

**В. Ф. БАЗАРНЫЙ**

**ЗДОРОВЬЕ**

**И РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА:**

**ЭКСПРЕСС-КОНТРОЛЬ**

**В ШКОЛЕ**

**И ДОМА**

Издательство

*Арктус*

В.Ф.БАЗАРНЫЙ

# ЗДОРОВЬЕ И РАЗВИТИЕ РЕБЁНКА: ЭКСПРЕСС-КОНТРОЛЬ В ШКОЛЕ И ДОМА

Практическое пособие

МОСКВА 2005

Электронное издание подготовлено для проекта:  
«Нам Нужна Иная Школа»  
[www.pedpoema21.ru](http://www.pedpoema21.ru)

Об ошибках просьба сообщать по адресу: [info@pedpoema21.ru](mailto:info@pedpoema21.ru)

ЧУ «Центр Общественного Развития и Безопасности»  
[www.corb.center](http://www.corb.center)

Веб-сайт профессора Базарного  
[www.bazarny.ru](http://www.bazarny.ru)

МОСКВА 2016

УДК 372.8:613+372.8:159.9  
ББК 74.26+88.8 Б 17

**Базарный В.Ф.**

Б 17 Здоровье и развитие ребенка: экспресс-контроль в школе и дома: Практическое пособие. — М.: АРКТИ, 2005. — 176 с.: ил.  
18ВМ 5-89415-480-4

В данном пособии автор представляет практические материалы — систему экспресс-контроля, позволяющую оценить динамику физического, нравственного, психического и творческого развития ребенка в школе в зависимости от уровня организации воспитательного процесса, избранной методики образования, а также уровня профессиональной подготовки учителя и воспитателя.

Книга адресована всем, кто заинтересован в том, чтобы дети выросли здоровыми и крепкими: родителям, бабушкам и дедушкам, учителям и психологам, руководителям учебных учреждений, школьным медработникам и педиатрам, руководителям органов власти и образования всех уровней.

УДК 372.8:613+372.8:159.9 ББК 74.26+88.8

181Ш 5-89415-480-4

© Базарный В.Ф., 2005 ©АРКТИ, 2005  
© Базарный В.Ф., 2016 © Центр Общественного  
Развития и Безопасности

## Вместо вступления

*От худого семени не жди доброго племени.  
Народная мудрость*

Главное богатство любого государства (как и смысл его существования) — это люди. Без человеческого потенциала рухнет любая экономическая схема и бессильна самая передовая и прогрессивная «национальная идея».

Большинство экспертов утверждают: большое поколение — результат социально-экономического неустройства России и нарушенной экологической среды. Да, бедных у нас сегодня много, а мазутные реки встречаются теперь чаще молочных. Но ни органы здравоохранения, ни органы образования так и не вникли в первопричины, глубинные истоки эпидемии массового нездоровья учащихся. Чем объяснить такой феномен: жизнеспособность у детей из блокадного Ленинграда была выше, чем у сегодняшних младенцев?

Пора признать: у нас сложилась чуждая природе ребенка организация учебного процесса. Законы физического и духовного развития учащихся и принципы строительства современной школы уже давно вступили в противоречие. Не случайно еще в начале XIX в. такие педагоги, как Песталоцци, а в 70- 80-е гг. прошлого столетия и многие наши отечественные специалисты, обратили внимание власти на здоровьеразрушающую школьную среду.

Современная «формально-рассудочная» школа, построенная на малоподвижности ребенка, опасна не только учебными перегрузками, но и механизмом разрушения здоровья, который игнорирует в учебном процессе активность тела и органов чувств, отдавая приоритет инструктивно-программирующим методам обучения. От десятилетия к десятилетию министры здравоохранения и образования СССР и РФ дружно заявляли о том, что именно процесс обучения является главным «похитителем» здоровья детей в школе. Однако никаких оздоровительных перемен в учебном процессе не происходило. Минздрав даже направил в регионы письмо «Об увеличении объемов профилактической помощи детям». Но главный вопрос — исправление чуждого природе ребенка, неправильно организованного учебного процесса — в нем отсутствует.

В наших школах по-прежнему существо и методика учебного процесса, весь базовый учебный план, школьная мебель, т.е. все то, с чем соприкасается ребенок в школе, не проходит серьезной санитарно-гигиенической, психолого-педагогической и медико-эргономической экспертизы. Учебный труд не имеет серьезного медицинского контроля. В подробном докладе Минздрава «О состоянии здоровья детей в РФ» (2002) есть хороший раздел «Результаты исследования внутришкольной среды». В нем есть все, кроме основного — организации труда ученика, влияния на него учебного процесса.

Медики постоянно предлагают «ремонтировать» детей. Но ведь есть опыт профилактики «школьных» болезней! К сожалению, самочувствие детей в учебном процессе, качество их не только физического, но и психического развития остаются вне критериев оценки эффективности деятельности школы. Однако контроль за самочувствием учащихся — дело не только медиков, но и педагогов. Почему? Да потому, что система образования игнорирует

природосообразные приемы постановки речи, почерка, чтения, т.е. всего того, на основе чего формируются все духовно-психические способности. Базовые навыки, на основе которых формируется творческий интеллект детей (осмысленная речь, чтение, почерк), поставлены под контроль секундомеров, т.е. им придан механический режим технико-скоростной направленности. Разве это не прямая вина школы и органов образования?

Учитывая подобные факторы, нельзя утверждать, что у нас стал всеобщим принцип приоритета здоровья учащихся перед учебным процессом. Хотим мы того или нет, но нынешние руководители образования являются проводниками разрушительных для детей приемов, режимов и методов образования. Все их «инновации» насаждаются в школах административно. Поскольку устранить все это административным путем пока не удастся, необходим закон, исполнение которого обязательно.

В профильном Комитете Совета Федерации готовится закон «Об охране здоровья детей и подростков». Однако он затрагивает сугубо медицинские аспекты и потому не решит основных школьных проблем.

Как оценить ситуацию в образовательных учреждениях страны? Сейчас основными критериями для этого являются количество учащихся, овладевающих программой, и уровень правонарушений, т.е. состояние так называемой дисциплины. Но все мы знаем, как ставятся оценки и скрываются проступки. Без постоянного отслеживания физического, психического, нравственного развития ребенка нельзя принять правильное управленческое решение, и мы не преодолеем ситуации, когда под десятки новых программ выделяются огромные средства, а положение со здоровьем детей ухудшается.

Поэтому в качестве первого шага, чтобы руководители образовательных учреждений и системы образования всех уровней начали работать «не вслепую», а ясно представляя результаты своей деятельности, совместно с Председателем Совета Федерации С.М. Мироновым мы разработали законопроект «О внесении изменений в статью 51 закона Российской Федерации «Об образовании». Мы хотим добиться, чтобы в детских садах и школах при содействии органов управления образованием и здравоохранением и с участием учреждений здравоохранения осуществлялся регулярный медико-педагогический мониторинг творческих, физических, психических и нравственных параметров каждого ребенка, своевременно оценивались школьные формы патологии, затрагивающие осанку, болезни костно-мышечной системы, зрение, нервно-психическую сферу, органы дыхания и пищеварения. А затем следует сравнить данные: в школе — между одновозрастными классами; в муниципальном образовании — между школами; в регионах — между муниципальными образованиями; в стране — между регионами. Таким образом мы получим реальную картину: кто работает лучше, кто — хуже и почему. И только после можно принимать взвешенные решения по исправлению ситуации.

Минздрав и Минобрнауки считают, что такой мониторинг уже есть. Формально есть, а его реального влияния на жизнь школы — никакого! В проекте закона не идет речь о глубокой диспансеризации, речь идет о замерах тех систем организма ребенка, которые подвержены негативному влиянию школы, и иод силу школьным психолого-педагогическим работникам, врачам и даже медсестрам. Поэтому и финансовые затраты на это минимальны!

Еще раз подчеркну: новейшие исследования показали, что в основе плохого самочувствия

и даже нездоровья школьников лежат не столько медицинские, сколько педагогические причины. Ни учителя, ни медики, ни родители, ни политики не оценивают пагубные последствия того, что, казалось бы, элементарное утомление, головные боли, страх перед школой, отсутствие интереса ребенка к тому, как и чему в школе учат, вырастают в трагедию нации. Вырастают как бы исподволь.

Есть ли выход из создавшейся ситуации? Безусловно. В нашей стране есть педагогические технологии, которые убедительно доказывают, что без врачебного вмешательства, только педагогическими средствами можно противостоять школьным формам патологии. Так, здоровьеразвивающие педагогические технологии профессора Владимира Базарного включают десятки приемов, способов, в т.ч. и дидактических: ограничение книжного обучения, акцент на развитии образного мышления, выработке пластического, лишенного судорожных зажимов почерка, отдельно-параллельное обучение мальчиков и девочек, организация урока в режиме движения, постоянного поиска, использование в процессе обучения конторок, офтальмотренажеров, панно для сюжетно-образного моделирования, экологических прописей и других средств.

Гигиеническая программа, разработанная под его руководством учеными Красноярского края, утверждена еще в 1989 г. в качестве методических рекомендаций «Массовая первичная профилактика школьных форм патологии, или Развивающие здоровье принципы конструирования учебно-познавательного процесса в детских садах и школах». Данные методические рекомендации были приняты Минздравом России (по согласованию с Минобразования) после десятилетней широкой апробации здоровьеразвивающих педагогических технологий практически во всех республиках СССР и скрупулезной экспертизы результатов со стороны ведущих отечественных научных центров — горьковского и ивановского НИИ педиатрии, охраны материнства и детства. Эта система весьма эффективна, дает прекрасные результаты.

Приведем лишь некоторые цифры, характеризующие результаты внедрения отдельных технологий здоровьеразвивающего обучения доктора Базарного.

1. Лицей № 103 «Гармония» г. Железногорска (Красноярск- 26). Директор — заслуженный учитель РФ, к.п.н. Е.Н. Дубровская.

Здесь на протяжении 15 лет осуществляются отдельно-параллельное обучение и работа в режиме телесной вертикали (конторки, движущийся дидактический материал, разного рода офтальмотренажеры). Произведено пять выпусков учащихся (2001-2005). Почти все юноши годны к службе в армии, из них 25-35% — медалисты. У девочек не разрушена детородная конституция. В 2003 и 2004 гг. лицей показал лучшие результаты в крае по ЕГЭ.

Проводимая в лицее программа «Здоровье» помогает сохранить зрение у школьников в 3 раза эффективнее, исключает случаи нарушения осанки.

Для сравнения: согласно данным главного педиатра Краснодарского края Л. Соболевой, в традиционном казачьем курортном крае только 10% юношей годны к службе в армии.

2. Школа-лаборатория № 760 им. Героя Советского Союза А.П. Маресьева Департамента образования г. Москвы. Директор — заслуженный педагог РФ, к.п.н. В.Ю. Гармаш.

Здесь на протяжении 15 лет в начальной школе применяются отдельные технологии доктора Базарного. Выпускной класс 2004 г. (юноши): рост 180-194 см; коэффициент показателя грудно-плечевого теста больше 1 (т.е. осанка очень хорошая); острота зрения больше 100% (по таблице Новикова), у более половины выпускников — до 200% (!); степень реакции на внешний раздражитель в 2,5 раза выше средних показателей.

Перед началом внедрения технологий нарушения осанки наблюдались у 95% учащихся. В целом по школе в 1995-1996 гг. было уже только 8% учеников с нарушением осанки, на настоящий момент — 2,2% (всего 15 человек на 700).

3. Специальная (коррекционная) УШ вида школа № 4 г. Красноярска. Директор — заслуженный учитель РФ А.П. Трубачева Авторский коллектив: А.П. Трубачева, В.Ф. Базарный, А. А. Дмитриев— получил патент на методику социальной реабилитации. Школе в 1992 г. присвоен статус — Авторская школа социальной реабилитации.

Здесь обучаются дети-инвалиды, а также дети с серьезными отклонениями в физическом и психическом, интеллектуальном развитии, дети-сироты.

