специальной программе, закаливающие процедуры.  
 ***Бинокулярное*** ***зрение*** — это сложная функция высших отделов ЦНС, при которой зрительные образы каждого глаза преобразуются в одно зрительное ощущение, обеспечивая пространственное, глубинное зрение (стереоскопическое). Нарушение бинокулярного зрения наблюдается при косоглазии, амблиопии (снижение абсолютной остроты зрения одного из глаз), анизометрии (разная рефракция глаз) и апизокории (разные размеры изображений на сетчатке и в зрительных центрах) и др.  
 ***Косоглазие*** возникает при неправильном от рождения или нарушенном в дальнейшем строении оптической системы одного или обоих глаз (дальнозоркость, близорукость), а также при нарушении согласованного движения обоих глазных яблок, осуществляющегося глазодвигательными мышцами. При этом совместное (бинокулярное) зрение нарушается, предметы перед глазами начинают расплываться, двоиться, ребенок не видит их четкого изображения. Стремясь найти для глаз такое положение, при котором предметы были бы видны четко, ребенок начинает косить. Сначала такое косоглазие бывает заметным только при утомлении, раздражении или сосредоточенном рассматривании какого-либо предмета, в дальнейшем оно может усиливаться и становится постоянным. Острота зрения косящего глаза резко снижается, ухудшается возможность правильно определять расстояние между предметами, их размеры, объем, пользоваться стереоскопическими приборами. Обычно косоглазие появляется рано, на 2—З-м году жизни, иногда становится заметным после какой-либо тяжелой болезни или испуга.  
 Косоглазие может быть сходящимся (при дальнозоркости), расходящимся (при близорукости), постоянным или периодическим.  
 У одних может косить один глаз, у других — попеременно то правый, то левый. В начальных стадиях косоглазие можно полностью вылечить, поэтому очень важно вовремя обнаружить его и обратиться к врачу.  
**Цветовое зрение и виды его нарушения**  
 Правильное различение цветов и их оттенков характеризует нормальное цветовое зрение. Согласно одной из наиболее принятых теорий цветового зрения Ломоносова — Юнга — Гельмгольца, глаз человека чувствителен к восприятию красного, зеленого и синего цветов (трехкомпонентная теория цветового зрения). В зависимости от степени возбуждения трех видов рецепторов возникает восприятие того или иного цвета. Восприятие белого цвета, согласно теории, обусловлено одинаковой степени вне возбуждения всех трех видов рецепторов, которые воспринимают красный, зеленый и синий цвета.  
 Формирование цветового зрения у детей раннего и дошкольного возраста происходит поэтапно. Так, первым возникает цветоощущение красного цвета, примерно к 1 году и 2 мес жизни, а к зеленому — в возрасте от 1 года 4 мес до 1 года и 6 мес. Наконец, последним формируется цветоощущение синего цвета — к 1 году 6 мес — 1 году 8 мес. Резкие скачки в развитии цветоощущения — в период от 1 года до 2,5 года и от З до 9 лет. Интересно отметить, что цветоощущение лучше и раньше формируется у девочек, чем у мальчиков (Н.А. Новохатский).  
  
