

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КЛИНЦОВСКИЙ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

**КОЛБАС МАРИЯ ВАСИЛЬЕВНА**

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 44.02.04  
СПЕЦИАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ  
КУРС 2, ГРУППА 321  
ФОРМА ОБУЧЕНИЯ ОЧНАЯ

**ЗДОРОВЬЕ РЕБЁНКА И ЕГО ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ**  
КУРСОВАЯ РАБОТА

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ  
КОСМАЧЁВ В.К.

КЛИНЦЫ

2014

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ЗДОРОВЬЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ .....</b>	<b>3</b>
<b>ПРИЗНАКИ, ПО КОТОРЫМ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ У РЕБЕНКА.....</b>	<b>8</b>
<b>АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ.....</b>	<b>8</b>
<b>Психоневрологические обследования.....</b>	<b>12</b>

## Здоровье и физическое развитие детей

Под физическим развитием понимают совокупность морфологических и функциональных признаков организма: рост, вес, окружность грудной клетки, емкость легких, мышечная сила рук и т. д. Физическое развитие непосредственно связано с состоянием сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, опорно-двигательной и других систем. В свою очередь от уровня физического развития зависит устойчивость организма к неблагоприятным воздействиям среды, сопротивляемость болезням. Таким образом, физическое развитие и здоровье ребенка взаимосвязаны и влияют друг на друга.

Показатели физического развития ребенка — чаще всего рост и вес — оцениваются путем сравнения величины его роста с нормами, представленными в стандартных таблицах. Такие таблицы периодически составляют на основании массовых обследований детей в определенных регионах, имеющих свои географические, социальные и экономические особенности.

Существуют закономерности изменения пропорций тела в процессе роста организма. Наиболее интенсивно растут кисти, стопы, голени и предплечья, медленнее — бедра, плечи, туловище, еще медленнее — голова. Так, за весь период роста (приблизительно до 25 лет) длина нижних конечностей увеличивается в 5 раз, верхних — в 4, туловища — в 3, высота головы — в 2 раза. В процессе роста ребенок из относительно большеголового, коротконового, длинно туловищного постепенно превращается в малоголового, длинноногового, коротко туловищного.

Как правило, девочки растут и развиваются быстрее, чем мальчики. Во все возрастные периоды биологические характеристики у девочек несколько старше, чем у мальчиков того же возраста. Так, новорожденные мальчики отстают по скелетной зрелости приблизительно на 4 недели, а в течение всего периода роста их костный возраст составляет 80% от такового у девочек того же календарного возраста. У девочек отмечается также более раннее (на 2 года) начало пубертатного периода.

По целому ряду физиологических параметров мальчики менее устойчивы к воздействиям внешней среды — они более подвержены стрессам и болезням, у них выше скорость обменных процессов, поэтому они более активны и менее усидчивы, чаще страдают нарушениями обменных процессов (гипогликемия, диабет, различные ферментопатии).

В связи с высокой подвижностью у мальчиков чаще возникают травмы мозга, ведущие к неблагоприятным последствиям. Мелкие мышцы рук у мальчиков развиваются позднее, чем у девочек, поэтому их руки быстрее устают при рисовании и письме. У девочек раньше и быстрее развиваются познавательные способности. Они раньше начинают говорить, у них богаче словарный запас, они употребляют предложения более сложной конструкции.

Как правило, они более послушны, аккуратны, исполнительны, а мальчики нередко требуют большего терпения и внимания. Однако все это не свидетельствует о более высоких потенциальных возможностях девочек — мальчики часто «обгоняют» девочек в дальнейшем обучении, успешно реализуют свои возможности в профессиональной деятельности.

Знание закономерностей физического развития имеет большое значение для приспособления окружающей ребенка среды к его росту и нормирования физических нагрузок на него.

По совокупности критериев (показателей), определенных во время профилактического осмотра, врач дает комплексную оценку состояния здоровья ребенка с определением группы здоровья.



Рисунок 1 - Дошкольник

Понятие группы здоровья отражает общий «уровень здоровья» ребенка, который оценивается по отсутствию или наличию отклонений в здоровье и хронических заболеваний, а также по степени их тяжести. В соответствии с изложенными ниже критериями выделяют 5 групп здоровья детей.

Первая группа объединяет здоровых детей, не имеющих отклонений по всем критериям, не болевших или редко болевших за период наблюдения (1-3 раза в год), а также детей, имеющих единичные морфологические отклонения (аномалии ногтей, мало выраженная деформация ушной раковины и др.), не влияющие на состояние здоровья ребенка и не требующие коррекции.