К концу второго года обучения по отдельным технологиям В. Ф. Базарного было установлено, что уровень работоспособности детей увеличился с 40 до 80%, снизилось число заболеваний ОРЗ. Дети побеждали на Всероссийских конных скачках, соревнованиях по настольному теннису. Последние победы — золотые олимпийские медали на Special Olympics в Анкоридже (2001 г.).

4. Школа № 7 г. Ялты (Крым, Украина). Директор — И. А. Шарудило, Школа десятый год работает по отдельным элементам технологий В.Ф. Базарного. В 1996 г. у 45% первоклассников выявлены нарушения остроты зрения, у 100% — нарушения осанки. Через 8 лет (у этих же детей): нарушение остроты зрения — 6%, нарушение осанки — 19%. Первичные замеры зрительно-ручной координации показали, что в экспериментальных группах она была сформирована на 50%, а в контрольных — на 30% . Сейчас в экспериментальных группах зрительно-ручная координация достигла 74%, а в контрольных — всего 33%. Заболеваемость детей в 2 раза ниже.

5. Земская гимназия г. Балашихи Московской области (директор — к.п.н. Г.В. Кравченко) — лучшее учебное учреждение в городе, одно из первых в области. Три года педагоги работают по отдельным элементам технологий доктора Базарного (раздельно-параллельное обучение, учеба в режиме движения и поиска с использованием конторок и др.). На 30% увеличилось количество детей без нарушения осанки (до 80%), столько же учащихся с максимальной остротой зрения. Наблюдается резкое повышение уровня координации, рост силовых качеств у мальчиков и гибкости у девочек. Психологи отмечают значительное улучшение психоэмоционального состояния детей.

При подведении итогов в 1996 г. по Республике Коми заместитель Главы Республики Бутырева заявила, что 95% детей, занимающихся в детских садах и школах с использованием отдельных здоровьеразвивающих технологий, сохраняют и улучшают уровень своего здоровья. Замеры показателей здоровья проводятся в образовательных учреждениях республики 2 раза в год.

К 2000 г. в Коми было более 400 базовых площадок. Со сменой руководства республики здоровое развитие детей в учебном процессе перестало быть приоритетом, однако снижение количества площадок было незначительным, т.к. родители, учителя, директора школ, школьные медики не хотят отказываться от успешно зарекомендовавших себя методов обучения.

Список можно продолжать и дальше: в России несколько тысяч детских садов и школ используют в своей работе отдельные элементы системы доктора Базарного. Я специально привожу фамилии директоров этих передовых учебных заведений — страна должна знать своих героев. Это люди, которые со всей ответственностью относятся к будущему России, т.е. именно они определяют перспективы развития нашей страны на 20-40 лет вперед.

Заметим, что проблема соотношения учебных методик и состояния здоровья учащихся актуальна во всем мире. В Парламентской Ассамблее Совета Европы нам предстоит сделать доклад «Европейское образование и гармоничное развитие учащихся», в котором ПАСЕ будет рекомендовать министерствам образования и здравоохранения европейских стран проведение регулярного мониторинга, отражающего качество развития обучающихся и воспитанников.

Сегодня все ощущают: с детьми у нас дело обстоит, мягко говоря, неблагополучно, и нужны конкретные меры по решению этой проблемы. Почему же этого не делается? Проблема межведомственная, и она требует межведомственного мышления и межведомственного подхода к решению. Кроме того, пропаганда природосообразного образа жизни, просветительская работа среди родителей должна стать актуальной национальной задачей, решением которой должны заниматься первые лица. Только живую работу с родителями можно противопоставить многим СМИ, которые растлевают, а не формируют духовно-зрелую нацию.

Книга профессора В. Базарного будет полезна всем, кто заботится о будущем России и своих семей. Народная мудрость гласит: «От худого семени не жди доброго племени». Верность этой истины проверена веками. России нужна здоровая, нравственно устойчивая, интеллектуальная молодежь. Только в этом случае наша страна сможет уверенно и четко продолжать свой путь по дороге Истории.

*Анатолий Коробейников — член Совета Федерации от Правительства Ставропольского края, член Комитета по культуре, образованию и науке Парламентской Ассамблеи Совета Европы (ПАСЕ), доктор философских наук*

# Глава I

## О необходимости контроля за качеством развития и здоровья ребёнка в школьной среде

### Приоритеты образовательного процесса и реальная школьная практика

В действующем Законе «Об образовании» определены четкие приоритеты в строительстве образовательного процесса. Государственная политика в этой области в качестве первоочередной задачи выдвигает «приоритет... здоровья человека... и свободного развития личности». К сожалению, зачастую мы декларируем одно, а в педагогической практике делаем другое. В итоге — ни свободного развития личности в школе, ни здоровья.

Последние достижения отечественной и мировой психофизиологии, в т.ч. тридцатилетние исследования возрастной психофизиологии чувств, выполненные под нашим руководством, дают все основания утверждать: свободное развитие личности ребенка возможно только на основе свободы движений и чувственных впечатлений от образов мира в свободном пространстве, а также свободы выражения эмоциональных переживаний в руко- и речетворчестве. Мы можем с полной ответственностью утверждать, что только при таких условиях возможно раскрепощение телесных и духовных видовых потенциалов и, как следствие, свободное развитие личности, в том числе развитие здоровья как меры жизнеспособности ребенка.

А теперь задумаемся: откуда взяться «свободному развитию личности» ребенка, если урок построен на «обездвиженности» тела, укореняющей и поддерживающей его расслабление, косность и закрепощение всех моторно-реактивных процессов жизни?

Возможно ли «свободное развитие», если вместо эмоционально значимых образов и сюжетов живого мира детям предлагают познавать окружающую действительность только по мертвым буквам, цифрам, схемам?

Возможно ли «свободное развитие личности» ребенка, если из базового учебного плана давным-давно исчезло то, что одухотворяет («вочеловечивает») первичные инстинктивные чувства ребенка: трудовое, художественное, музыкальное воспитание, рукотворчество и даже речетворчество?

Известно, сколь велика роль образно «осязаемого» эмоционально значимого слова в духовном развитии ребенка. Более того, последние достижения в области квантовой генетики установили связь между словом и активностью генофонда. Следовательно, никакой бесполой дидактики, одинаковой для девочек и мальчиков, нет и не должно быть. А мы обучаем мальчиков в одних классах с более старшими по генетическому и духовному возрасту девочками! Можно ли вести речь о свободном развитии личности в этих условиях?

И наконец, о каком свободном развитии ребенка в школе можно размышлять, если все

базовые «интеллектуально-строительные» способности детей определяются техническим скоростным контролем (методическое письмо Министерства общего и профессионального образования РФ от 19.11.98 № 1561/14-15 «Контроль и оценка результатов обучения в начальной школе», подписанное М.Р. Леонтьевой)?! Надо ли удивляться, что, согласно другому официальному письму того же министерства (от 22.02.99 № 220/11-12), только спустя один учебный год у 60-70% детей возникают пограничные психические нарушения?! А впереди еще 8-10 лет такой умопомрачительной дидактики!

Между тем федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (от 30.03.99) вменяет (ст. 28):

а) в дошкольных и других образовательных учреждениях независимо от организационно-правовых форм должны осуществляться меры по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья обучающихся и воспитанников, в том числе меры по организации их питания, и выполняться требования санитарного законодательства;

б) программы, методики и режимы воспитания и обучения, технические, аудиовизуальные средства обучения и воспитания, учебная мебель, а также учебники и иная издательская продукция допускаются к использованию при наличии санитарно-эпидемиологических заключений о соответствии их санитарным правилам. К сожалению, отечественная школа строилась на других принципах. Многие из осуществленных во второй половине XX века «образовательных новаций» внедрялись без элементарного научного обоснования и санитарно-гигиенической экспертизы, т.е. административно, принудительно. В результате часть «школьных реформ» оказались чуждыми творческой, эмоциональной и моторной природе ребенка, а следовательно, никак не способствовали свободному развитию его личности. Перечислим некоторые из таких нововведений, дошедших до настоящего времени:

- игнорирование в учебном процессе творческого, эмоционально-смыслового правого полушария и опора преимущественно на информационно-программируемое левое полушарие (строительство отечественной школы на вербальной основе);
- исключение из базового учебного плана полноценного художественного, музыкального, трудового, патриотического воспитания и рукотворчества;
- внедрение бесполой дидактики, заглушающей адекватные природе пола чувственно-образные эмоциональные отклики, а в итоге — заглушающей развитие свойственных полувоображения, эмоций, фантазий, смыслов, т.е. пололичностной дифференциации;
- строительство учебного процесса в начальной школе на основе скорописи с помощью шариковой ручки и внедрение для детей стандартов чтения под секундомеры вне оценки индивидуальных ритмов осмысления прочитанного;
- замена ростомерной мебели на одномерную, замена оптимальной для зрительного восприятия наклонной поверхности рабочих парт на искажающую перспективу букв горизонтальную поверхность столов;
- замена оптимального электролампового освещения на негативное для мозга мелькающее люминесцентное;
- постоянно возрастающая информационная интенсификация учебного процесса.

Отметим, что и по сей день, как утверждает Татьяна Яковлева, председатель Комитета

Государственной Думы по охране здоровья, «несмотря на требования закона о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, экспертиза педагогических новаций не проводится». В результате «наблюдается рост заболеваемости у школьников, и особенно это касается первоклассников». А Ольга Шарапова, заместитель министра здравоохранения, в своих выступлениях приводит следующие данные. В России 25,3 млн. детей школьного возраста. Их зрелость перед поступлением в школу в 1990 г. по сравнению с 1980-м снизилась в два раза (!), уровни учебной нагрузки в школах завышены (в гимназиях и лицеях до восьми раз). Уровни физической активности учащихся в 2,3 раза ниже минимально необходимых, что обуславливает снижение мышечной силы на 18% и жизненной емкости легких на 15%. В результате за последние 10 лет число детей, страдающих сколиозом, выросло в 10 раз, а более 30% девушек и 50% юношей имеют заболевания, которые ведут к ограничению репродуктивных функций. Ольга Шарапова особо отмечает высокий рост психических расстройств и нервно-психических заболеваний среди школьников.

Официальную статистику подтверждают данные других исследователей. Так, Александр Баранов, директор Научного центра здоровья детей РАМН, утверждает, что сегодня в стране только 3 % здоровых детей. Причем мощнейшим фактором, порождающим нездоровье, по его мнению, является именно школьная среда.

Анатолий Ефимов, директор Института биомеханики, ва- леологических и реабилитационных технологий, провел собственные исследования: «За последние несколько лет мы осмотрели почти 300 000 учеников — преимущественно в нижегородских школах. Около 75% из них имеют нарушения опорно-двигательного аппарата, 54% — нарушения со стороны позвоночника (нарушения осанки, сколиоз 1-й и 2-й степени), 49% — плоскостопие, 14% — укорочение одной из ног, 12% — мышечную слабость, дефицит массы тела, около 9% — деформацию грудной клетки» и т. д.

### **Школьные стрессы и их причины**

Таким образом, современная школа стала средой, истощающей резервы жизни и пресекающей возможность здорового развития. А то, что дети систематически испытывает «школьный стресс», Всемирная организация здравоохранения констатировала еще в 1959 г. К сожалению, при наличии нескольких базовых академий у нас этой проблемой никто по-настоящему не занимался. Наши исследования позволяют утверждать: отечественная школа, где «образовательные новации» внедрялись без элементарного научного обоснования и санитарно-гигиенической экспертизы, в конце концов стала самой стрессогенной средой для ребенка. Структуру дидактогенных стрессов, в которых систематически пребывают дети в учебном процессе, можно представить следующим образом.

*1. Классическая сигнально-левополушарная (вербальная) основа строительства учебного процесса:*

- а) стресс, связанный с подавлением произвольно-волевой активности и рукотворческой деятельности;
- б) стресс, связанный с расщеплением и отчуждением эмоционально-творческого образного правого полушария от условно-сигнального — левого и связанное с этим за-глушение эмоционально-смыслового восприятия речи;
- в) стресс, связанный с расщеплением и отчуждением эмоционально-смыслового

переживания от произвольно-волевого созидания.