 Для развития цветоощущения с раннего возраста надо давать детям игрушки, окрашенные в яркие красные, зеленые и синие цвета. В 1794 г. английский естествоиспытатель Д. Дальтон описал свое собственное врожденное нарушение восприятия красного цвета, что послужило началом изучения изменений цветового зрения (дальтонизм). Дальнейшие исследования показали, что врожденные дефекты цветового зрения чаще встречаются у мужчин (8—10%) и реже у женщин (0,5%).  
 Все нарушения цветового зрения делятся на врожденные и приобретенные. Врожденные передаются по наследству и обычно сохраняются в течение всей жизни без изменений, при этом оба глаза страдают в одинаковой степени. Нарушается преимущественно степень восприятия красного и зеленого цветов. При нарушении восприятия красного цвета дети обычно пугают светло-красный с темно-зеленым, пурпурный с фиолетовым и синим, красный с серым. В случае снижения способности к восприятию зеленого цвета дети путают светло-зеленый с темно-красным, зеленый с синим и тд.  
 В отличие от врожденных нарушений цветового зрения приобретенные касаются восприятия преимущественно синего и желтого цветов. Этот тип нарушения, как правило, бывает вторичным и появляется в результате заболеваний органа зрения (неврит, атрофия зрительного нерва, катаракта) и ЦНС (опухоли головного мозга, энцефалопатии).  
 Во время проведения занятий ребенок может путать цвета, что неосведомленные люди могут принимать за невнимание или шалость. Таким детям делают замечание, снижают оценки за работу и даже наказывают. Все это может тяжело отразиться на нервной системе ребенка, повлиять на его дальнейшее развитие и поведение. Поэтому в тех случаях, когда ребенок путает или долго не может усвоить те или иные цвета, его следует показать врачу-офтальмологу, чтобы выяснить, не является ли это результатом врожденных (*красные*, *зеленые* цвета) или и приобретенных (*желтые*, *синие* цвета) дефектов цветового зрения.  
**Гигиенические требования к освещенности**  
 От качества освещения помещения, где и находятся дети, зависит не только состояние их зрения, но и состояние организма в целом. Положительно влияет на организм естественное освещение. Поэтому игровые и групповые комнаты располагают ют помещениях, окна которых ориентированы на наиболее освещенные части света: юг, юго-восток. Прохождению света в них не должны мешать ни соседние здания, ни высокие деревья.  
 Естественное освещение помещений ют значительной степени зависит от величины окон. Однако очень большие окна увеличивают в зимнее время возможность охлаждения, а в летнее — перегревание помещений Отсюда следует, что величина окон зависит от величины помещения чем больше площадь последнего, тем больше должна быть площадь световой поверхности окон. Отношение площади остекленной поверхности окон к площади пола называется световым коэффициентом (СК).  
 Для игровых и групповых помещений в городах принята норма СК 1: 4; в сельской местности, где здания детских учреждений, как правило, строятся на открытых со всех сторон площадках, допускается СК 1: 5; 1: 6. При площади групповой комнаты 50 мІ площадь застекленной поверхности окон должна быть 10— 12 мІ.  
 Для обеспечения достаточной освещенности отдаленных от окна мест определяют коэффициент заглубленности (отношение высоты верхнего края окна над полом к глубине комнаты), который должен равняться 1: 2, т. е. глубина помещения не должна превышать двойную высоту верхнего края окна над полом. Если глубина комнаты равна 6 м, то верхний край окна должен быть поднят на З м от пола.  
 Наиболее точный показатель естественной освещенности — коэффициент естественного освещения (КЕО) — отношение освещенности в помещении, измеряемое в люксах, к освещенности под открытым небом в той же горизонтальной плоскости, выраженное в процентах. В основных помещениях дошкольных учреждений КЕО не должен быть менее 1,5 %. Светопроемы в групповых, игровых и спальнях оборудуют регулируемыми солнцезащитными устройствами. При этом используются жалюзи внутренние, межстекольные и наружные только вертикально направленные. Допускается использование штор из хлопчатобумажных тканей. В игровых и групповых комнатах допустимы только узкие занавески из светлой, хорошо стирающейся ткани. Недостаток света неблагоприятно сказывается на самочувствии ребенка, состоянии его зрения, поэтому когда естественного света в помещении мало, следует использовать искусственные источники.  
 Искусственное освещение может быть общим, когда освещается все помещение, местным, при котором освещается определенная поверхность, и комбинированным — сочетание общего освещения с местным.  
 Наиболее благоприятно для освещения помещений люминесцентное освещение. Его преимущества очевидны: близость спектрального состава к естественному свету, отсутствие влияния на микроклимат помещения, высокая светоотдача, экономичность, равномерность распределения светового потока и пр.  
 В качестве источников света используют люминесцентные лампы типа ЛЕ (люминесцентная естественного цвета), ЛБ (белого цвета), ЛХБ (холодного белого цвета), ЛТБЦ (тепло-белого цвета), т. е. лампы с параметрами, максимально приближенными к естественной освещенности, а также светодиодные. Все источники искусственного освещения содержат в исправном состоянии. Шумящие люминесцентные лампы следует немедленно заменять. Неисправные и перегоревшие ртутьсодержащие лампы (люминесцентные лампы, газоразрядные и другие собирают в специально выделенном помещении и вывозят из здания ДОУ.  
 В групповых и игровых светильники располагают вдоль рядов столов, параллельно длинной стороне помещения. При проведении музыкальных и физкультурных занятий при общей равномерной системе освещения допускается любое размещение светильников.  
 Использование новых типов ламп и/или светильников допускается при наличии санитарно-эпидемиологического заключения.  
 Для поддержания хорошей освещенности в помещении важно содержать в чистоте стекла окон и ламп (замерзшее стекло поглощает до 80 % световых лучей, грязь может снижать прохождение света на 25 % и более). Чистку оконных стекол следует производить не реже 2 раз в год, осветительной арматуры и светильников — не реже 2 раз в год и по мере их загрязнения.  
 **Гигиенические требования к просмотру телевизионных передач и видеофильмов**  
 Для охраны зрения детей в дошкольных учреждениях следует выполнять гигиенические требования к организации просмотра телевизионных передач. Сами работники ДОУ: воспитатели, методисты, медицинский персонал — должны понимать, что просмотр телевизионных передач для ребенка — не только большая зрительная, но и психоэмоциональная нагрузка.  
 Непрерывная длительность просмотра телепередач и видеофильмов в младшей и средней группах не должна превышать 20 мин, а в старшей и подготовительной — 30 мин. Просмотр телепередач для детей дошкольного возраста допускается не чаще 2 раз в день (в первую и вторую половины дня). Более частые и длительные про- смотры телевизора перегружают орган зрения и нервную систему детей, мешают заснуть, провоцируют возникновение различных видов нарушения зрения, а иногда и неврозов. Большое значение имеет организация просмотра телевизионных передач Во избежание отражения солнечных бликов на экране в дневные часы окна следует закрывать легкими светлыми шторами.  
 Телевизор с размером экрана от 59 до 69 см устанавливают на столике высотой 1,0— 1,3 м, настраивают и добиваются хорошего качества изображения. Стулья расставляют так, чтобы первый ряд стоял не ближе 2,0—3,0 м, а последний — не дальше 5,0—5,5 м от экрана. Размещают стулья в 4—5 рядов (из расчета на одну группу). дети должны сидеть не сбоку, а прямо перед экраном. Освещение при просмотре передач может быть как естественным, так и искусственным, однако свет не должен попадать в глаза, а источники света не должны создавать бликов на экране.  
 **Гигиенические требования к цветовому оформлению помещений дошкольных учреждений**  
 Цветовой климат учебных помещений оказывает большое физиологическое влияние на организм детей. Создание оптимальной цветовой среды значительно снижает общее и зрительное утомление, способствует улучшению освещенности помещений, оказывает положительное влияние на эмоциональное состояние воспитанников. Все цвета делятся на две основные группы — хроматические и ахроматические. К первой относятся цвета видимого спектра и их оттенки (от красного до фиолетового), ко второй — белый, серый и черный.  
 При цветовом оформлении помещений необходимо учитывать основные характеристики хроматических цветов: один цветовой тон (например, красный, зеленый, синий и др.), насыщенность (степень «разбавления» спектрального цвета белым: чем больше «примесь» белого, тем светлее становится основной цвет) и яркость, зависящую от падающего на окрашенный объект общего светового потока.  
 Для ориентировочной оценки коэффициента отражения следует иметь в виду, что оранжевато-желтый цвет отражает 40—70 % световых лучей, желтый — 40—60 %, зеленовато-желтый — 50—58%, желтовато-зеленый 40—50%, зеленый, зеленовато-голубой — 35—40%, голубой — 40—45%.  
 Наряду с учетом физиолого-гигиенических в физических свойств цветовых раздражителей при цветовом оформлении следует также уделять внимание психологическому влиянию цвета. Так, красный, оранжевый, желтый цвета и их оттенки — «теплые» цвета — создают впечатление тепла и действуют возбуждающе. Зеленый, зелено-голубой, голубые цвета и их оттенки «холоднъые» цвета — создают впечатление холода, снижают напряжение зрения, действуют успокаивающе и тем самым поддерживают высокий уровень работоспособности.  
 Светлые оттенки цветов благодаря высокому коэффициенту отражения увеличивают освещенность помещений, вызывают субъективное ощущение легкости и увеличения объема помещения.  
 Темные опенки цветов производят гнетущее впечатление, снижают коэффициент отражения поверхности помещения, способствуют возникновению раннего зрительного и общего утомления, оказывают отрицательное воздействие на эмоциональную сферу ребенка.

**Перечень тем рефератов, сообщений и докладов по предмету**

**«Основы медицинских знаний»**

1. Здоровье (понятие, определение, характеристика и признаки).
2. Основные факторы, определяющие здоровье человека.
3. Факторы риска здоровья.
4. Социальные факторы риска здоровья.
5. Категории и концепции здорового образа жизни.
6. Мотивация здоровья и здорового образа жизни.
7. Значение социально-психологических факторов в развитии нервных и соматических заболеваний.
8. Значение семьи в воспитании санитарно-гигиенической культуры, здоровья и формирования основ здорового образа жизни.
9. Роль семьи в формировании здоровья и здорового образа жизни ребенка.
10. Роль семьи в формировании психического здоровья человека.
11. Социально-психологические аспекты здорового образа жизни.
12. Создание положительной мотивации здоровья у дошкольников.
13. Принципы и методы формирования здорового образа жизни дошкольника.
14. Наследственность и здоровье.
15. Экология и здоровье.
16. Бытовая химия и здоровье.
17. Социальная среда как фактор, обусловливающий здоровье человека.
18. Детский сад и его роль в формировании здоровья дошкольников.
19. Роль семьи и учреждения образования в формировании индивидуального образа жизни человека, способствующего сохранению и укреплению здоровья.
20. Роль воспитателя в профилактике заболеваний дошкольника.
21. Профилактика наиболее часто встречающихся «дошкольных» форм патологии.
22. Здоровье и профессиональное развитие воспитателя.
23. Малоподвижный образ жизни современного человека (гиподинамия) и его значение в нарушении здоровья.
24. Гиподинамия и заболевания сердечно-сосудистой системы.
25. Гиподинамия и заболевания органов пищеварения.
26. Избыточная масса тела и ее роль в развитии заболеваний сердечно-сосудистой системы.
27. Избыточная масса тела и ее роль в развитии эндокринных заболеваний.
28. Нерациональное питание, как фактор возникно­вения неинфекционных заболеваний и снижения продолжительности жизни.
29. Современные диеты (польза или вред?).
30. Курение табака – самая распространенная токсикомания (Социальные и медицинские аспекты).
31. Табакокурение как причина соматических заболеваний человека.
32. Значение курения в распространении онкологических заболеваний.
33. Роль курения в патологии сердечно-сосудистой системы.
34. Влияние табачного дыма на органы дыхания.
35. Наркотические вещества (действие наркотиков на организм человека).
36. Профилактика наркомании и токсикомании у детей и под­ростков.
37. Основные методы оздоровления и укрепления здоровья.
38. Закаливание как метод укрепления здоровья и профилактики заболеваний.
39. Профилактика развития сколиозов, плоскостопия, сутулости.
40. Раны, первая медицинская помощь при ранениях. Асептика и антисептика.
41. Обморок, шок, коллапс. Оказание первой медицинской помощи.
42. Стенокардия, оказание первой медицинской помощи.
43. Инфаркт миокарда. Оказание первой медицинской помощи.
44. Бронхиальная астма. Оказание первой медицинской помощи при приступе бронхиальной астмы.
45. Почечная и печеночная колики. Оказание первой медицинской помощи.
46. Сахарный диабет. Оказание первой медицинской помощи при комах.
47. Отравления. Первая медицинская помощь.
48. Желудочные и кишечные кровотечения. Первая медицинская помощь.
49. Травмы. Закрытые виды травм. Первая помощь.
50. Детский и школьный травматизм и его виды. Первая помощь.
51. Травма. Травматический шок. Первая помощь.
52. Кровотечения, способы остановки кровотечений.
53. Переломы костей, транспортная иммобилизация.
54. Синдром длительного сдавления. Первая помощь.
55. Ожоги. Первая помощь, меры профилактики.
56. Оказание первой медицинской помощи при отравлениях.
57. Первая помощь при утоплении.
58. Отморожения. Первая помощь, меры профилактики.
59. Эпидемический процесс. Эпидемический очаг.
60. Дезинфекция, ее виды и способы.
61. Профилактика инфекционных заболеваний.
62. Эпидемический паротит. Этиология, патогенез, принципы лечения, профилактика.
63. Ветряная оспа. Этиология, патогенез, принципы лечения, профилактика.
64. Сальмонеллезы. Этиология, патогенез, принципы лечения, профилактика.
65. Ботулизм. Этиология, патогенез, принципы лечения, профилактика.
66. Дифтерия. Этиология, патогенез, принципы лечения, профилактика.