Вторую группу составляют дети с небольшими отклонениями в состоянии здоровья, часто (4 раза в год и более) болеющие острыми заболеваниями, т.е. дети с риском возникновения у них хронической патологии.

К этой группе относятся дети, имеющие следующие нарушения в здоровье:

- рахит (начальный период, I степень, остаточные явления);
- гипотрофия I степени;
- дефицит или избыток массы тела I и II степени;
- аллергическая предрасположенность;

- кожные проявления экссудативного диатеза;
- дефекты осанки, уплощение стоп;
- функциональные изменения сердечно-сосудистой системы; шумы функционального характера, тенденция к понижению или повышению артериального давления и др.;
- гипертрофия аденоидов I и II степени или миндалин II степени, искривление носовой перегородки при отсутствии нарушения носового дыхания, повторные заболевания бронхитами или пневмонией;
- частые острые заболевания, в том числе простудные (больше 4 раз в год);
- понижение содержания гемоглобина в крови до нижней границы нормы — угроза анемии;
- кариес, нарушение прикуса, не требующие немедленной коррекции;
- отдельные невротические реакции, патологические привычки, отставание нервно-психического развития, косноязычие;
- дисфункция желудочно-кишечного тракта — периодические боли в области живота, тошнота, рвота, нарушение аппетита и др.
- миопия слабой степени, дальнозоркость средней степени, аккомодационное косоглазие без амблиопии и без нарушения бинокулярного зрения;
- вираж туберкулиновой пробы;
- состояние выздоровления после перенесенных острых инфекционных и неинфекционных заболеваний с длительным нарушением общего самочувствия и состояния (в том числе после острой пневмонии, болезни Боткина, острых нейроинфекций и др.).

Третья группа объединяет детей с хроническими болезнями или врожденной патологией в состоянии компенсации, т.е. с редкими и нетяжелыми обострениями хронического заболевания без выраженного нарушения общего состояния, самочувствия и поведения, а также с функциональными отклонениями только в одной системе или органе.

Четвертая группа включает в себя детей с хроническими болезнями, врожденными пороками развития в состоянии субкомпенсации, которое определяется функциональными отклонениями не только больного органа или системы, но и других органов и систем, с частыми обострениями основного заболевания, с нарушениями общего состояния и самочувствия после обострения, с затяжным восстановительным периодом после острых заболеваний.

Пятая группа — дети с тяжелыми хроническими болезнями, тяжелыми врожденными пороками развития в состоянии декомпенсации, т.е. относящиеся к категории инвалидности.

При включении детей в II—V группы не обязательно наличие отклонений по всем критериям здоровья; достаточно — по одному из них. Группа здоровья определяется по самому тяжелому отклонению или диагнозу.

В зависимости от изменения уровня состояния здоровья по тому или иному признаку (или их сочетанию) врач в процессе наблюдения может изменить группу здоровья ребенка. При появлении у ребенка одновременно нескольких функциональных отклонений в состоянии здоровья или в случае наличия у него факторов риска (увеличение частоты заболеваний, уменьшение массы тела) группа здоровья его не меняется, отмечается внутригрупповое ухудшение. Такой ребенок требует более тщательного и частого наблюдения, специального оздоровления.

Распределение детей на группы по уровню здоровья служит важным критерием для организации наблюдения за ними, оздоровления и лечения (назначение рекомендаций по режиму, питанию, физическому воспитанию, массажу, закаливанию, воспитательным подходам, профилактическим прививкам, диспансеризации, лабораторным исследованиям, необходимой лекарственной терапии).

## **ПРИЗНАКИ, ПО КОТОРЫМ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ У РЕБЕНКА**

### **Анамнестические сведения**

В связи с увеличением количества детей с отклонениями в развитии возникла необходимость организации специальных консультативных центров, осуществляющих обследование таких детей, а также дошкольных учреждений, в которых дети могут получить квалифицированную медицинскую, дефектологическую и психологическую помощь. В настоящее время возросло число детей со сложной структурой дефекта (сочетанием различных компонентов зрительных, слуховых, речевых, моторных, интеллектуальных, эмоциональных и других расстройств). Особенно сложна в детском возрасте диагностика отклонений в развитии, когда структуры нервной системы еще не полностью сформированы, а симптоматика нерезко очерчена.

Для решения вопроса о состоянии здоровья ребенка и выявлении причин отклонения в развитии необходимо провести беседу с родителями и составить анамнез. Анамнестические данные по определенной схеме может собрать врач или педагог-дефектолог, работающий совместно с врачом. При собеседовании с родителями необходимо установить доверительные отношения, чтобы получить достоверные сведения о состоянии здоровья ребенка, самих родителей и их ближайших родственников.