*2. Стресс закрепощения чувственно-информационных и нейромоторных ритмов в условиях систематической обездвиженности детей:*

а) напряжение от закрепощения общей телесно-моторной активности (гипокинетический стресс);

б) напряжение от закрепощения ориентировочно-поискового рефлекса из-за систематической обездвиженности головы;

в) напряжение от закрепощения энергоемких сканирующих и образовосоздающих зрительных ритмов за счет систематической точечной фиксации взора на текстовом поле букв в режиме ближнего зрения.

*3. Нарастающее в поколениях угасание способностей координации произвольных движений (усилий) в пространстве и как следствие:*

а) обращение к эмбриональным программам построения движений по принципу «все либо ничего»;

б) напряжение, связанное с исключением телесно-осевого баланса (стойки), градуирующего меру произвольных усилий во времени и пространстве.

*4. Напряжения, обусловленные грубыми нарушениями санитарно-гигиенических требований:*

а) оптико-рефлекторные — из-за перспективного искажения букв на горизонтальной поверхности столов;

б) позо-статические — из-за несоответствия размеров школьной мебели росту ребенка;

в) вызванные заменой электролампового равномерного освещения мелькающим — люминесцентным;

г) связанные с нарушением гигиенических и эргономических требований, предъявляемых к печатным текстам.

*5. Дидактогенные стрессы:*

а) стресс, связанный с отчуждением слов от чувственно осязаемых образов, в результате чего разрушаются сигнально-образные ассоциации и возникает смысловая неопределенность;

б) стресс от расщепления чувства и смысла (эмоционально-смыслового синтеза) и возникновения на этой основе эмоционально-смысловой неопределенности;

в) стресс фиксированных статических напряжений, возникающих при: безотрывном письме шариковой ручкой; ускоренном письме; ускоренном чтении;

г) стресс как следствие игнорирования базовым учебным планом необходимости формирования уверенной диалоговой речи, из-за чего ребенок пребывает в дидактогенной неуверенности и страхе.

*6. Стрессы бесполой дидактики и пололичностной диссоциации:*

- а) стресс, связанный с игнорированием различий эмоционально значимых особенностей воображения у мальчиков и девочек;
- б) стресс, возникающий из-за пололичностной дидактогенной (сигнально-образной) неопределенности;
- в) стресс, обусловленный уничтожением мужского начала в мальчиках перед более зрелыми по генетическому и духовному возрасту девочками.

7. Стресс, связанный с эмоционально-душевной депривацией (депрессией), заложенной в инструктивно-принудительной дидактике отношений между:

- а) авторитарным учителем и детьми;
- б) эгоцентрически сформированными детьми и учителем;
- в) авторитарными родителями, эгоцентрическими детьми и авторитарными учителями.

8. Стресс хронической чувственной депривации в условиях постоянного воздействия сенсорно обедненной учебной среды — комплекса факторов закрытых помещений и ограниченных пространств — депрессии-напряжения:

- а) тактильно-вегетативные;
- б) оптико-вегетативные;
- в) ауди-вегетативные;
- г) вестибуло-вегетативные;
- д) аромо-вегетативные.

Подробно данный вопрос рассмотрен в нашей работе «Школьный стресс и демографическая катастрофа России» (Базарный В.Ф., 2004). Здесь отметим лишь, что стресс, связанный с эмоционально-душевной депривацией (депрессией), заложенный в инструктивно-принудительной дидактике, сопровождает ребенка ежедневно в течение всего времени пребывания в школе.

В современных учебных заведениях вся полифония природных света, цвета, форм, красок, движений школьнику недоступна, а значит, его органы чувств находятся вне постоянной биогенетической реактивации. Известно, что если ребенка поместить в больничную палату, то у него уже через месяц наблюдаются глубокие негативные последствия «чувственного голода» и пробелы в интеллекте. Отсутствие притока к органам чувств естественной, природной полифонии всегда ведет к депривации. Мы отмечаем, что вне чувственной активности угасает реактивность генофонда. Вот почему за депривацией, как правило, следует депрессия, связанная с угасанием активности всех внутренних чувственных, а затем и моторно-вегетативных ритмов. Это известный феномен и заметим, что одним из последствий систематического воздействия стресса (и не только) является истощение («выгорание») нервной энергии, сопровождающееся увеличением щитовидной железы. А ведь, по данным директора НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НИЦЗД РАМН проф. В.Р. Кучмы (2005), в состоянии постоянного стресса пребывают 80% детей.

Суммируя вышесказанное, отметим: современная стрессогенная и здоровьеразрушающая школьная среда могла сложиться только потому, что у нас никогда не было системы контроля за самочувствием детей в учебном процессе, а в итоге — за качеством их свободного развития, в т.ч. физического, интеллектуального, психического, духовного и нравственного. Именно отсутствие такого контроля и породило ситуацию, при которой

педагогическое пространство уже давно превратилось в вечные инновации и «экспериментальные площадки», а по сути — в эксперименты над детьми. Вот почему разработка простых, доступных для массового внедрения критериев экспресс-диагностики самочувствия и качества развития детей под влиянием деятельности школы — задача сверхактуальная и неотложная.

Следует особо подчеркнуть: контроль за качеством психического, эмоционального и физического развития детей, в т.ч. под влиянием школьной дидактогенной среды — проблема уже давно не методическая, а организационно-управленческая. В частности, совместный Приказ Минздрава и Минобразования от 30.06.92 № 186/272-4305 детально определяет календарь осмотров детей, а также их методический арсенал. Но в данном приказе говорится и о том, что существующие профилактические осмотры, по сути, носят формальный характер: «При высоком общем охвате осмотрами (96—98% ) патологические состояния и заболевания среди осматриваемых детей выявляются в 9—6 раз реже, чем при целевых выборочных углубленных обследованиях детей. Сложившаяся система профилактических осмотров не позволяет выявить начальные стадии хронических заболеваний».

Разумеется, это происходит не только в силу отсутствия исполнительской дисциплины среди медиков (хотя и этот факт имеет место). Во-первых, каждый, кто знаком с детскими поликлиниками, знает, насколько сегодня перегружены врачи в работе с больными детьми. В этих случаях постоянный отрыв высококвалифицированных специалистов на осмотр больших потоков относительно здоровых детей — дело необдуманно затратное и, как показывает практика, малоэффективное.

Во-вторых, врач лечебной практики совершенно незнаком с содержанием и структурой школьных дидактогенных стрессов, негативно влияющих на здоровье детей в учебном процессе. Даже Госэпиднадзор давно смирился с тем, что в школе отсутствует ростомерная мебель! Смирился с тем, что школа насыщена технологиями и учебниками, не прошедшими гигиенической экспертизы. Вот почему, просмотрев тысячи относительно здоровых детей, врач, как правило, нацелен на выявление не факторов риска, не предзаболеваний, а клинически больных детей, которых следует лечить в условиях поликлиники или стационара.

В-третьих, на муниципальном и региональном уровнях не разработан действенный механизм оперативного «рабочего» взаимодействия ведомств (органов образования, здравоохранения, культуры, физической культуры и т.д.), имеющих прямое отношение к качеству развития детей, в т.ч. под влиянием методики образования. Вот почему результаты профосмотров не анализируются и не связываются с качеством организации учебного процесса в школах, в т.ч. с эффективностью проводимых профилактических мероприятий. Не анализируются сравнительные данные осмотров в образовательных учреждениях, городах(районах)и т. д.

Отсутствие сравнения таких данных не позволяет морально и материально стимулировать тех руководителей образовательных учреждений и учителей, которые уделяют больше внимания сохранению здоровья учащихся и у которых дети имеют лучшие показатели динамики развития и здоровья за учебный год.

В результате столь важное дело — профилактический осмотр детей — превращается в

формальное, ничем не мотивируемое и мало кому нужное мероприятие.

И тем не менее совместный Приказ Минздрава и Минобразования от 30.06.92 № 186/272-4305, а также Приказ Минздрава № 60 (от 14.03.95) дают действенный рычаг для контроля за качеством развития детей, в т.ч. и в образовательных учреждениях. Согласно этим приказам всех детей следует углубленно осматривать: перед поступлением в детское дошкольное учреждение; за год до его окончания; перед поступлением в школу; спустя первый учебный год; после 3 лет обучения и т.д. Полученные сведения достаточно сравнить между одновозрастными группами детей, обучающихся в разных школах, и мы получим достоверные данные о работе учителя и педколлектива по сохранению и развитию здоровья детей, о качестве проводимых профилактических мероприятий и о том, как разные учебные заведения борются с сугубо школьными формами патологии (близорукостью, нарушением осанки, нервно-психическими нарушениями и т.д.). Эти данные необходимы для внесения необходимых коррективов в методику обучения детей.

Учитывая принципиальную значимость вышеупомянутых документов для организации этой важной работы, а также, как показала наша практика, слабое информирование о них не только работников образования, но и медиков, мы приводим в Приложении 1 полный текст приказа № 186 и некоторые избирательные положения из приказа Минздрава № 60.

## Глава II

### Ранние произвольно-волевые телесные усилия и рукотворчество как основа свободного развития детей

Контроль и методы оценки

#### Фундаментальная роль мышечного чувства в духовном развитии ребенка

Как отмечалось выше, Федеральный закон «Об образовании» ориентирует школу на «свободное развитие личности» ребенка. Понятие «свобода» издавна употребляется в поэтической, политической, философской и даже революционной лексике. Но что есть свобода развития ребенка? Трудно найти понятие, которое было бы так мало разработано и исследовано с естественно-научных позиций, и прежде всего — с биогенетических и психофизиологических.

Наш опыт позволяет утверждать: категория свободы — основополагающая видовая категория духа, отражающая меру отрыва людей от своей низшей животной природы, в т.ч. от своего первичного инстинктивного страха. Свобода людей — это высвобождение и возвышение духа над диктатом низшей инстинктивной природы. Именно категории свободы-несвободы определяют меру отрыва от животного ситуативного мировосприятия, определяют меру истинности протяженного во времени и пространстве внутреннего духовного мироотражения. С этих позиций свобода есть прежде всего свобода адекватного истине образного мыслетворчества.

Но категории свободы духа и мыслетворчества никак не следуют из тех ценностей, на основе которых выстроено здание современной школы, — из всех мыслимых и немыслимых сумм механически заученных знаний. Мыслетворчество — это итоговая категория запечатленного и преображенного личного телесно-чувственного опыта. **Мыслетворчество для ребенка — всегда результат телесно-моторного творчества, и прежде всего рукотворчества и речетворчества.**

Истинное творческое мышление у каждого человека, и особенно у ребенка, всегда работает на интуитивном алгоритме «озарения — прозрения». Почвой же для зарождения и укоренения подобной способности является выстроенная своим телом и руками опытная чувственно-мышечная (кинестетическая) модель мира. Вот почему ребенок изначально рукотворец, творец слова, творец своей духовной природы.

Но путь овладения свободой рукотворчества (а в итоге мыслетворчества) для каждого ребенка долог и труден. Вспомним младенца, который пытается выполнить свое первое целенаправленное усилие — дотянуться рукой до яркой и привлекательной игрушки. Тело малыша охвачено запредельным мышечным напряжением. До этого лежавший спокойно, он превращается в одну сплошную напряженную мышцу, которая в судорожных взрывах пытается локализовать себя относительно игрушки. Множество залпово-взрывных импульснопоисковых «недолетов-перелетов» совершит ручонка малыша, прежде чем цель будет достигнута. И наконец, ура! Победа! Такая желанная и долгожданная игрушка в руках!

Лицо малыша, доселе напряженно-скованное, засияет внутренним одухотворенным светом и свободой.

В этот момент мы стали свидетелями поистине всемирно- исторического эволюционно значимого процесса — процесса вынесения и локализации телесно-мышечного (кинестетического) чувства за пределы проекции своего тела за счет наложения его на дистантный образ с передачей телесного чувственно-мышечного знака дистантному сканеру — зрительному анализатору. Так начинается долгий и трудоемкий процесс духовного роста ребенка — формирование синтетического зрительного (видимого) с телесно-мышечным (невидимым) ощущением мира, а также кодирование усвоенных опытным путем чувственных знаков в звуковом диапазоне (с помощью слов).