**Практический раздел**

3.1. Перечень практических занятий по учебной дисциплине «Основы медицинских знаний»;

3.2. Материалы для проведения практических занятий.

**Перечень практических занятий по учебной дисциплине «Основы медицинских знаний»**

**Специальность: 2-01 01 01 “Дошкольное образование ”**

|  |  |
| --- | --- |
| **№ ПЗ** | **Тема ПЗ** |
| 1 | Осанка и ее нарушения. Плантография |
| 2 | Определение симптомов воздушно-капельных инфекций у детей |
| 3 | Отработка приемов оказания первой помощи при попадании в организм инородных тел, укусах, «остром животе», обмороке, шоке |

Преподаватель Л.В. Шестакова

**Практическое занятие № \_1\_**

**по дисциплине «Основы медицинских знаний»**

**Специальность: Дошкольное образование**

**Тема**: Осанка и ее нарушения. Плантография

**Цель**: Сформировать умение определять виды нарушения осанки по характерным признакам.

1. **Выявление нарушений осанки.**

**Правильная осанка** - это симметричное положение частей тела относительно позвоночника.

**Задания для учащихся**

***Вариант 1.*** Определить наличие или отсутствие нарушения осанки у ребенка помогает тестовое обследование: осмотр и 10 вопросов, осмотр стоя, ребенок раздет до трусов:

1. осмотр в фас (спереди), руки вдоль туловища – определяется форма ног, положение головы, шеи, симметрия плеч, деформация грудной клетки, симметрия таза;

2. осмотр сбоку – определяется форма грудной клетки, живота, спины, выступление лопаток;

3. осмотр со спины – определяется симметрия углов лопаток, равенство треугольников талии, форма позвоночника, ног (нормальная, Х- или О-образная), ось пяток (вальгусная или нет);

4. выявление нарушений в походке.

**Вопросы:**

1. явное повреждение органов движения, вызванное врождёнными пороками, травмой, болезнью (да, нет)

2. голова, шея отклонены от средней линии, плечи, лопатки. таз расположены несимметрично (да, нет)

3. выраженная деформация грудной клетки – грудь «сапожника», впалая, «куриная» (да, нет)

4. выраженное уменьшение или увеличение физиологической кривизны позвоночника: шейного лордоза, грудного кифоза, поясничного лордоза (да, нет)

5. сильное отставление лопаток, «крыловидные» лопатки (да, нет)

6. сильное выступание живота, более 2см от линии грудной клетки (да, нет)

7. нарушение осей нижних конечностей (нормальная, Х- или О-образная) (да, нет)

8. неравенство треугольников талии (да, нет)

9. вальгусное положение пяток во время стояния- ось пятки отклонена наружу (да, нет)

10. явные отклонения в походке – прихрамывающая, «утиная» и т.д. (да, нет)

**Градации оценки:**

1. нормальная – отрицательные ответы на все вопросы

2. незначительные нарушения – положительные ответы на вопросы 3, 5,6,7

3. выраженные нарушения - положительные ответы на вопросы 1,2,4,8.8,10

***Вариант 2.*** Определить наличие или отсутствие нарушения осанки у р-ка можно простым способом.

1. Встать спиной к стене (или к любой вертикальной поверхности) так, чтобы голова, плечи, ягодицы, пятки касались стены.
2. Попробовать просунуть кулак между поясницей и стеной, не нарушая положения тела. Если это невозможно, попытаться просунуть ладонь.
3. Анализ результатов. Осанка считается нормальной, если между поясницей и стеной проходит ладонь. Если же между поясницей и стеной проходит кулак, осанка нарушена. Для выявления конкретного типа нарушения осанки необходимо использовать комплексную методику.

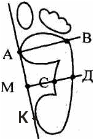
**Ваш результат**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Выявление плоскостопия.**

**Оборудование**: лист бумаги, вода или крем, карандаш или краска, линейка, транспортир.

**Задания для учащихся**

1. Мокрой или смазанной кремом ногой встать на лист бумаги. Отпечаток обвести карандашом или закрасить краской.
2. Соединить касательной след от плюсны со следом от пятки (рис. 1, линия АК).
3. Найдите середину АК, равноудаленную точку от мест касания.
4. Проведите два отрезка, перпендикулярные к АК, восстановив их в точке касания А и в средней точке М.
5. Измерьте отрезки АВ и СД. Точка С лежит в том месте, где линия МД пересекает след ступни в средней части. У некоторых отрезок СД может равняться 0.
6. Определите процентное соотношение СД:АВ и сопоставьте свои результаты со следующими нормативами. Отношение (СД/АВ)х100% не должно превышать 33%. Более высокие результаты говорят о плоскостопии.
7. Ваши данные: правая нога (СД/АВ)х100% = (\_\_\_/\_\_\_)х100% = \_\_\_левая нога (СД/АВ)х100% = (\_\_\_/\_\_\_)х100% = \_\_\_



***Рис. 1***. Определение наличия плоскостопия

**Ваш результат**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Вопросы для контроля и самоконтроля**

Тест на тему: «**Нарушение осанки и плоскостопие**»

1.     Заболевание, которое развивается при недостатке двигательной активности?

а.      Осанка

б.     Гиподинамия

в.      Сутулость

2.     Одно из главных условий гармонично развитого человека?

а.      Активная физическая деятельность

б.     Лордоз

в.      Сколиоз

3.     Это привычное положение тела при ходьбе или в покое?

а.      Осанка

б.     Гиподинамия

в.      Сутулость

4.     Заболевания, спровоцированные неправильной осанкой?

а.      Осанка

б.     Гиподинамия

в.      Сутулость

5.     Проявляется в деформации позвоночника и характеризуется болями в пояснице- это?

а.      Активная физическая деятельность

б.     Лордоз

в.      Сколиоз

6.     Боковое искривление позвоночника – это?

а.      Активная физическая деятельность

б.     Лордоз

в.      Сколиоз

7.     Симптомы гиподинамии?

а.      Повышенная утомляемость, увеличение массы тела.