Беседа с родителями начинается со сбора жалоб, которые могут охватывать различные стороны жизни и деятельности ребенка. Так, в раннем возрасте родителей больше беспокоят вопросы психомоторного и речевого развития (неусидчивость, медленное и плохое развитие речи, общей моторики), частые инфекции, судорожные приступы. В предшкольном — задержки психомоторного и речевого развития, трудности поведения, ограниченность запаса общих понятий, головные боли и др. В школьном возрасте основные

жалобы сводятся к затруднениям в школьном обучении, плохой памяти, неусидчивости, невнимательности и т.д.

1. Сбор анамнестических данных начинается со знакомства с социальным статусом родителей ребенка:

- учитывается их возраст;
- профессия, место работы в период ожидания потомства;
- особенности домашнего уклада;
- количество членов семьи (полная ли семья);
- кто и как воспитывает ребенка; жилищные условия и др.

Эта часть беседы оформляется как паспортная.

2. Переходя непосредственно к составлению истории болезни и сбору анамнеза, врач интересуется состоянием здоровья родителей (отдельно отца и матери) в настоящее время и в более молодые годы с целью выяснения, не страдали ли они теми же болезненными состояниями, которые наблюдаются в данное время у их ребенка.

По ходу беседы выясняется состояние здоровья ближайших родственников: братьев и сестер, их детей, бабушек и дедушек. Расспрашивают о наличии хронических заболеваний в семье (ревматизма, туберкулеза, бронхиальной астмы и др.), о злоупотреблении алкоголем, никотином, лекарственными препаратами и т. д.

3. Сбор анамнестических данных о ребенке необходимо начать со следующих вопросов, касающихся состояния здоровья матери:

- от какой по счету беременности обследуемый ребенок и была ли желанной беременность;
- не употребляла ли мать в это время противозачаточные средства, лекарственные препараты.

Каждый вопрос, задаваемый родителям, имеет большое значение для понимания возможного этиологического фактора болезни.

Например:

- выяснение здоровья матери, отца и их родственников может указать на наследственную предрасположенность к возникновению заболевания;
- выяснение причин абортов может помочь оценить состояние эндокринной системы матери (неразвивающийся плод) или домашнюю ситуацию, при которой ребенок является нежелательным;
- уточнение времени между предыдущей беременностью и настоящей, особенно в случаях хирургического вмешательства, необходимо для того, чтобы оценить условия, в которых происходило развитие плода;
- хирургические вмешательства (в том числе частые аборты), воспалительные процессы в слизистой матки нарушают функцию ворсинчатого эпителия, которые приводят к формированию плаценты на патологической основе, нарушая процесс внутриутробного развития плода.

4. При опросе матери о течении беременности обследуемым ребенком необходимо уточнить состояние ее здоровья в это время:

- инфекции, интоксикации, травмы, в том числе психические, операции;
- употребление лекарственных препаратов, никотина, алкогольных напитков и др.

Различные заболевания матери оказывают влияние на развивающийся плод, который всегда реагирует диффузно (недоразвитием или задержкой развития отдельных структур). Если мать подвергалась воздействию какого-либо из перечисленных факторов, важно знать, в каком триместре беременности это происходило:

- так как в первые три месяца внутриутробного развития идет закладка органов и тканей, становится понятным, что заболевания в этот период могли привести к порокам развития;
- в последующие месяцы, когда идет совершенствование структур органов и тканей всего организма и нервной системы, возможно возникновение

несформированности этих органов или задержка в развитии структур нервной системы.

5. Очень важно при опросе матери получить сведения о периоде родовой деятельности:

- сроки родов (досрочно, своевременно, перенос);
- длительности родов (быстрые или затяжные);
- оказание акушерской помощи (вакуум, щипцы, кесарево сечение).

А также сведения о наличии послеродовых осложнений у ребенка. В частности, при асфиксии выяснить длительность периода оживления и его способы.

6. Дальнейшие вопросы касаются оценки состояний ребенка после рождения по шкале Апгар. Уточняют массу и длину тела при рождении и состояние ребенка в период новорожденности (на какой день приложили к груди, как сосал грудь и т. п.).

Таблица 1 - Вопросы по этапам и физическому развитию ребёнка в зависимости от возраста

1-й год жизни	Менее 3-х лет	Старше 3-х лет
Не было ли рвоты, кишечных расстройств	Перенесенные инфекционные болезни, вакцинации	Контакт с детьми и персоналом детского учреждения
Как прибавлял в весе	Особенности игрового процесса	Условия воспитания в детском саду и дома
Когда начал держать голову и сидеть	Интерес к общению с детьми	Формирование игрового процесса
Какие заболевания перенес	Формирование элементов опрятности, самообслуживания	Интерес к прослушиванию сказок

10. Другая часть анамнеза посвящена заболеванию, по поводу которого мать обратилась к специалистам:

- уточняют перенесенные ребенком заболевания, их течение и осложнения;

- время возникновения отклонений; изменения поведения, судороги, ухудшение памяти, речевые расстройства;
- какие меры принимались в семье для улучшения общего состояния ребенка: обращения к специалистам, методы лечения, педагогические рекомендации и т. д.;
- в каких случаях отмечалось улучшение или ухудшение состояния ребенка.