**Базовым же механизмом духовного роста ребенка, а в конечном счете человека, всегда является совершенствование телесно-мышечного (проекционно-кинестетического) чувства образности мира. А главной движущей силой такого роста являются произвольно-волевые усилия по освоению пространства и рукотворному преобразению образов мира с последующим кодированием впечатленных образов в слова.**

**Вот почему мерой свободы духовного роста ребенка является высвобождение движений-действий из-под затемняющей образное мироотражение мышечной судорожности, которая всегда замыкается на спинной мозг, а поэтому имеет импульсно-рефлекторный характер — «все либо ничего». «В конечном счете свобода духовного развития ребенка есть мера трансформации судорожной импульсно-поисковой моторной реакции тела в пластику (волну) произвольно-волевого ритма» (В.Ф. Базарный, 1986-2004).**

Заметим: фундаментальную роль мышечного чувства в духовном развитии ребенка первым отметил основоположник отечественной психофизиологии И.М. Сеченов. Его гениальные работы: «Рефлексы головного мозга», «Учение о несвободе воли с практической стороны», «О предметном мышлении с физиологической точки зрения», «Участие нервной системы в рабочих движениях человека», «Участие органов чувств в работах рук и зрячего и слепого», «Элементы мысли» — казалось бы, должны были стать научным фундаментом для развития отечественной психологии, в т.ч. строительства отечественной школы. К сожалению, этого не произошло. В результате современная школа раскрывает 5-7% творческих способностей детей, а точнее, «закрывает» 93-95% таких способностей.

И.М. Сеченов утверждал: только с реального движения (усилия) ребенка начинается раскрепощение всех его психофункциональных способностей. Только с движения начинается процесс зарождения собственных мыслей. «Все бесконечное разнообразие внешних проявлений мозговой деятельности сводится окончательно к одному лишь явлению — мышечному движению. Смеется ли ребенок при виде игрушки, улыбается ли Гарибальди, когда его гонят за излишнюю любовь к родине, дрожит ли девушка при первой мысли о любви, создает ли Ньютон мировые законы и пишет их на бумаге, — везде окончательным фактом является мышечное движение. Чтобы помочь читателю поскорее помириться с этой мыслью, я ему напомню рамку, созданную умом народов и в которую укладываются все вообще проявления мозговой деятельности, рамка эта — слово и дело. Под делом народный ум разумеет, без сомнения, всякую внешнюю механическую деятельность человека, которая

возможна лишь при посредстве мышц. А под словом уже вы, вследствие вашего развития, должны разуместь, любезный читатель, известное сочетание звуков, которые произведены в гортани и полости рта при посредстве опять тех же мышечных движений ». И наоборот: «.. Мышечное ощущение чисто субъективно — оно доходит до сознания в форме какого-то усилия».

При этом великий ученый отмечал, как долог и труден путь к овладению свободой руко-, а в итоге — духотворчества. И этот процесс, как и у младенца, начинается с эмбрионального разлитого по телу чрезмерного мышечного усилия-напряжения: «Кто видал начинающих учиться играть на фортепиано, тот знает, каких усилий стоит им выделение гамм. Бедняк помогает своим пальцам и головой, и ртом, и всем туловищем. Но посмотрите на того же человека, когда он развился в артиста. Пальцы бегают у него по клавишам не только без всяких усилий, но зрителю кажется даже, что движения эти совершаются независимо от воли, — так они быстры. А дело ведь и здесь в привычке...».

А теперь представим, что перед начинающим пианистом поставили секундомер (метроном), ритм которого во много крат превышает мыслительные способности головы и моторные способности пальцев. Что будет чувствовать юный музыкант? Во-первых, мы введем в продолжающееся во времени мышечное напряжение не только руку, но и все тело. Во-вторых, мы закрепим и укореним судорожно-напряженный (стрессогенный) стереотип работы кисти и руки.

Заметим, что другой выдающийся отечественный физиолог Н.А. Бернштейн (1947) отмечал, что овладение свободой почерка — процесс более сложный, чем овладение свободой игры на музыкальных инструментах.

Выполненные нами исследования убедили: изначально укорененный напряженно-закрепощенный стереотип усилий (движений, действий) отныне всегда будет проявляться в любых формах телодвижений-телоусилий: в походке, в жестах, в мимике, в рукотворчестве (почерке, рисунке), в речетворчестве, т.е. становится внутренним закрепощенно-реактивным стереотипом мыслетворчества. И дело здесь не только в заглушении свободы мыслетворчества. Трагедия духовного развития детей усугубляется и следующим обстоятельством.

Еще в 30-е гг. XX столетия Ганс Селье (1960) установил, что продолжающееся во времени мышечное напряжение есть стресс-напряжение с его трагическими последствиями на гормонально-эндокринные и клеточные системы. Он выявил, что зафиксированное мышечное напряжение оказывает такое же деструктивное влияние на организм, как и острое отравление ядами.

Действительно, при таком мышечном напряжении блокируется система микроциркуляции (Ж. Шеррер, 1973). В итоге происходит сбой в системе отведения и выведения из организма продуктов обмена и распада тканей. В организме накапливаются недоокисленные радикалы, и постепенно наступает самоотравление организма.

Известно, что в передаче нервного импульса большую роль играют ионы кальция. При этом они являются ионами лишь в том случае, если мышцы работают в таком режиме, при котором за мышечным сокращением следует микропауза (расслабление). Для этого следует

совершать ритмические усилия, что возможно, например, при перьевом каллиграфическом письме. Если же усилию придать пролонгированное во времени мышечное напряжение (например, при письме шариковой ручкой), то ионы кальция начинают выпадать в осадок и далее в необратимые соли — шлаки. Именно этим обстоятельством можно объяснить рост у детей болезней, характерных для стариков. Это невриты в пишущей руке, артрозы, остеохондрозы, атеросклероз сосудов, а в итоге — гипертоническая болезнь и даже... инфаркты и инсульты.

**Ясно одно: никакими дополнительными уроками физкультуры (хотя и они будут нелишними), никаким питанием, никакой экологией, никакими материальными благами детей (а в итоге — народ) не спасти, если радикально не изменить укоренившиеся принципы учебной эргономики, в том числе методы организации и проведения урока.** А это возможно лишь при радикальной корректировке целей и задач отечественной школы, в т.ч. замене существующей технологической базы обучения детей.

### **Стресс-напряженность при письме**

Почему многие дети при письме недопустимо низко склоняются над столом? Об этом феномене специалисты знают давно. Очевидно, что при систематическом поддержании такой «учебной» позы она закрепляется в стойкий моторный навык, а точнее, в устойчиво согбенный моторно-напряженный динамический стереотип. Понятно, что в этих условиях происходят необратимые деформации в развитии тела и позвоночника, в т.ч. необратимые патологические процессы на системно-функциональном и клеточном уровнях, а также развитие патологии внутренних органов и зрения.

Большинство исследователей сходились во мнении, что причиной «согбенной спины» являются гигиенические условия обучения (недостаточная освещенность, несоответствие мебели росту учащихся и т.д.). Специалисты возлагали надежды на освещенность рабочего места школьника и разработку ростомерных парт. Фактически в данном направлении и шло развитие школьной гигиены в прошлом столетии.

Впрочем, специалисты вскоре убедились: ни подбор ростомерных парт, ни достаточная освещенность существенно не повлияли на согбенную позу детей при письме, а значит, эти факторы не предупреждали развитие школьной патологии, в т.ч. школьных сколиозов и близорукости. Отчаявшись изменить трагическую ситуацию, в 80-е гг. XIX в. гигиенисты предложили размещать между столом и подбородком упоры- подбородкодержатели (Гефферт, Сеннекен), а также упоры между столом и лбом (Кальман). Но спустя 2 года выяснилось, что у детей наблюдается деформация лицевой части черепа. Естественно, от костылей-упоров отказались. А вскоре махнули рукой и на ростомерную мебель. Согбенно-напряженная поза детей при письме так и осталась для науки непроявленным феноменом, бороться с которым практически невозможно.

В итоге каждое поколение учащихся продолжало все ниже и ниже сгибаться за партой, деформируя развитие внутренних органов, зрения и позвоночника, на который «замыкаются» все вегетативные системы жизнеобеспечения.

В 70-х гг. XX в. под нашим руководством на базе СО РАМН были начаты систематические исследования по изучению данного феномена. Раскрытию причин

согбенности детей при письме посвящена целая серия диссертационных исследований, которые обобщены в нашей монографии «Зрение у детей. Проблемы развития» («Наука», СО, 1991). С широких психофизиологических позиций чрезмерно низкое склонение детей при письме отражает неоформленность видовой телесной стойки, в т.ч. произвольно-волевых координаторных способностей тела, а также неоформленность рукотворческих способностей. В этих условиях ребенок вынужден обращаться к самым древним, эмбриональным уровням построения движений, замыкающихся на спинной мозг и организованных по импульсно-рефлекторному принципу «все либо ничего». С этих же позиций чрезмерно низкое склонение детей при письме отражает неоформленность базового синтетического зрительно-ручного чувства, на основе которого «вырастают крылья» творческого воображения.

Значительную роль в поддержании ребенка в согбенной позе при письме привносит сам факт сидячей позы. В таком случае выключается телесная ось — исходный гравитационный баланс, с которого начинает оформляться «метрическая» шкала соизмерения и дозирования произвольно-волевых усилий тела, в т.ч. оформляться синтетическое зрительно-ручное чувство.

Погружению детей в режим стресс-напряженности и согбенности способствует переход на скоропись (вместо постепенного формирования пластического, лишённого судорог-зажимов почерка).

Определенную роль здесь играют и такие факторы, как игнорирование пололичностного воображения детей. В таком случае учета индивидуальной психомоторной зрелости каждого ребенка не происходит, а следовательно, школа игнорирует свою главную доктрину — лично ориентированный подход к образованию детей.

Замена наклонной поверхности парт на горизонтальную поверхность столов также способствует закреплению согбенной позы, поскольку в этом случае возникает эффект перспективного искажения букв и т. д.

Как отмечалось выше, согбенность детей есть внешнее выражение их системной нейромышечной напряженности (закрепощения и несвободы) тела. И, как выявил Ганс Селье, эта напряженность оказывает такое же деструктивное влияние, как и стресс, в т.ч. и как острое отравление ядом. Выполненными исследованиями установлено, что систематическое пребывание ребенка в согбенно-напряженном, закрепощенном состоянии быстро истощает симпатико-адреналовую систему, играющую фундаментальную роль в психическом и телесном развитии, в т.ч. в поддержании иммуннозащитных сил организма. Вот почему принятие всех мер по пресечению данной аномалии есть первостепенная задача педагогического коллектива школы, в т.ч. и медиков.

## **Методы измерения уровня стресс-напряженности детей при письме**

### **Коллективный метод оценки**

Для групповой экспресс-оценки распространенности и степени выраженности стресс-напряженности (согбенности) детей при письме мы рекомендуем использовать метод

фотографирования.

В момент фотографирования все дети обязательно должны что-нибудь писать под диктовку учителя. Фотограф становится сбоку и делает 2-3 «боковых» снимка. На снимках легко определить, кто при письме поддерживает корпус тела прямо (таких либо единицы, либо вовсе нет), а кто и на какой угол наклоняется над столом. Угол наклона определяется между условной линией, проведенной от лба до центра сидения и перпендикуляром, опущенным на центр сиденья (рис. 1).

Установлено: степень наклона соответствует степени незрелости телесно-чувственной координации, в т.ч. чувства зрительно-ручной координации и, как следствие, степени стресс-напряженности школьника. Основное назначение снимков — оценивать динамику стресс-напряженности по зрительной рабочей дистанции в зависимости от эффективности принимаемых физиолого-эргономических, гигиенических и психолого-педагогических мер.