б.     Уменьшение веса.

в.      Ссутулится при ходьбе.

8.     Вставьте пропущенные слова.

В норме у человека средняя часть стопы немного приподнята – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

9.     Напишите 3 примера меры предупреждения плоскостопия.

а.      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б.     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в.      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Вставьте пропущенные слова.

При плоскостопии свод стопы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Преподаватель Л.В. Шестакова

Рассмотрено и обсуждено на заседании цикловой комиссии общеобразовательных дисциплин, протокол № 5 от 01.09.2022.

Председатель цикловой комиссии С.Н. Гапонова

**Практическое занятие № \_2\_**

**по дисциплине «Основы медицинских знаний»**

**Специальность: Дошкольное образование**

**Тема**: Определение симптомов воздушно-капельных инфекций у детей

**Цель**: Сформировать умение определять симптомы воздушно-капельных инфекций у детей.

**Задания для учащихся**

1. Дайте определение понятию воздушно-капельные инфекции.
2. При помощи учебника с использованием лекционного материала изучите основные клинические симптомы, течение, причины развития воздушно-капельных инфекций у детей (грипп, корь, ветряная оспа, скарлатина, туберкулез).
3. Изучите, какие осложнения могут развиться после воздушно-капельныхинфекций.
4. Прочитайте меры профилактики и особенности ухода за больными детьми.
5. Для проверки знаний ответьте на вопросы теста.
6. Решите задачу.

**Вопросы для контроля и самоконтроля**

**Тест по теме « Воздушно-капельные инфекции»**

**Вариант 1**

*1. Источником инфекции при кори, краснухе, ветряной оспе является:*

А) вирусоноситель; Б) переболевший; В) больной человек.

*2. Болезнь, вызываемая вирусом и характеризующаяся катаром верхних дыхательных путей, воспалением слизистых оболочек глаз, появлением сыпи на кожи, – это:*

А) корь; Б) скарлатина; В) дифтерия.

*3. Вирус кори, краснухи, ветряной оспы попадает в окружающую среду:*

А) с помощью переносчиков заболеваний комаров; Б) при употреблении в пищу зараженных продуктов; В) при разговоре, кашле, чихании.

*4. Скарлатина – это:*

А) остря инфекционная болезнь, характеризующаяся циклическим течением и приступами спазматического кашля; Б) острая инфекционная болезнь, характеризующаяся лихорадочным состоянием, общей интоксикацией, ангиной, мелко точечной сыпью; В) острое инфекционное заболевание, сопровождающееся повышением температуры тела и папулезно везикулярной сыпью на коже и слизистых оболочках. 5

*5. Найдите неверное утверждение:*

А) Источником инфекции при скарлатине больной человек не является.

Б) Входными воротами для возбудителей детских инфекций чаще является слизистая оболочка верхних дыхательных путей. В) Дети до трех месяцев, как правило, корью не болеют.

*6. Установите соответствие между болезнью и симптомами.*

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Корь  2) Ветряная оспа | А) повышение температуры  Б) повышение температуры в момент появления сыпи  В) слезотечение  Г) сыпь в виде пузырьков  Д) пунцовая сыпь на теле  Е) сыпь сопровождается зудом |

1) 1АГ Е, 2БВД; 2) 1БГЕ, 2АВД; 3) 1АВД, 2 БГЕ.

*7. Укажите симптомы скарлатины:*

А) кашель; Б) припухлость и болезненность подчелюстных лимфоузлов;

В) боль в горле; Г) боль в области груди; Д) ярко красное мягкое небо.

1) АВГ; 2) БВД; 3) БВГ.

*8. Возбудителем гриппа являются:*

А) бактерии; Б) грибы; В) вирусы.

*9. Больным ОРЗ, гриппом, ангиной необходимо соблюдать:*

А) активный образ жизни; Б) постельный режим; В) строгую диету.

*10. Найдите неверное утверждение:*

А) Необязательно носить марлевую маску, ухаживая за больным гриппом.

Б) При тяжелых формах заболеваний возможны осложнения. В) Больной гриппом должен быть изолирован в отдельную комнату от здоровых.

*11. Укажите мероприятия, которые необходимо соблюдать, чтобы не заболеть воздушно-капельными инфекциями, если в доме больной:*

А) проветривать помещение и проводить влажную уборку; Б) носить маску при уходе за больным; В) принимать антибиотики с профилактической целью; Г) мыть руки с мылом; Д) А + Б + Г; Е) всеми перечисленными способами.

*12. Подросток почувствовал недомогание, боли в мышцах, озноб, температура 38,5 С. Появилась заложенность носа, покраснение слизистой оболочки носоглотки. Что необходимо предпринять?*

**Вариант 2**

*1. Путем передачи инфекции при кори, краснухе, ветряной оспе является:*

А) воздушно капельный; Б) контактно бытовой; В) трансмиссивный.

*2. Дети до трех месяцевне болеют корью, так как*:

А) им сделаны прививки; Б) имеют иммунитет к данному заболеванию, полученный от матери; В) имеют иммунитет к данному заболеванию, полученный от отца.

*3. Самой надежной мерой профилактики детских инфекций является:*

А) закаливание; Б) иммунизация; В) изолирование больных.

*4. Ветряная оспа – это:*

А) остря инфекционная болезнь, характеризующаяся циклическим течением и приступами спазматического кашля; Б) острая инфекционная болезнь, характеризующаяся лихорадочным состоянием, общей интоксикацией, ангиной, мелко точечной сыпью; В) острое инфекционное заболевание, сопровождающееся повышением температуры тела и папулезно везикулярной сыпью на коже и слизистых оболочках.

*5. Найдите верное утверждение:*

А) Больных детей корью, ветряной оспой не изолируют от здоровых детей.

Б) Входными воротами для возбудителей детских инфекций чаще является слизистая оболочка верхних путей. В) Детские болезни безопасны и никогда не дают осложнений.

*6. Установите соответствие между элементами двух столбцов.*

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Скарлатина  2) Ветряная оспа | А) возбудитель стрептококк  Б) возбудитель вирус  В) мягкое небо алого цвета  Г) налет на миндалинах  Д) сыпь на коже  Е) малиновый язык |

1) 1БВД, 2АГЕ; 2) 1БД, 2АВГЕ; 3) 1АВГЕ), 2 БД.

*7. Грипп – это:*

А) инфекционное заболевание, проявляющееся в виде высыпаний на коже;

Б) респираторное заболевание, характеризующееся выраженной интоксикацией организма и поражением слизистых оболочек дыхательных путей; В) инфекционное заболевание, характеризующееся воспалением небных миндалин.

*8. Основной путь передачи возбудителя при ОРЗ, гриппе, ангине:*

А) воздушно капельный; Б) контактно бытовой; В) трансмиссивный.

*9. Источником инфекции при ОРЗ, гриппе, ангине является:*

А) больной человек; Б) выздоровевший человек; В) переболевший человек.

*10. Выберите верное утверждение:*

А) Одним из методов профилактики гриппа является вакцинация. Б) Грипп и другие респираторно-вирусные заболевания лечатся антибиотиками. В) ОРЗ можно вылечить «на ногах».

*11. Что нельзя делать при появлении признаков острых респираторных заболеваний*

А) переносить болезнь на ногах; Б) заниматься самолечением; В) считать, что все народные средства безвредны; Г) А + Б; Д) все ответы верны.

*12. Опишите основные мероприятия ухода за больными воздушно-капельными инфекциями.*

**Задача**

В доме находится больной гриппом. Как организовать изолятор в домашних условиях?

Преподаватель Л.В. Шестакова

Рассмотрено и обсуждено на заседании цикловой комиссии общеобразовательных дисциплин, протокол № 5 от 01.09.2022.