### **Психоневрологические обследования**

Психоневрологические обследования заключаются в исследовании функций различных отделов нервной системы. Они проводятся в присутствии матери и воспитателя только врачом.

### **Исследование черепно-мозговой иннервации**

При исследовании состояния черепно-мозговых нервов особо важное значение имеют нервы, участвующие в функциях зрения, слуха и речи.

Путем демонстрации ребенку специальных таблиц с буквами, набором цветных дощечек врач проверяет остроту зрения, цветоощущение.

Для исследования остроты слуха применяется такой прием: врач произносит отдельные слова или фразы на определенном расстоянии и предлагает ребенку повторить их. Нормальное ухо воспринимает несложные фразы, произнесенные шепотом на расстоянии 5-6 метров. В сложных ситуациях при оценке зрительной или слуховой функций обращаются за консультацией к специалистам (офтальмологу, отоларингологу), которые применяют для обследования специальные приборы.

## **Исследование двигательной сферы**

Переходя к исследованию двигательной сферы, врач обращает внимание

- на осанку, походку;
- характер активных и пассивных движений в суставах, их объем, силу, равномерность;
- большое диагностическое значение имеет состояние мышц — их сила и характер мышечного тонуса (повышенный или пониженный тонус), а также состояние рефлекторной сферы.
- обычно исследуются сухожильные, периостальные (надкостничные), кожные рефлексы и рефлексы со слизистых оболочек.

Сухожильные рефлексы проверяются ударом специального молоточка в определенных зонах, кожные — штриховым движением по коже. Важно установить степень активности рефлексов (повышение, понижение или отсутствие рефлекторной реакции), а также их равномерность с обеих сторон.

### **В процессе обследования определяется состояние координации:**

- симптом Ромберга (стоять с вытянутыми руками и закрытыми глазами);
- пальценосовая проба и др.

Этими методами обследования выявляется отсутствие или наличие парезов (параличей), гиперкинезов.

## Исследование психической сферы

Исследование состояния психической деятельности проводится врачом совместно с педагогом-дефектологом, логопедом, психологом и в присутствии воспитателя.

1. При знакомстве с ребенком необходимо спросить: его имя, фамилию, возраст; с кем он пришел на обследование (имя матери). Ответы на эти вопросы

- создают первое впечатление;
- показывают состояние контакта, понимание речи;
- определяют возможность произнесения первых слов или фраз.

2. Продолжая беседу с ребенком:

- выявляют запас общих понятий, предлагая назвать предметы, их цвет, форму;
- обращают внимание на уровень интереса ребенка к книге, картинке, игрушке;
- оценивают уровень игрового процесса, его организацию, включение в деятельность, понимание условий и выполнение задания, использование помощи педагога.

3. При обследовании старшего дошкольника обращается внимание:

- на уровень подготовки к школе (знание букв, слияние их в слоги, умение рисовать, считать);
- состояние психических процессов (внимание, память, эмоции, воображение, мышление);
- большое значение придается пониманию пространственного восприятия и времени (времена года, месяцы, дни недели).

4. При беседе с ребенком фиксируется внимание на состоянии речи. Обращается внимание на состояние импрессивной речи:

- понимание значения отдельных слов, словосочетаний, грамматических конструкций;

- способность удерживать в памяти целую фразу, короткий стишок;
- способность различать на слух отдельные фонемы.

### **Состояние экспрессивной речи оценивают:**

- по использованию ребенком отдельных слов или словосочетаний,
- по состоянию звукопроизношения;
- по способности составить самостоятельную фразу или рассказ по картинке, по просмотренному фильму;
- по знанию наизусть стихотворений;
- по умению писать и особенностям почерка.

### **Составление заключения**

Заканчивается физическое, психоневрологическое и психолого-педагогическое обследование обсуждением и составлением заключения. В отсутствие ребенка и родителей сводятся и обобщаются данные, полученные специалистами, и ставится диагноз.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- учебное пособие С.А. Козлова, Т.А. Куликова «Дошкольная педагогика»
- <http://www.vashevse.ru/vospitanie-i-razvitie/2012-07-26-11-08-13/3113-zdorovie-rebenka>