#### Индивидуальный метод оценки

Ребенка просят писать под диктовку. Исследователь становится сбоку и с помощью сантиметровой линейки измеряет расстояние от переносицы до кончика ручки. Оценивается и фиксируется самое минимальное расстояние между лбом (переносицей) и тетрадью, на которое склоняется ученик. Для повышения точности измерений можно использовать 2 линейки, размещенные по отношению друг к другу перпендикулярно. При этом одна скользит относительно другой (рис. 2).

Меры, ослабляющие стресс -напряжение детей при письме:

- запрещение скоростного подхода к чтению — письму<sup>1</sup>;
- овладение письмом на первоначальном этапе с помощью перьевой ручки, позволяющей постепенно выработать свободу (автоматизм) письма, отличительными признаками которой являются уверенность, ритм усилий-расслаблений, а также графическая пластика;
- использование в процессе овладения почерком художественно-образных прописей (В.Ф. Базарный, 1996);
- активное развитие различных художественно-творческих способностей руки (рисование, лепка, конструирование ит.д.);
- активное развитие глазомера, например с помощью различных столярных работ (для мальчиков), вязания, вышивания (для девочек);
- расширение игровых форм физической культуры, в которых активно развиваются координация тела и глазомер (лапта, баскетбол, волейбол, футбол, городки, кольцеброс и т.д.);
- строительство учебного процесса в режиме телесной вертикали (динамических поз). Достигается с помощью специальной мебели (конторок), позволяющей писать в положении стоя (В.Ф. Базарный, В.А. Гуров, Л.П. Уфимцева, Э.Я. Оладо, 1979-1989);
- раздельное обучение мальчиков и девочек в параллельных классах, понижающее уровень напряженности мальчиков при «гонке» за более старшими по генетическому и духовному возрасту девочками, а также за счет проведения урока с использованием слов,

---

<sup>1</sup> - Первым руководителем системы образования, который приказом запретил дидактическое «безумие» — заставлять детей читать и писать под секундомеры, — стал министр образования Ставропольского края А.Е. Шабалдас.

адекватных «мужской» (для мальчиков) и «женской» (для девочек) эмоциональным сферам и соответственно «мужскому» и «женскому» генетическим чувственно-образным архетипам;

— исключение авторитарных подходов в обучении детей, переход на эмоционально-мотивированное преподавание;

— утверждение партнерских уважительных отношений между учителем и учениками;

— повышение уровня профессионального мастерства учителей и т. д.



Рис. 1  
Методика измерения угла  
наклонения корпуса, в градусах

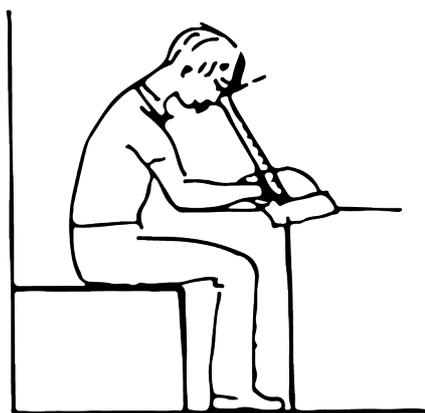


Рис. 2  
Методика измерения угла  
наклонения корпуса, в см

### **Методы анализа базовых психомоторных («интеллектуально-строительных») функций**

#### **Методы анализа графической свободы (почерка)**

Известно, что графологический анализ почерка основательно разработан в судебно-психиатрической практике. Для нашей цели необходимы несколько иные акценты. В частности, фундаментальными характеристиками, отражающими моторную свободу руки при письме, являются:

- а) пластика почерка;
- б) ритм почерка;
- в) соразмерность букв;
- г) способность чувствовать и поддерживать построчный горизонт (имеется в виду при письме на чистом листе, лишенном метрических линий).

Пластика. Оценивается следующим образом. В написанном под диктовку небольшом тексте (в пределах 2-3 строк) находят слово, написанное наиболее «корявым», угловатым почерком. Далее в каждой букве подсчитывают количество «изломанных», угловатых фрагментов. Общее количество таких угловатостей в слове делят на количество

составляющих букв и получают среднее число импульсно-судорожных моментов (рис. 3).

В педагогически умело оформленном, свободном (пластическом) почерке таких угловатостей не должно быть вовсе (рис. 4).

Отметим, что на рисунках приведен почерк детей из параллельных классов одной школы. Различия же состоят в том, что в одном случае ученик овладевал графическими навыками с помощью перьевой ручки (рис. 4), в другом — с помощью шариковой (рис. 3).

Ритм. В написанном тексте выделяют одну строку и между смежными буквами делают вертикальную штриховку. После этого с помощью циркуля отбирают 3 самых коротких и 3 самых длинных межбуквенных расстояния. Анализируется лишь расстояние между односложными буквами (например, о, п, у, к и т.д.). Зрелым ритм считается, если между буквами выдержан одномерный ритм (разница не более 1 мм). Если же разница в ширине букв составляет от 1,1 до 2 мм — это умеренно незрелый ритм; если более 2 мм — это выражение неоформленный ритм (рис. 3).

Соразмерность высоты букв. С помощью циркуля на одной из строк измеряют 3 самые «высокие» буквы и 3 — самые «низкие». Соразмерность оформлена, если все буквы равны (разница не более 1 мм). Если разница в высоте букв составляет от 1,1 до 2 мм — это умеренное нарушение чувства соразмерности; если от 2 мм и выше — выраженное.

Построчный горизонт. Оценивается по степени отклонения написанной строки от горизонтальной линии. Построчный горизонт считается оформленным, если конец строки не выходит за уровень горизонта более, чем на высоту одной буквы. Если это отклонение в пределах более высоты одной буквы, но менее двух букв — это умеренное нарушение оформленности чувства горизонта. Если же такое отклонение больше, чем высота двух букв, — это выраженное нарушение чувства горизонта.

#### Методы анализа речетворческой свободы

Для оценки эффективности работы школы по формированию у детей речевой свободы учащемуся предлагается:

- а) рассказать о себе, своей семье, своих друзьях и о школе;
- б) прочитать заданное стихотворение.

Весь процесс речи необходимо записать на магнитофонную ленту либо, что еще лучше, на видеокассету. В последующем анализ ведется по следующим направлениям.

Свобода речи. Оценивается по присутствию либо отсутствию в речи зажатости (напряженности). Свобода речи оценивается по трёх- либо пятибалльной шкале. При трехбалльной:

- а) речь свободна, пластична, ритмична;
- б) речь умеренно зажата;
- в) речь выражение зажата, напряжена, импульсивна.

Эмоциональность речи. Оценивается по адекватности и полноте эмоционального сопровождения смысловых выражений. Различная степень эмоциональной свободы оценивается по уровню артистичности речи:

- а) речь свободна, художественна, артистична;

- б) в речи эмоциональное сопровождение не адекватно смысловому выражению;
- в) речь либо монотонна, неэмоциональна, либо, наоборот, неадекватно эмоциональна.

Творческая образность речи. Оценивается по тому, как использует образно-символический язык (метафоры) для выражения своих мыслей школьник:

- а) может свободно выражать свои ощущения (мысли) на образно-символическом языке;
- б) может выразить свои ощущения (мысли) на образно-символическом языке только после дополнительного объяснения и подсказок;
- в) строит свою речь только на основе заученных слов и оборотов.

Кроме вышеотмеченного, свобода речи оценивается и в спектре логопедического неблагополучия и логопедических нарушений:

- а) заметная напряженность речи (судорожность, импульсивность);
- б) проглатывание отдельных букв;
- в) звуковое невыговаривание отдельных букв;
- г) заикание и т.д.

В ходе исследований установлено, что энергоинформационная «сборка» тела и укорененность его в режиме телесной вертикали (в «соборности») — это укорененность эмоциональной и нервно-психологической стойкости, в т.ч. обретение устойчивости к различным неблагоприятным факторам внешней среды и стрессам. В частности, В.А. Гуровым (1995) установлено, что среди детей и подростков, занимающихся в режиме телесной вертикали (организации учебного процесса в движении и за специальной мебелью — конторками), проявления нервно-психических срывов, агрессии и даже « междуусобных войн» (драк) было в 5-6 раз меньше, нежели в смежных классах.

Именно с этих позиций мы объясняем тот быстрый и поражающий эффект комплекса антистрессорных упражнений (метод «Ключ»), разработанных известным в стране психиатром Х.М. Алиевым. Каждый психолог, работающий с детьми (да и со взрослыми), просто обязан овладеть этим методом. Овладение антистрессорным методом психической саморегуляции Х.М. Алиева — путь быстрого выведения людей из последствий стресса, в котором сегодня, к сожалению, пребывает подавляющее большинство детей и взрослых.

С другой стороны, укоренение тела в режиме телесной вертикали — стратегический путь повышения стрессоустойчивости больших коллективов людей и даже народа в целом.

Диктант.  
Тёплый день.  
Настал май. Был  
тёплый день. Мама и се-  
мья поехали на курорт. Там  
малышки играли.  
Оля ходит в школу.  
Мама Ева.  
Белка.

Рис. 3

25 апреля.  
Диктант.  
Тёплый день.  
Настал май. Был  
тёплый день. Мама и  
семья поехали на курорт.  
Там малышки играли.  
Оля ходит в школу.  
Мама Белка

Рис. 4

## Глава III

### О творческом и инструктивно-программируемом интеллекте

Контроль за качеством развития творческих способностей ребенка

#### **Негативное влияние современных школьных методов на формирование и развитие творческих способностей детей**

Анализируя динамику детского художественного творчества, видные специалисты в этой области еще в 50-е гг. XX столетия говорили о том, что нынешняя цивилизация, с ее ценностями и методами, попала в глобальный кризис, который грозит человечеству видовой катастрофой. В частности, проф. Иттен<sup>1</sup> — известный швейцарский педагог, участница международных совещаний в Лунде (1955) и Гааге (1957), оценивая весь комплекс симптомов угасания художественно-творческих способностей у детей и связанную с этим перспективу эволюции нашего сознания, заявила: «Человечество в своем развитии зашло в тупик».

Мадлен Вельц Пагано (1955) пошла еще дальше, утверждая, что все эти симптомы отражают разразившийся в человеческой популяции невиданный до середины XX столетия процесс «расчеловечивания» человека.

Тревога, чувство обреченности и растерянности усиливались от съезда к съезду, от конференции к конференции. В итоге Луи Машар (1955), оценивая всю ситуацию с угасанием художественного воображения у детей, пришла к неумолимому выводу о надвигающейся всеобщей трагедии — трагедии искажения духовно-психического лика человека в современной технической цивилизации.

Характерны в этом отношении заключительные слова президента общества ИНЗЕА, доктора Эдвина Зигфельда (США), и члена Совета 2-й Генеральной ассамблеи в Гааге Озамо Нури (Япония), которые выразили общее мнение о судьбе цивилизации: «Что бы ни принесло будущее человечеству, художественное воспитание по существу является единственной гарантией, что потрясенное человечество сможет укрыться от тех страшных бурь и катастроф, которые грозят поглотить целые цивилизации».

К сожалению, обращение Международной конференции по народному просвещению к министрам народного образования мирового сообщества, состоявшееся в Женеве (1955), так и осталось невостребованным.

В конце концов западный мир решил, что все это «расчеловечивание» — неизбежное следствие технического прогресса, против которого «не попрешь». Отечественная же угодливо заполитизированная официальная психологическая наука решила: все это кризис «буржуазной этики», не имеющий к нам никакого отношения.

Выполненные под нашим руководством исследования в области динамики детского воображения и художественного творчества убедительно показали, что «расчеловечивание» вызвано не техническим прогрессом, а вербальной (внечувственной, «безрукой», книжно-

<sup>1</sup> Здесь и далее цит. по Г.В. Лобунской (1995).

сидячей и т.д.) методикой образования. Все дело в том, что творческое воображение — это фундамент, на основе которого формируется ум ребенка. Причем творческий ум не дается в готовом виде: он, как духовный привой, возвращается долгими кропотливыми усилиями взрослых и самого ребенка.