Председатель цикловой комиссии С.Н. Гапонова

**Практическое занятие № \_3\_**

**по дисциплине «Основы медицинских знаний»**

**Специальность: Дошкольное образование**

**Тема**: Отработка приемов оказания первой помощи при попадании в организм инородных тел, укусах, «остром животе», обмороке, шоке

**Цель**: Научить выполнять приемы оказания первой помощи при неотложных состояниях и несчастных случаях.

**Задания для учащихся**

1. При помощи учебника «Основы медицинских знаний» с использованием лекционного материала изучите мероприятия по оказанию первой помощи при обмороке, шоке, попадании инородных тел в организм, «остром животе».
2. Дайте определения понятиям: обморок, шок, острая асфиксия, реанимация.
3. Сделайте вывод. Какие ошибки нельзя допускать при искусственной вентиляции легких и непрямом массаже сердца? Какие признаки оживления появляются у пострадавшего при правильном проведении искусственной вентиляции легких и непрямого массажа сердца?
4. Обоснуйте необходимость изучения приемов оказания первой помощи пострадавшим в современных условиях.
5. Для проверки знаний ответьте на вопросы теста.

**Вопросы для контроля и самоконтроля**

**Тест по теме «Общие принципы оказания первой помощи»**

**Вариант 1**

*1. О том, что первую помощь оказывать бесполезно, свидетельствует:*

А) отсутствие дыхания; Б) отсутствие сердцебиения; В) трупное окоченение; Г) отсутствие реакции зрачков на свет .

*2. При повреждениях верхних конечностей одежду сначала снимают:*

А) с поврежденной руки; Б) со здоровой руки; В) не имеет значения с какой – поврежденной или неповрежденной руки.

3*. Реакция зрачков на свет – это:*

А) сужение зрачка при направлении на него пучка света; Б) расширение зрачка при направлении на него пучка света; В) сужение зрачка в темноте;

Г) расширение зрачка в темноте.

*4. Найдите неверное утверждение:*

А) для проведения наружного массажа сердца пострадавшего укладывают на мягкую поверхность; Б) у детей массаж сердца проводится одной рукой;

В) при массаже сердца ладони рук накладываются на нижнюю треть грудины; Г) при массаже у взрослых сила давления на грудину должны быть такой, чтобы она прогнулась по направлению к позвоночнику на 4–5 см.

*5. Установите соответствие между группой очередности при транспортировке пострадавших и характером повреждения.*

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Группа первой очередности  2) Группа второй очередности | А) пострадавший имеющий проникающее ранение  Б) пострадавший с закрытым переломом конечности  В) пострадавший с остановленным наружным кровотечением  Г) пострадавший, находящийся в бессознательном и шоковом состоянии  Д) пострадавший с ампутированной конечностью |

1) 1АГД; 2БВ; 3) 1АВГ; 2БД; 2) 1БВ; 2АГ; 4) 1АБ; 2БД.

*6. Укажите признаки, свидетельствующие о том, что человек жив:*

А) наличие сердцебиения; Б) положительная реакция зрачков на свет;

В) отсутствие реакции зрачков на свет; Г) наличие симптома «кошачий глаз»; Д) наличие дыхания.

1) АВД; 2) ВГД; 3) АБГ; 4) АБД.

*7. Укажите правильную последовательность проведения реанимационных мероприятий*

А) сделать вдувание воздуха, плотно прижав свой рот ко рту по страдавшего; Б) ладонные поверхности рук положить на грудину пострадавшего и с силой надавить; В) уложить пострадавшего на спину; Г) обеспечить свободную проходимость дыхательных путей; Д) положить салфетку на ротовую полость и зажать нос пострадавшего.

1) ВГДАБ; 3) БГАДВ; 2) ГВАДБ; 4) ВБГАД.

*8. Прогуливаясь в парке, вы обнаружили сидящего на скамейке человека, без признаков жизни. Ваши действия?*

**Вариант 2**

*1. О том, что первую помощь оказывать бесполезно, свидетельствует:*

А) охлаждение тела и появление трупных пятен; Б) отсутствие сердцебиения; В) отсутствие дыхания; Г) отсутствие реакции зрачков на свет.

*2. При повреждениях нижних конечностей одежду сначала снимают:*

А) не имеет значения с какой – поврежденной или неповрежденной ноги; Б) с поврежденной ноги; В) с неповрежденной ноги.

*3. Наличие дыхания у человека без сознания можно определить:*

А) по реакции зрачка на свет; Б) по движению грудной клетки и живота; В) по пульсу.

*4. Найдите неверное утверждение:*

А) При массаже сердца ладони рук накладываются на 2 пальца выше мечевидного отростка. Б) У грудных детей массаж сердца проводится двумя пальцами. В) При проведении реанимации одним человеком через каждые 15 надавливаний на грудину выполняются 2 вдоха по методу рот в рот или рот в нос. Г) При массаже у взрослых сила давления на грудину должны быть такой, чтобы она прогнулась по направлению к позво ночнику на 6–7 см.

*5. Установите соответствие между способами транспортировки пострадавших и повреждениями.*

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Лежа  2) Сидя (полусидя) | А) повреждения позвоночника  Б) травма грудной клетки  В) повреждения черепа и головного мозга  Г) переломы костей таза  Д) раны шеи |

1. 1АГ, 2ВД; 3) 1АВГ, 2БД; 2) 1БВ, 2АГ; 4) 1АБ, 2БВ.

*6. Укажите признаки, свидетельствующие о том, что человек жив:*

А) наличие симптома «кошачий глаз»; Б) наличие пульса; В) сужение зрачка при освещении его фонарикам; Г) увлажнение зеркала при поднесении его к носовым отверстиям; Д) появление на теле трупных пятен.

1) АВД; 2) ВГД; 3) БВГ; 4) АБД.

*7. Вы обнаружили на улице лежащего человека. Как установить, жив человек или умер? Укажите правильные действия:*

А) проверить, есть ли у него пульс, сердцебиение; Б) перевернуть на бок и сильно ударить по спине; В) проверить, есть ли у него коленный рефлекс; Г) поднять веко и посмотреть зрачок; Д) поднести зеркало к носу.

1) АВГ; 2) ГД; 3) АГД; 4) АБВ.

*8. Опишите алгоритм оказания первой помощи пострадавшему, находящемуся в бессознательном состоянии.*

Преподаватель Л.В. Шестакова

Рассмотрено и обсуждено на заседании цикловой комиссии общеобразовательных дисциплин, протокол № 5 от 01.09.2022.

Председатель цикловой комиссии С.Н. Гапонова

**Раздел контроля знаний**

4.1. Критерии оценки результатов учебной деятельности учащихся по дисциплине;

4.2. Материалы к ОКР;

4.3. Материалы к домашней контрольной работе.

**ПРИМЕРНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ**

|  |  |
| --- | --- |
| Отметка  В баллах | Показатели оценки |
| 1  (один) | Узнавание отдельных объектов изучения программного учебного материала, предъявленных в готовом виде (фактов, терминов, яв-лений, инструктивных указаний, действий по технике выполнения  процедур при оказании первой помощи и т.д.) |
| 2  (два) | Различение объектов изучения программного учебного материала, предъявленных в готовом виде (причин развития и признаков забо-леваний, профилактических мероприятий и т.д.);осуществление  соответствующих практических действий |
| 3  (три) | Воспроизведение части программного учебного материала по памяти (фрагментарный пересказ и перечисление основных возрастных периодов, основных детских заболеваний, причин развития и  признаков заболеваний, профилактических мероприятий и т.д.); осуществление умственных и практических действий по образцу |
| 4  (четыре) | Воспроизведение большей части программного учебного материала (описание заболеваний с элементами объяснения причин и признаков их развития, профилактических мероприятий, несчастных случаев и неотложных состояний, алгоритма оказания первой помощи и т. д.); применение знаний в знакомой ситуации по образцу (определение за-болеваний по симптомам, наложение повязок, шин, кровоостанавли-вающих жгутов, проведение реанимационных мероприятийит.д.);  наличие единичных существенных ошибок |
| 5  (пять) | Осознанное воспроизведение программного учебного материала (описание заболеваний с объяснением причин и признаков их раз-вития, профилактических мероприятий; несчастных случаев и не-отложных состояний, алгоритма оказания первой помощи и т. д.); применение знаний в знакомой ситуации по образцу(определение заболеваний по симптомам, наложение повязок, шин, кровооста-навливающих жгутов, проведение реанимационных мероприятий  ит.д.); наличие несущественных ошибок |
| 6  (шесть) | Полное знание и осознанное воспроизведение всего учебного материала, владение программным учебным материалом в знакомой ситуации (описание заболеваний и объяснение причин и признаков их развития, профилактических мероприятий, несчастных случаев и неотложных состояний, алгоритма оказания первой помощи и т. д.); выполнение заданий по образцу, на основе предписаний (определение заболеваний по симптомам, наложение повязок, шин, кровоостанавливающих жгутов, проведение реанимационных мероприятий и т.д.);наличие несущественных ошибок |
| 7  (семь) | Полное, прочное знание и воспроизведение программного учебного  материала; владение программным учебным материалом в знакомой ситуации (развернутое описание и объяснение причини признаков |

14

|  |  |
| --- | --- |
| Отметка  В баллах | Показателиоценки |
|  | развития заболеваний, профилактических мероприятий; несчастных случаев и неотложных состояний, алгоритма оказания первой помощи и т.д.); недостаточно самостоятельное выполнение заданий (определение заболеваний по симптомам, наложение повязок, шин, кровоостанавливающих жгутов, проведение реанимационных мероприятий и т.д.);наличие единичных несущественных ошибок |
| 8  (восемь) | Полное, прочное знание и воспроизведение программного учебного материала; владение программным учебным материалом в знакомой ситуации (развернутое описание и объяснение причин и признаков развития заболеваний, профилактических мероприятий, несчастных случаев и неотложных состояний, алгоритма оказания первой помо-щи и т. д.); самостоятельное выполнение заданий (определение забо-леваний по симптомам, наложение повязок, шин, кровоостанавлива-ющих жгутов, проведение реанимационных мероприятий и т.д.);  наличие единичных несущественных ошибок |
| 9  (девять) | Полное, прочное, глубокое, системное знание программного учебно-го материала; оперирование программным учебным материалом в ча-стично измененной ситуации (применение учебного материала как на основе известных правил, предписаний, так и поиск нового знания, способов решения учебных задач, выдвижение предположений и ги-потез, осознанное использование знаний в практической ситуации;  уверенная демонстрация приемов оказания первой помощи и т.д.) |
| 10  (десять) | Свободное оперирование программным учебным материалом; при-менение знаний и умений в незнакомой ситуации (самостоятельноеописание,объяснениепричинразвитияипризнаковзаболеваний,про-филактических мероприятий, несчастных случаев и неотложных со-стояний, алгоритма оказания первой помощи и т.д.);свободное владение приемами оказания первой помощи, проведения реанимационных мероприятий и т.д., выполнение творческих работ и заданий |

Оршанский колледж

учреждения образования

«Витебский государственный университет имени П.М.Машерова»

**Обязательная контрольная работа № 2**

**по дисциплине «Основы медицинских знаний»**

**Тема «Детские болезни и их профилактика»**

Специальность: Дошкольное образование

Учебная группа: 3ДО20(з)

Курс: 3

**1 вариант**

1. Изложите предмет и основные задачи основы медицинских знаний, раскройте связь данной дисциплины с психологией, педагогикой, охраной труда. Значение знаний дисциплины для педагога.

2. Опишите болезни сердечно-сосудистой системы. Причины, признаки. Доврачебная помощь и уход за больными.

3. Вечером у ребенка четырех лет поднялась температура 39С. Появились сильный озноб, кашель, боли в боку, одышка. Каковы должны быть действия родителей?

**2 вариант**

1. Объясните значение режима дня для обеспечения здоровья детей.

2. Опишите болезни крови. Причины, признаки. Доврачебная помощь и уход за больными.

3. Составьте памятку для дошкольника «Профилактика инфекционных заболеваний».

**3 вариант**

1.Опишите основную суть адаптации детей при поступлении в дошкольное учреждение.

2. Опишите болезни, вызванные нарушением обмена веществ у детей разного возраста.

3. Во время прогулки ребенок внезапно потерял сознание. Пульс на сонной артерии есть, зрачки реагируют на свет. Что случилось с ребенком? Перечислите мероприятия по оказанию доврачебной помощи.

**4 вариант**

1. Опишите физиологические основы питания детей раннего и дошкольного возраста.

2. Опишите причины возникновения инфекционных заболеваний и дайте характеристику их профилактики.

3. В группе девочка, больная сахарным диабетом. Вы почувствовали запах ацетона и обратили внимание, сто девочка бледная, кожа у нее сухая, дыхание шумное. Девочка жалуется на сильную жажду, слабость. Что случилось с девочкой? Какую помощь необходимо оказать ребенку?

Преподаватель Л.В. Шестакова

Обсуждена на заседании ЦК общеобразовательных дисциплин, протокол № \_1\_ от\_01.09.2022

Председатель ЦК С.Н. Гапонова

Оршанский колледж

учреждения образования

«Витебский государственный университет имени П.М.Машерова»

**Обязательная контрольная работа**

**по дисциплине «Основы медицинских знаний»**

**Тема «Инфекционные болезни»**

Специальность: Дошкольное образование

Учебная группа: 3ДО30(з)

**Вариант 1**

1. Туберкулез – это:

А) хроническое инфекционное заболевание, характеризующееся образованием в разных органах специфических воспалительных изменений; Б) хроническое неинфекционное заболевание, характеризую щееся поражением суставов;

В) хроническое инфекционное заболевание, характеризующееся гипертрофией небных миндалин.

2. Вирус кори, краснухи, ветряной оспы попадает в окружающую среду:

А) от переносчиков заболеваний, клещей;

Б) при употреблении в пищу зараженных продуктов;

В) при разговоре, кашле, чихании.

3. Можно ли при половом контакте одновременно заразиться венерической болезнью и ВИЧ-инфекцией:

А) да; Б) маловероятно; В) нет.

4. С какой целью проводится текущая дезинфекция:

А) для предупреждения возможности возникновения заболевания;

Б) для предупреждения повторного заболевания после выздоровления больного;

В) для предупреждения распространения инфекции.

5. Найдите неверное утверждение:

А) Необязательно изолировать больного гриппом в отельное помещение.

Б) После гриппа, перенесенного «на ногах» возможны осложнения.

В) Проветривание помещения снижает количество возбудителей гриппа.

6. Установите соответствие между элементами двух столбцов.

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Кишечные инфекции – это  2) Кровяные инфекции – это | А) сыпной тиф  Б) вирусный гепатит  В) клещевой энцефалит  Г) холера  Д) дизентерия  Е) малярия  Ж) сальмонеллез |

1) 1БДЕЖ, 2АВЕ; 2) 1БГДЖ, 2 АВЕ; 3) 1БВЕ, 2АГДЖ.

7. Острой кишечной инфекцией можно заболеть:

А) употребляя пищу немытыми руками после поездки в транспорте;

Б) употребив пищевые продукты, зараженные кишечной палочкой;

В) при употреблении салата, простоявшего не в холодильнике бо лее трех часов;

Г) выпив воду из открытого источника;

Д) А + В + Г;

Е) А + Б + В + Г.