Наши многолетние исследования в этом направлении убедили в главном: творческое воображение и творческий ум не развиваются с помощью тех методических приемов, на основе которых работает современная школа и которые сориентированы на принудительно-инструктивную информатизацию ребенка (получение знаний на основе дисциплины, прилежания и послушания). Именно этим обстоятельством мы и объясняем, почему только за трехлетний период школьного так называемого образования детей различные характеристики творческого воображения (творческого ума) угасают в 2-6 раз.

Речь идет о духовном (воображаемом) переживании пространства и времени, образной целостности и протяженности мира, в т.ч. логики происходящих в нем событий, и т.д., т.е. фактически о том, что под воздействием инструктивно-программирующей информатизации ребенка, не мотивируемой смыслом, эмоциями, чувствами, активностью тела, происходят глубокие психогенетические процессы перерождения изначального творчески поискового, эмоционально значимого ума в инструктивно-программируемый интеллект, отключенный от эмоциональной сферы (души), т.е. «охлажденный». И не случайно подростков с неразвитым, лишенным чувств интеллект называют «отморозками».

Творческий ум — это ум, который в своей работе опирается на предшествующие эмоциональные («горячие») впечатления, а также преобразованные в рукотворчестве и глубоко ассоциированные со словами образы мира. Это такое мысле-творчество ребенка, которое опирается на внутреннюю активацию эмоциональной сферы (души — на христианском языке) и переживается в виде «озарения», «прозрения», «откровения», «одухотворения» и т.д. Установлено, что в основе творческой работы ума лежит единственно универсальная способность людей, которая формируется только на этапах раннего детства и которая возвысила нас над миром животной жизни. Это духовное переживание будущего за счет творческого воображения. На христианском образно-символическом языке — это свободный полет в будущее на крыльях Творца.

Наши исследования показали: творческие способности ребенка (воображение, творческий ум) — это тот «золотой ключик», с помощью которого открывается вековая тайна свободы и несвободы (рабства) людей. В конечном счете мера свободы людей как раз и определяется мерой сформированной в детстве свободой «полета» во времени и пространстве на крыльях творческого воображения. Для творческого ума также характерны:

- яркость и художественная образность мышления и речи;
- богатство и разнообразие художественных и конструктивных творческих способностей, в т.ч. и решений любых проблемных ситуаций.

К сожалению, наша школа никогда по-настоящему не была сориентирована на развитие у детей именно творческого ума. Учебные заведения не имели и методов оценки и анализа формирования у детей под воздействием педагогической деятельности либо творческого ума, либо инструктивно-программируемого интеллекта. Предлагаем собственные подходы к оценке творческого ума воспитанников школ.

## Методы оценки динамики мыслетворческой свободы детей

Наш почти 30-летний опыт исследований в области возрастной психофизиологии зрения позволяет предложить следующие принципиальные подходы оценки качества развития мыслетворческих способностей ребенка (ученика).

Изложение услышанной или прочитанной сказки (рассказа) в рисунках.

Как показал опыт, дети с удовольствием работают со сказками А.С. Пушкина: «Сказка о мертвой царевне...», «Сказка о рыбаке и рыбке», «Сказка о царе Салтане...». Учитель (или психолог) читает детям одну из названных сказок. Затем ребятам предлагается «пересказать» все услышанное в рисунках.

Рассмотрим этот процесс на примере «Сказки о мертвой царевне и семи богатырях...». В этом произведении «вырисовываются» следующие эмоционально значимые сюжеты (сцены), которые можно выразить в рисунках:

1. Отъезд царя. Рождение царицей дочери (царевны) и одновременная ее смерть.
2. Царь женится на другой — гордой, надменной, «ломливой», которая постоянно красуется перед зеркальцем.
3. Царевна выросла и готовится выйти замуж за королевича Елисея. Красование мачехи перед зеркальцем, которое указывает, что отныне не она, а «царевна всех милее».
4. По приказу мачехи Чернавка отводит в темный лес царевну и там ее оставляет.
5. Царевна находит дом семи богатырей.
6. Возвращение богатырей, их встреча с царевной. Богатыри делают предложение царевне стать невестой одного из них. Признание царевны, что она — невеста королевича Елисея.
7. Богатыри на охоте.
8. По приказу мачехи Чернавка находит дом, в котором живет царевна, и бросает ей отравленное яблоко. Попытки пса спасти царевну безуспешны. Царевна откусывает яблоко и умирает.
9. Богатыри кладут царевну в хрустальный гроб и помещают его в пустую гору. Королевич Елисей на коне ищет царевну, поочередно обращаясь то к солнцу, то к месяцу, то к ветру с просьбой подсказать, где находится его невеста. Ветер подсказывает ему.
10. Королевич Елисей въезжает в пещеру, разбивает хрустальный гроб. Царевна оживает. Королевич с царевной возвращаются домой.
11. Свадьба королевича Елисея и царевны; смерть злой мачехи.

Таким образом, наиболее полно эту сказку можно выразить в пределах 10-12 эмоционально значимых сюжетов-образов. Если дети изобразили сюжет сказки примерно в  $\frac{2}{3}$  этого числа, то это указывает на хорошо развитое воображение. Если в пределах менее  $\frac{2}{3}$ , но более  $\frac{1}{3}$  от всего числа сюжетов-образов — это указывает на удовлетворительное воображение. И наконец, если дети изобразили менее  $\frac{1}{3}$  рисунков от числа сюжетов, то это указывает на недостаточное развитие творческого воображения.

Для более глубокого (научного) анализа состояния творческого воображения нами разработана специальная программа.

## Методика оценки уровня развития психомоторной сферы и характеристик творческого ума ребенка

### Образная емкость

Мера (полнота) образного отображения эмоционально обозначенных сцен событийного ряда заданной сказки оценивается по удельному весу:

$$OE = \frac{X}{Y} \times 100 \%, \text{ где:}$$

OE — образная емкость, %;

Y — число эмоциональных сцен в заданной сказке;

X — число отображенных в рисунках сцен.

Качественно образная емкость оценивается по следующей шкале:

до 33% — образная емкость низкая;

33-66% — образная емкость средней степени;

66% и выше — образную емкость можно считать высокой.

### Способность к творческому обобщению и целостному отображению сюжетов

**Способность представить событийность в обобщенном художественно целостном плане:**

1 — отсутствует;

2 — слабо выражена;

3 — выражена умеренно;

4 — можно считать зрелой;

5 — ярко выражена.

**Творческое воображение** (способность к композиционно новым, творческим решениям во времени и пространстве):

1 — отсутствует;

2 — слабо выражено;

3 — выражено умеренно;

4 — можно считать зрелым;

5 — ярко выражено.

**Чувство фантазии** (отображение выдуманных фантастических образов и сюжетов):

1 — отсутствует;

2 — слабо выражено;

3 — выражено умеренно;

4 — можно считать зрелым;

5 — ярко выражено.

**Чувство времени** (мера хронологической последовательности в воспроизведении заданного в сказке причинно-следственного строя):

1 — отсутствует;

2 — слабо выражено;

3 — выражено умеренно;

- 4 — можно считать зрелым;
- 5 — совершенно.

**Чувство пространства** (глубина и ширина отображения в рисунке пространства мира — «круг внимания»):

1 — отсутствует: предметы отображены в пределах ближайшего окружения (например, в пределах телесной «контактности»);

2 — слабо выражено: обзор предметов в пределах пространства комнаты, игровой площадки;

3 — выражено умеренно: обзор предметов в пределах ближайшего к дому (улице) окружения;

4 — можно считать зрелым: предметы размещены в режиме зрительного горизонта (горы, облака, дальний лес и т.д.);

5 — совершенно: предметы размещены за пределами зрительного горизонта.

**Чувство перспективы:**

1 — отсутствует;

2 — обратная перспектива;— линейная перспектива слабо выражена;

3 — линейная перспектива умеренно выражена;

4 — линейная перспектива хорошо выражена.

**Обращенность психоэмоциональной (моторной) экспрессии:**

а) чувство внешнего моторного выражения:

1 — отсутствует;

2 — слабо выражено;

3 — выражено умеренно;

4 — можно считать зрелым;

5 — ярко выражено;

б) чувство внутреннего моторного выражения, оцениваемое по зрительно-мимической и жестовой выразительности:

1 — отсутствует;

2 — слабо выражено;

3 — выражено умеренно;

4 — можно считать зрелым;

5 — ярко выражено.

**Графическая пластика — насыщенность (или отсутствие) импульсно-угловатых элементов на заданном отрезке буквы (слова):**

1 — крайне низкое качество пластики — «судорожное» письмо;

2 — пластика слабо выражена: встречаются лишь отдельные пластические элементы;

3 — пластика умеренной степени: распределение «угловатых» и пластических линий примерно поровну;

4 — графическую пластику можно считать зрелой: пластических форм не менее 2/3;

5 — совершенная графическая пластика.

**Цветовая пластика — соответствие цветовой смежности в рисунках детей закону цветовой смежности радуги:**

1 — смежность естественного распределения цветов отсутствует;

- 2 — имеются лишь случайные намеки на смежность естественного распределения цветов;
- 3 — примерно равное распределение цветов, соответствующих и не соответствующих закону естественной смежности;
- 4 — подавляющее большинство цветов (не менее 2/3) соответствует естественной смежности;
- 5 — совершенная цветовая пластика.

**Доминирование в рисунках эмоциональных характеристик:**

- 1 — эмоциональная бедность рисунков;
- 2 — слабое наделение рисунков эмоциональностью (как мажорной, так и минорной);
- 3 — просматривается умеренная эмоциональность в рисунках;
- 4 — эмоциональность выражена;
- 5 — яркая выраженная эмоциональность рисунков.

**Доминирование в рисунках нравственно-этических устремлений:**

- 1 — преобладает страх, бегство;
- 2 — преобладает агрессия;
- 3 — преобладает борьба добра со злом;
- 4 — преобладают нравственно-этические решения;
- 5 — совершенство нравственного решения.

**Пололичностная самоидентификация:**

- 1 — отсутствует;
- 2 — слабо выражена;
- 3 — выражена умеренно;
- 4 — выражена интенсивно;
- 5 — яркая выраженность.

**Присутствие в рисунках символических знаков:**

- 1 — нет;
- 2 — есть.

Детальное обучение работе по данному тесту проводится на специальных семинарах.

**Сочинение рассказа по представленному на рисунке сюжету**

Детям предлагается рассмотреть и запечатлеть образ (сюжет). Например: «Родина-мать» из памятника-ансамбля, посвященного героям Сталинградской битвы; «Радуга» И.К. Айвазовского; «На плоту» И.Е. Репина; «Утро в сосновом бору», «Лесные дали» И.И. Шишкина; «Святое семейство» Рембрандта; «Прачка» Жака Батиста Симона Шардена; «Драка» Яна Минзе Моленара; «Сражение» Жака Куртуа; «Проворство и дерзание» Франсиско Гойя; «Дети, бегущие от грозы» К.Е. Маковского; «Последний день Помпеи» К.П. Брюллова и т.д.

Предлагать детям рисунки на знакомые им сказки нежелательно, т.к. они могут пересказывать не рисунок, а уже запомнившуюся сказку. Детям дается возможность хорошо рассмотреть картину (в пределах 2-3 мин). После этого они излагают свои впечатления от увиденного в устной форме (для детей, еще не умеющих писать; их рассказ записывает взрослый) и в письменной форме (для тех, кто уже свободно пишет). Затем творческие

работы группируют. Выделяют группы учеников:

- с хорошо развитыми воображением и речетворчеством;
- с умеренным развитием этих качеств;
- с воображением и речетворчеством, развитыми слабо.

Полученные данные служат исходными для последующей оценки динамики творческих способностей в учебном процессе, а также решения проблемы лично ориентированного подхода к детям в процессе их обучения, в т.ч. для рекомендаций родителям.

Продолжение сочинение рассказа по заданному  
сюжету, выраженному в 2-3 предложениях.

Мы настойчиво рекомендуем: вводимые в сюжет предложения должны быть эмоционально насыщенными, мотивировать дальнейшую творческую поисковую активность школьника. Например, сюжет может быть таким: «Солнце садилось за гору. В лесу становилось темно и холодно. Под кустом, завернутый в одеяло, лежал и плакал ребенок...».