8. Выберите верное утверждение:

А) Грязь на коже является хорошей питательной средой для размножения микроорганизмов.

Б) На чистой коже микроорганизмы лучше размножаются, чем на грязной.

В) К грязной коже лучше «приклеиваются» микробы.

9. Профилактика микроспории заключается:

А) в ограничении контакта больного ребенка со здоровыми;

Б) в исключении контакта детей с бродячими животными;

В) в обязательном осмотре домашних животных ветеринаром;

Г) А + Б;

Д) все ответы верны.

10. После прогулки по лесопарку через несколько часов дома вы обнаружили на теле присосавшегося клеща. Каковы будут ваши действия?

**Вариант 2**

1. Ангина – это:

А) инфекционное заболевание, характеризующееся воспалением небных миндалин;

Б) не инфекционное заболевание;

В) острая респираторная вирусная инфекция, характеризующееся воспалением верхних дыхательных путей.

2. СПИД – это:

А) хроническое носительство вируса в организме;

Б) одна из стадий болезни;

В) болезнь.

3. Группа острых инфекционных заболеваний, возникновение которых связано с поступлением в организм патогенных микроорганизмов и их токсинов с пищей, называется:

А) пищевые токсикоинфекции;

Б) пищевые аллергии;

В) гепатиты.

4. Больным с заболеваниями верхних дыхательных путей вирусной и бактериальной природы необходимо соблюдать:

А) активный образ жизни;

Б) постельный режим;

В) строгую диету.

5. Найдите верное утверждение:

А) ВИЧ инфекцией можно заразиться при дружеских поцелуях.

Б) ВИЧ инфекцией можно заразиться при рукопожатии.

В) ВИЧ инфицированная беременная женщина может заразить своего ребенка во время беременности.

6. Установите соответствие между болезнью и симптомами.

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Ветряная оспа  2) Корь | А) повышение температуры  Б) повышение температуры в момент появления сыпи  В) насморк  Г) слезотечение  Д) сыпь в виде пузырьков  Е) пунцовая сыпь на теле  Ж) сыпь сопровождается зудом |

1) 1АЕЖ, 2БВГД; 2) 1БВГЕ, 2АДЕ; 3) 1БДЖ, 2АВГЕ.

7. Дети до трех месяцев редко болеют инфекционными заболеваниями потому, что:

А) сделаны прививки;

Б) имеют антитела к некоторым заболеваниям, полученным от матери;

В) имеют антитела к некоторым заболеваниям, полученным от отца.

8. Укажите мероприятия, которые необходимо соблюдать, чтобы не заболеть воздушно-капельными инфекциями, если в доме больной:

А) изолировать больного в отдельную комнату;

Б) принимать противовирусные препараты, рекомендованные врачом с профилактической целью;

В) принимать антибиотики с профилактической целью;

Г) мыть руки с мылом после посещения больного;

Д) А + Б + Г;

Е) А + Б + В + Г.

9. У ребенка после сдачи анализов были выявлены гельминты. Что необходимо предпринять всем членам семьи?

А) выполнять назначения врача по лечению ребенка;

Б) пройти обследование на наличие гельминтов всем членам семьи;

В) соблюдать правила личной гигиены;

Г) достаточно принимать биологически активные добавки и средства народной медицины для избавления от гельминтов у ребенка и профилактике заражения членов семьи;

Д) А + В; Е) А + Б + В.

10. Спустя несколько часов после возвращения с прогулки подросток почувствовал недомогание, головную боль, тошноту. Через некоторое время началась рвота. Во время прогулки подросток съел пирожок с мясом, который купил на улице. Чем вызвано данное состояние? Какую помощь необходимо оказать?

**Вариант 3**

1. Антропонозы – это заболевания свойственные:

А) только человеку;

Б) только животным;

В) человеку и животным.

2. Источником инфекции при ветряной оспе является:

А) вирусоноситель;

Б) переболевший;

В) больной человек.

3. ВИЧ-инфекция – это:

А) болезнь;

Б) вирусоносительство;

В) последняя стадия болезни.

4. Возбудители клещевого энцефалита могут передаваться:

А) через укусы клещей и при употреблении молока (чаще козье) зараженных животных;

Б) через укусы комаров;

В) при кашле и чихании.

5. Найдите верное утверждение:

А) Раннее прекращение приема лекарств не может повлиять на дальнейшее лечение туберкулеза.

Б) Туберкулез не является опасным заболеванием.

В) Туберкулезные бактерии могут поражать различные органы.

6. Установите соответствие между инфекцией и ее симптомами.

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Грипп  2) Ангина | А) покраснение слизистой оболочки носоглотки  Б) боли в мышцах  В) заложенность носа  Г) боли в горле  Д) ломота в суставах и пояснице |

1) 1АБВ, 2ГД; 2) 1БВ, 2АГД; 3) 1АВ, 2БГД.

7. Вирус иммунодефицита человека не может попасть в организм при:

А) прокалывании ушей;

Б) прокалывании губы;

В) использовании общего для нескольких человек станка для бритья;

Г) использовании общей посуды.

8. Для предупреждения укусов клеща в лесу необходимо носить:

А) светлую одежду;

Б) одежду, максимально закрывающую открытые участки тела;

В) специальные защитные костюмы.

9. Профилактика кишечных инфекций включает:

А) соблюдение правил личной гигиены;

Б) исключение контакта готовой пищи и полуфабрикатов;

В) соблюдать сроки хранения готовой пищи;

Г) уничтожать мух в помещении;

Д) А + Б + Г;

Е) А + Б + В + Г.

10. Во время поездки в лес за грибами мужчина попал под дождь. Дома мужчина почувствовал недомогание, боли в мышцах, озноб. Через несколько часов появилась заложенность носа, повысилась температура. Что необходимо предпринять?

**Вариант 4**

1. Ангина – это:

А) инфекционное заболевание, характеризующееся воспалением небных миндалин;

Б) не инфекционное заболевание;

В) острая респираторная вирусная инфекция, характеризующееся воспалением верхних дыхательных путей.

2. Источником инфекции при ветряной оспе является:

А) вирусоноситель;

Б) переболевший;

В) больной человек.

3. Можно ли при половом контакте одновременно заразиться венерической болезнью и ВИЧ-инфекцией:

А) да; Б) маловероятно; В) нет.

4. Больным с заболеваниями верхних дыхательных путей вирусной и бактериальной природы необходимо соблюдать:

А) активный образ жизни;

Б) постельный режим;

В) строгую диету.

5. Найдите верное утверждение:

А) Раннее прекращение приема лекарств не может повлиять на дальнейшее лечение туберкулеза.

Б) Туберкулез не является опасным заболеванием.

В) Туберкулезные бактерии могут поражать различные органы.

6. Установите соответствие между элементами двух столбцов.

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Кишечные инфекции – это  2) Кровяные инфекции – это | А) сыпной тиф  Б) вирусный гепатит  В) клещевой энцефалит  Г) холера  Д) дизентерия  Е) малярия  Ж) сальмонеллез |

1) 1БДЕЖ, 2АВЕ; 2) 1БГДЖ, 2 АВЕ; 3) 1БВЕ, 2АГДЖ.

7. Дети до трех месяцев редко болеют инфекционными заболеваниями потому, что:

А) сделаны прививки;

Б) имеют антитела к некоторым заболеваниям, полученным от матери;

В) имеют антитела к некоторым заболеваниям, полученным от отца.

8. Для предупреждения укусов клеща в лесу необходимо носить:

А) светлую одежду;

Б) одежду, максимально закрывающую открытые участки тела;

В) специальные защитные костюмы.