Во-первых, этот тест позволяет выявить у детей эмоционально-нравственную составляющую. Во-вторых, сочинение и сопереживание обозначенной проблеме способствуют актуализации нравственных задатков. В-третьих, обозначенная проблема весьма актуальна в современном мире «общечеловеческих» ценностей и «инстинктивных» свобод.

## Глава IV

### Методы контроля свободы развития органов чувств и чувственной сферы

#### Зрительная система

##### Методика контроля за развитием дистантной остроты зрения

Изучение такой, в общем-то, доступной для массового исследования характеристики, как острота дальнего зрения, показало, что сложившиеся в клинической практике офтальмологии подходы неприемлемы для оценки происходящих сдвигов при развитии (либо, наоборот, регрессии) зрения.

Поясним конкретнее. Более 170 лет тому назад Гук, а затем Дондерс (1862) установили, что наименьший угол зрения, под которым глаз может различать две точки, равен 1 мин. Эту величину и решено было принять за «интернациональную» меру — норму остроты зрения, равную 1 (единице).

Но вскоре выяснилось, что у многих острота зрения гораздо выше общепринятой нормы и достигает 2; 3; 6 и далее 8-10 единиц. Причем наиболее высокая острота зрения встречалась у неграмотных людей. Следовательно, изначально за норму была взята ложная оценочная, а в итоге и мировоззренческая шкала.

Первое фундаментальное исследование распространенности различных градаций остроты зрения среди репрезентативных групп населения выполнено О.М. Новиковым под руководством П.Г. Макарова (1970). К сожалению, в данной работе острота зрения оценивалась как 1 и выше без количественных максимальных ее замеров.

Позже О.М. Новиков внес весомый вклад в развитие профилактической офтальмологии, разработав первую в отечественной практике специальную таблицу, позволяющую уже дифференцированно замерять максимальные значения остроты зрения в зоне от 1 до 2. В результате обследования с помощью данной таблицы около 10 тыс. детей из северных и средних зон Сибири нами (В.Ф. Базарный, Л.П. Уфимцева, Э.Я. Оладо, 1986) впервые в практике отечественной физиологии и офтальмологии было установлено, что средняя зона нормальной остроты зрения у детей и подростков, не имеющих глазной патологии, находится в пределах 1,4-1,8 (рис. 5).

Именно эти градации остроты зрения (1,4-1,8) и могут быть приняты за норму при обследовании детей и подростков.

В качестве принципиальной методики исследования остроты зрения были взяты методические рекомендации НИИ глазных болезней им. Гельмгольца. Однако необходимость оценки тонких колебаний состояния остроты зрения в процессе развития детей в зоне, превышающей общепринятую условную норму 1, а также представившаяся возможность проводить указанные замеры с помощью таблицы О.М. Новикова потребовали

внести в эти методические рекомендации уточнения:

а) остроту зрения мы рекомендуем измерять не только монокулярно, т.е. отдельно каждого глаза, но и бинокулярно, т.е. одновременно обоих глаз. Дело в том, что только бинокулярное зрение отражает такое естественное состояние единой функциональной системы, при котором каждый глаз по отношению к другому функционирует в содействующем режиме;

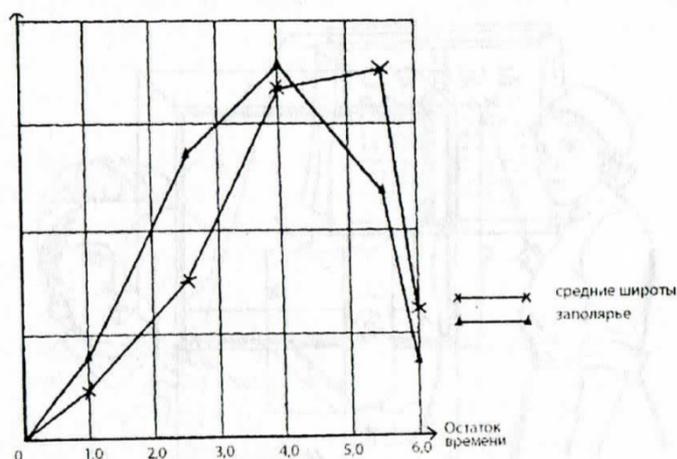


Рис. 5

Распространенность остроты зрения среди детей и подростков, проживающих в различных широтах РФ

б) считать видящим тот ряд из таблицы, в котором ребенок допускает не более одной случайной, не повторяющейся ошибки;

в) замеры обязательно повторяются не менее 2 раз, а при сомнительных случаях — не менее 3 раз и более;

г) практика показывает, что даже офтальмологи в процессе осмотра детей в образовательных учреждениях нередко пользуются приемом фиксации таблиц непосредственно к стене с подсветкой настольной лампы.

Отметим, что данный прием отражает профессиональную небрежность и несет в себе большие погрешности в измерениях, а поэтому должен быть навсегда исключен из практики.

Известно, что самой простой и доступной подсветкой, где фиксируются таблицы О.М. Новикова, является аппарат Рота (рис. 6), который можно легко изготовить в школьной мастерской, не нарушая требований ГОСТа.

Аппарат Рота фиксируется на стене на уровне, соответствующем уровню глаз сидящего на стуле (достаточно высокого подростка). Опыт показал, что погрешностей не бывает, если более низкий по росту ребенок в этих условиях будет вынужден в процессе проверки зрения слегка приподнять голову. Учитывая, что дети, хорошо зная буквы, могут называть их по образно-ассоциативной памяти, но при этом видеть их неясно, мы всегда рекомендуем использовать тот вариант таблиц О.М. Новикова, в котором использованы кольца Ландольта.

Принципиальным моментом методики является то, что перед исследованием дальнего зрения ребенку необходимо доступно объяснить, что от него требуется. С этой целью в режиме ближнего зрения ему показывают нарисованное на отдельном листе достаточно больших размеров кольцо с разрывом в одном месте. Вращая его в различные стороны, ребенок должен научиться движением руки четко указать направление разрыва. Использование понятий «направо»-«налево», как показала практика, нецелесообразно, т.к. дети могут путать направления разрывов не из-за функциональных зрительных ограничений, а из-за психоэмоциональных и семантических.

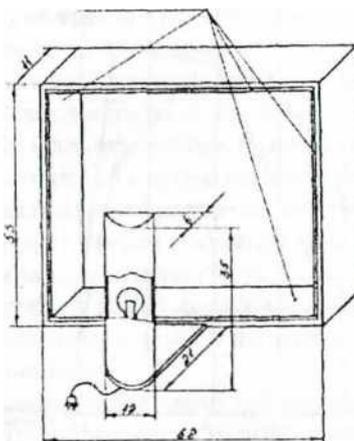


Рис. 6

Аппарат Рота, обеспечивающий стандартные условия подсветки таблиц для измерения остроты зрения

Опыт показал, что в глазных кабинетах также допускают определенные погрешности и в механизме метризации дистанции от таблицы до ребенка. Некоторые за 5 метров принимают передние ножки стула, некоторые — задние, а некоторые — середину. Все эти приемы не являются верными.

Стул вместе с ребенком размещают таким образом, при котором условная линия, опущенная вниз от глаз ребенка, должна оказаться строго перпендикулярной по отношению к метке « 5 метров», обозначенной на полу.

После стандартизации всех вышеназванных условий ребенку дается жесткая заслонка, с помощью которой он по очереди закрывает вначале левый, затем правый глаз (рис. 7). Медсестра измеряет максимальную остроту зрения:

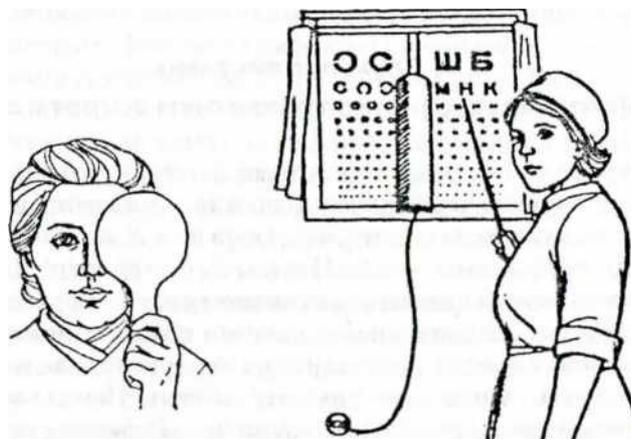


Рис. 7

Методика измерения остроты зрения

- 1) правого глаза;
- 2) левого глаза;
- 3) двух открытых глаз.

Данные фиксируются в документе по образцу:

Обследуемый: Коля П. 8 лет.	
Острота зрения правого глаза	1,4
Острота зрения левого глаза	1,5
Острота зрения обоих глаз	1,?
Сокращённая запись: $\frac{1,4}{1,5}(1,7)$	

Практика работы убедила, что при соблюдении всех методических требований острота зрения выявила достаточную стабильность во времени в том случае, если у ребенка нет скрытых патологических процессов ни со стороны органа зрения, ни со стороны внутренних органов. Специально проведенными исследованиями установлено, что максимальная острота дальнего зрения оказалась высоко чувствительным диагностическим показателем, отражающим возникновение начальных форм общей патологии. (В.Ф. Базарный, 1989). А без таковой патологии суточные и недельные колебания максимальных значений остроты зрения не превышали 0,1.

#### Слуховая система Методика контроля за развитием остроты слуха

Слуховая система как система психоакустики подробно описана в фундаментальном издании Академии наук СССР «Слуховая система» (авторы: Альтман Я А., Бибииков Н.Г., Вартамян ИА. и др. — Л.: Наука, Ленингр. Отд., 1990).

Роль слуховой системы в духовном развитии ребенка хорошо известна. Максимальная острота слуха определяется по тому максимальному расстоянию, с которого обследуемый уверенно слышит и повторяет шепотную речь. Перед измерением желательно на глаза наложить повязку. Ребенок становится к источнику шепотной речи одним боком (ухом). Другое ухо закрыто берушей или пальцем, без сильного давления. Исследование повторяется на противоположном ухе. Как и при измерении остроты зрения, желательно измерить остроту слуха каждого уха и обоих ушей одновременно. В последнем случае обследуемый поворачивается лицом к исследователю.

Пример записи результата исследования:

Обследуемый: Ф.И.О.	
Острота слуха правого уха	6 м
Острота слуха левого уха	7 м
Острота слуха обоих ушей	8 м
Сокращённая запись: острота слуха $\frac{6 м}{7 м}(8 м)$	

## **Вестибулярная система Методика контроля за развитием вестибуло-координаторного мышечного чувства**

Роль вестибулярной системы в развитии пространственного чувства подробно рассмотрена в 3-й главе руководства по физиологии «Физиология сенсорных систем» (авторы: Кисляков В. А., Левашов М. М., Орлов И. В. — Л.: Наука, Ленингр. Отд., 1972).

Известный специалист в области вегетативной нервной системы И. Хаулик (Вегетативная нервная система — анатомия и физиология. — Бухарест, 1987) утверждает: «Факторы, сохраняющие вегетативный тонус, до настоящего времени мало известны». Вместе с тем мы отсылаем читателя к фундаментальному труду Магнус Р. «Установка тела» (М.; Л.: Изд-во АН СССР, 1962). В данном труде автор убедительно раскрывает первичную роль влияния положения головы в трехмерном пространстве на тонус мышечной системы.