9. Профилактика микроспории заключается:

А) в ограничении контакта больного ребенка со здоровыми;

Б) в исключении контакта детей с бродячими животными;

В) в обязательном осмотре домашних животных ветеринаром;

Г) А + Б;

Д) все ответы верны.

10. Спустя несколько часов после возвращения с прогулки подросток почувствовал недомогание, головную боль, тошноту. Через некоторое время началась рвота. Во время прогулки подросток съел пирожок с мясом, который купил на улице. Чем вызвано данное состояние? Какую помощь необходимо оказать?

Преподаватель Л.В. Шестакова

Обсуждена на заседании ЦК общеобразовательных дисциплин, протокол № \_1\_ от\_01.09.2022

Председатель ЦК С.Н. Гапонова

**Методические рекомендации**

**по выполнению домашней контрольной работы**

**по дисциплине «Основы медицинских знаний»**

Контрольная работа выполняется в школьной тетради или набирается на компьютере. Объем работы: не менее 24 листов рукописного текста ученической тетради или 12 листов формата А-4 печатного текста. В титульном листе указывается : название дисциплины, номер группы, шифр, вариант, фамилия, имя, отчество, домашний адрес, номер телефона учащегося.

Контрольная работа должна быть выполнена в установленные учебным графиком сроки и написана грамотно, разборчивым почерком, без сокращения слов, с полями для замечаний преподавателя.

Приступая к выполнению работы, учащийся должен записать номера вопросов, переписать их содержание.

Ответы на вопросы должны быть конкретными и полностью раскрывать их сущность. Необходимо творчески подходить к изложению изученного материала. Ответы должны содержать элементы анализа, сопровождаться конкретными примерами из практики работы в учреждении образования, рисунками, схемами, таблицами.

На последнем листе работы указывается список использованной литературы (автор, название, издательство, год издания), дата выполнения работы и подпись учащегося.

**Задания для домашней контрольной работы**

**по «Основам медицинских знаний»** (ЗО)

**1 вариант**

1. Изложите предмет и основные задачи основы медицинских знаний, раскройте подробно связь данной дисциплины с психологией, педагогикой, охраной труда. Значение знаний дисциплины для педагога.

2. Опишите болезни сердечно-сосудистой системы. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы. Общие жалобы и признаки при заболеваниях органов кровообращения. ИБС, стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная астма, отек легкого, обморок, коллапс. Причины, признаки. Доврачебная помощь и уход за больными

3.Опишите и объясните болезни органов слуха и зрения. Дайте подробную характеристику острому и хроническому отиту. Опишите блефарит, коньюктивит. Раскройте суть острота зрения.

**2 вариант**

1. Объясните значение режима дня для обеспечения здоровья детей.

2. Опишите болезни крови. Дайте определение кровь ( разных авторов), состав крови. Раскройте и опишите бронхиальную астму, анемию, геморралогический диатез, гемофилия.

3.Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения. Жалобы и признаки при заболеваниях органов пищеварения. Острый гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, энтероколит, желудочно-кишечные кровотечения. Острый холецистит, печеночная колика. Сахарный диабет. Признаки, причины. Доврачебная помощь и уход за больными. Диета и режим питания

**3 вариант**

1.Опишите основную суть адаптации детей при поступлении в дошкольное учреждение.

2. Объясните значение ВНД для дошкольника (разных возрастов). Раскройте функциональные нарушения ВНД у детей. Рефлекс как основа нервной деятельности. Неврозы, виды, неврастения, истерия. Причины, признаки, профилактика. Доврачебная помощь, лечение и уход за больными.

3. Опишите болезни, вызванные нарушением обмена веществ у детей разного возраста. Рахит, гипервитаминоз, спазмофилия.

**4 вариант**

1.Опишите физиологические основы питания детей раннего и дошкольного возраста.

2.Опишите причины возникновения инфекционных заболеваний и дайте характеристику их профилактики. Составьте памятку для дошкольника «профилактика инфекционных заболеваний»

3. Открытые повреждения (раны). Хирургические инфекции. Ожоги, отморожения, электротравмы. Переломы костей конечностей, таза, позвоночного столба. Транспортная иммобилизация.

1. **вариант**

1.Опишите периодизацию дошкольного возраста.

2. Опишите и дайте характеристику болезням органов дыхания: Анатомо-физиологические особенности органов дыхания. Общие жалобы и признаки заболеваний органов дыхания. Острый бронхит, бронхиальная астма, острое воспаление легких и плевры. Осложнения при заболеваниях органов дыхания (отек легкого, абсцесс, кровохарканье и кровотечение). Доврачебная помощь и уход за больными.

3. Инфекции дыхательных путей: грипп, ангина. Возбудители, пути передачи. Симптомы, осложнения. Особенности ухода за больными, принципы лечения, профилактика.

1. **Вариант**

1.Опишите основы эпидемиологии. Эпидемиология как наука о закономерностях возникновения и распространения заразных болезней. Эпидемический очаг, эпидемия, пандемия. Дезинфекция, дезинсекция, дератизация. Иммунитет и прививочное дело. Вакцины, сыворотки, гамма-глобулины.

2.Объясните правила первой помощи при кровотечениях. Опишите виды кровотечений.

3. Кишечные инфекции: брюшной тиф, дизентерия, пищевые токсикоинфекции, ботулизм, вирусный гепатит. Осложнения, лечение, особенности ухода, профилактика.

**7 вариант**

1.Обьясните причины возникновения инфекционных заболеваний. Опишите инфекционные заболевания. Дайте характеристику их профилактики. Составьте памятку для детей « профилактика инфекционных заболеваний»

2.Опишите гигиенические условия воспитания детей в дошкольном возрасте.

3. Антропозоонозные инфекции: сибирская язва, туляремия, лептоспироз. Возбудители, источники инфекции. Пути передачи. Осложнения. Лабораторные исследования. Профилактика, лечение и особенности ухода за больным.

**8 вариант**

1.Объясните причины нарушения опорно-двигательного аппарата. Плоскостопие. Нарушение осанки: кифоз, лордоз, сколиоз.

2. Опишите детские инфекции: корь, ветряная оспа, краснуха, эпидемический паротит, скарлатина, коклюш, дифтерия. Общая характеристика. Основные симптомы, осложнения. Профилактика и лечение, диета и режим. Туберкулез. Профилактика и принципы лечения.

3. Бактериологический очаг особо опасных инфекций: холера, чума, натуральная оспа. Возбудители и источники инфекции, пути передачи. Основные симптомы заболеваний. Средства защиты от бактериологического (биологического) оружия.

**9 вариант**

1.Опишите формирование здорового образа жизни. Медико-гигиеническое обучение и воспитание женщин и детей.

2. Опишите меры оказания доврачебной помощи при коликах, комах, желудочно-кишечных кровотечениях. лекарственных препаратов. Диета, режим питания при заболеваниях органов пищеварения, эндокринной системы и обмена веществ.

3. Болезни органов дыхания: Анатомо-физиологические особенности органов дыхания. Общие жалобы и признаки заболеваний органов дыхания. Острый бронхит, бронхиальная астма, острое воспаление легких и плевры. Осложнения при заболеваниях органов дыхания (отек легкого, абсцесс, кровохарканье и кровотечение). Доврачебная помощь и уход за больными.

**10 вариант**

1. Основы доврачебной помощи. Методы исследования. Основные принципы лекарственной помощи. Понятие о болезни, причины развития, признаки, синдромы. Внешние и внутренние факторы, способствующие возникновению заболеваний. Основные принципы лекарственной помощи.

2.Опишите кишечные инфекции: брюшной тиф, дизентерия, пищевые токсикоинфекции, ботулизм, вирусный гепатит. Осложнения, лечение, особенности ухода, профилактика.

3.Опишите болезни почек и мочевых путей. Пиелонефрит. Цистит. Вульвовагинит.