Выполненными под нашим руководством исследованиями по возрастной физиологии чувств установлен следующий принципиальный факт. Мера вегетативной активности, в т.ч. соотношение баланса симпатической и парасимпатической регуляции, определяется, с одной стороны, укорененностью тела в своей видовой телесной вертикали, с другой — положением головы в гравитационном пространстве. При этом легкий подъем головы вверх всегда означает активизацию симпатической и, как следствие, психоэмоциональной активности, в т.ч. рост баланса (равновесия) между симпатической и парасимпатической фазами в работе нейромоторной системы. Следствием этого является синхронизация сократительного и расслабляющего компонентов различных ритмов организма, например в деятельности сердечно-сосудистой системы. В наших работах описан также и механизм такой активации. Речь идет о том, что все наши энергоинформационные ритмы, в т.ч. и вегетативные, не имеют в себе главного водителя и «дирижера», собирающего все ритмы в единую соборную целостность. Такой ритм-«дирижер» оказался вынесенным за пределы нашего тела. Им оказался колебательный момент земли, или гравитационно-фотонный ритм. В этих условиях мера подключения наших телесных ритмов к данному ритму определяется, с одной стороны, положением головы в пространстве, с другой — укоренением на этапах детства телесной вертикали. Сам же усвоенный гравитационный ритм тела мы назвали телесно-осевым гравитационным ритмом жизни — ТОГРЖ (В. Ф. Базарный, 1991-2004).

Уже эти данные указывают на фундаментальную роль активности вестибулярного анализатора в развитии духовно-пространственного мироотражения, а также в поддержании вегетативных процессов на уровне необходимой функциональной жизнеподдерживающей активности. Все отмеченное указывает и на абсолютную необходимость целенаправленного развития вестибуло-координаторно-мышечного чувства в учебном процессе, а также контроля за процессами такого развития в динамике.

Простой и доступной для всех является сама методика оценки функционального состояния вестибулярного анализатора (рис. 8).

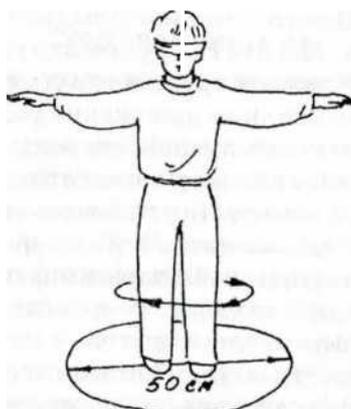


Рис. 8

Методика контроля за развитием вестибуло-координаторного мышечного чувства

Принцип метода заключается в регистрации устойчивости тела в процессе его вращения вокруг своей оси.

Ход выполнения пробы: на полу чертят круг радиусом 50 см. Обследуемый становится в центр круга, глаза закрыты, руки вытянуты в стороны на уровне плеч. По команде обследуемый начинает вращение вначале по часовой стрелке, а затем — против.

Оценка: фиксируется число вращений до первого заступа на черту. При этом чем больше число вращений, тем надежнее функциональные возможности вестибулярного анализатора.

Пример записи:

Обследуемый: Ф.И.О.	
Число вращений по часовой стрелке	7
Число вращений против часовой стрелки	5
Сокращённая запись: $\frac{ЧВ по ЧС 7}{ЧВ против ЧС 5}$	

Данные анализируются в динамике.

**Чувство ритма, мелодии и гармонии**  
**Методика контроля за развитием**  
**музыкально-гармонического чувства**  
**и свободой его развития**

Известно, что эпоху исследований по психологии музыкальных ощущений открыл в позапрошлом веке великий немецкий ученый Г. Гельмгольц в своей работе «Учение о слуховых ощущениях как физиологическая основа теории музыки». С тех пор вышли многие работы, посвященные изучению психофизиологии музыкального ощущения и развития

музыкальных способностей у детей. Освещение этой темы — предмет отдельного большого труда. В предлагаемой работе мы лишь обозначим некоторые принципиальные мировоззренческие начала.

*Первое:* музыкальные способности — категория врожденная или благоприобретенная, воспитанная?

*Второе:* музыкальное чувство — это локальная способность собственно слухового анализатора или нечто большее, обусловленное целостной телесной чувствительностью?

*Третье:* какова роль музыкального воспитания в развитии всей духовно-психической сферы ребенка?

*Четвертое:* каковы методы контроля за развитием музыкальных способностей детей в учебно-воспитательном процессе?

Интуитивно мы были всегда уверены, что музыкальное чувство — это качественно новое духовное явление по сравнению с собственно звуко-слуховой памятью. Более того, музыкальное развитие, возможно, и есть то чувство, которое возвысило нас над миром животной жизни.

В поиске ответов на вышепоставленные вопросы каше внимание привлекли следующие фундаментальные работы: «Рефлексы головного мозга» И.М. Сеченова(1947); «Ритм, его воспитательное значение для жизни и для искусства» Е. Жак Далькроз (шесть лекций, перевод Гнесиной); «Музыкальные способности» Б.М. Теплова (1985).

И.М. Сеченов утверждал: духовно-психического процесса, изолированного от движений (усилий) тела, нет и быть не может. «Все бесконечное разнообразие внешних проявлений мозговой деятельности сводится окончательно к одному лишь явлению — мышечному движению». И наоборот: «...Мышечное ощущение чисто субъективно — оно доходит до сознания в форме какого-то усилия». В этих условиях под влиянием длительных упражнений ребенка «...мышечное чувство в деле анализа своих ощущений соединяет в себе способность глаза и свойства уха». Вот почему «...память зрительную и осязательную можно назвать пространственной. Слуховую же и мышечную — памятью времени».

Следовательно, согласно учению великого физиолога, базовый параметр нашей духовной сферы — ощущение времени (духовное переживание времени. — *В.Б.*) — выводится только из продолжительных тренировок мышечного чувства на этапе детства (мышечных усилий тела). Вот почему, согласно учению И.М. Сеченова, духовная сфера людей не может выстраиваться из вне двигательных ощущений. Собственно духовная сфера у ребенка формируется только на основе особого синтеза ощущения и мышечного усилия-движения.

Удивительно, но этот вывод великого ученого спустя столетия был подтвержден изучением тонкой архитектоники мозга. В частности, в течение столетия со времен открытия пирамидальных клеток в передней центральной извилине мозга — клеток В.А. Беца (1874) проводились интенсивные исследования по выявлению различий в архитектонике мозга высших обезьян и человека. Итоги этих исследований обобщены в фундаментальном труде А.Л. Хачатуряна «Сравнительная анатомия коры большого мозга человека и обезьян» (М.: Наука, 1988). Известно, что каких-либо качественных различий в тонкой архитектонике мозга так и не удалось найти. Качественным же отличием оказался факт интеграции обеих центральных областей в единую сенсорную кору. Причем такое «Объединение двух резко функционально различных центральных областей в единый функциональный аппарат — сенсомоторную область коры — осуществляется на высших стадиях эволюции»(А.А. Хачатурян, 1988).

С позиции этих выводов становится понятным смысл положений Е. Жака Далькроза о значении телесного ритма (ритмических телодвижений) в развитии духовно-музыкальных способностей ребенка, который подчеркивает: **«В образовании и развитии чувства ритма участвует все наше тело... Достигая разнообразными движениями тела изображения различных размеренных длительностей и правильно чередующихся ударений, мы укрепляем чувство ритма. Без телесных ощущений ритма, без ритма пластического не может быть воспринят ритм музыкальный».**

То есть для человека (ребенка) характерны не просто физические движения, а произвольные усилия, преобразующие телесную чувствительность по законам красоты. Жак Далькроз утверждает, что «каждый мускул должен передавать какие-нибудь движения души». И далее: «Пробуждающаяся воля ребенка сказывается в движениях его членов... Всякое движение наших мускулов, как незначительно оно бы ни было, есть результат нашей воли, так сказать воплощенная деятельность мозга». Вот почему, «если мы желаем воспитать в нем волю, т.е. ритмический разум (*rhythmische Intelligenz*), то мы должны научить ритмическим движениям его тело, со всеми мускулами, ибо каждый мускул в одно и то же время служит и орудием нашей воли, и средством воспитательного воздействия на нее».

Развитие способности передавать свои ощущения посредством движений — вот, по утверждению Жака Далькроза, основа подлинного духовного развития ребенка! «Всевозможными мускульными упражнениями, служащими равномерному развитию отдельных мускулов, нужно стремиться к желанной цели: создать правильное взаимоотношение между деятельностью отдельных органов и нашей волей; нужно пробудить мышечное чувство и развить способность передавать свои ощущения посредством движений».

Уже в те годы Е. Жак Далькроз утверждал, что школа, заставляющая детей изо дня в день, из года в год «сидеть смирно», губит телесно-музыкальное (одухотворенное *B. B.*) развитие ребенка. В этих условиях «вялость мускулов пагубно отражается на деятельности всех органов.... Неуравновешенная работа мускулов не регулируется интеллектом и действует на нервные центры толчками.... Нервное возбуждение усиливается до боли, а внешняя выразительность от этого только проигрывает, ученик привыкает к ложным приемам, постепенно у него притупляется чувствительность и воображение...».

**О том, что музыкальное воспитание есть воспитание музыкально-образного мышления (т.е. воспитание истинно духовное — *B. B.*), утверждал еще Н.А. Римский-Корсаков.** К аналогичному выводу пришел также известный специалист в области психологии музыкальных способностей Б.М. Теплов. В частности, изучив данные многочисленных экспериментов, автор пришел к выводу, что музыкальные способности — это еще и способности произвольно оперировать музыкально-слуховыми представлениями (образами). При этом автор обращает особое внимание на то, что представления — это не точная копия реального звукового объекта, а более или менее обобщенный его образ. Как и Е. Жак Далькроз, Б.М. Теплов пришел к выводу, что музыкальные представления не являются чисто слуховыми. Они почти всегда включают зрительные, двигательные и другие ассоциативные связи.

К сожалению, современная система образования практически исключила из базового учебного плана (т.е. из основных целей и задач школы) музыкальное воспитание детей, в т.ч.

ритмично-гармоническое воспитание тела. Специально выполненные под нашим руководством исследования выявили трагические факты такого образования. Доминирование несвободной, телесно-закрепощенной позы в учебном процессе на фоне игнорирования телесно-музыкального воспитания привело к обвальным процессам угасания художественно-творческих и музыкально-гармонических способностей. Так, только за трехлетний период «телесно-закрепощенного» об разования продуктивность творческого воображения угасает в 2 раза, образная целостность мышления — в 4 раза. И все это происходит на фоне роста информационно-запрограммированных знаний, опирающихся на механическую память (М.А. Ненашева, 1998). За время начальной школы у детей в 2-3 раза уменьшается чувство ритма мелодии и гармонии (А.Е. Астафьева).

Взять хотя бы музыкальное воспитание детей. Известно, что музыка, хоровое пение являются важнейшим средством формирования здорового человека, ч то образование начинается с музыки. Именно музыка, минуя сознание человека, напрямую воздействует на его подсознание. Вот почему гармоничная музыкальная среда является важнейшим фактором воспитания души, формирования психического и физического здоровья народа, особенно детей. И в первую очередь — песенная традиция, как самая древняя форма музыкального развития человека. Великий Глинка говорил: «Песня — душа народа». К сожалению, с огромной горечью приходится констатировать, что эту «душу» из народа практически вынули.

Существует мировой опыт музыкотерапии: песня в буквальном смысле слова лечит людей. Известен уникальный в мировой практике пример лечения наркоманов в Китае. В большинстве клиник, где осуществляется лечение от наркотической зависимости, применяются фармакологические средства, различные психотехники. Эффективность — менее 10% . В одной из пекинских колоний лечат хоровым пением: вчерашние наркоманы поют народные песни. Результат — стопроцентное выздоровление. Внедрил этот способ лечения не министр, не академик от образования и здравоохранения, а простой полицейский комиссар.

Но в данном случае мы говорим не столько о ликвидации последствий, сколько о профилактике, о воспитании у ребенка бескорыстия и духовной чистоты. Надо немедленно вернуть созидательную музыку (в первую очередь народную и классическую), песню в систему образования. Проблема возвращения в цели и задачи школы телесно-чувственного музыкально-гармонического воспитания детей стоит сехюдня особенно остро. А контроль за динамикой художественно-творческого и музыкально-гармонического чувства в процессе обучения необходим, если мы хотим вырастить здорового ребенка.

Приемы исследования музыкально-гармонического чувства хорошо отработаны и известны не только музыкальным работникам, но и воспитателям.

Чувство ритма. Ребенку предлагается прослушать и повторить любой заданный ритмический рисунок из 5-6 ударов.

Чувство мелодии (гармонии). Ребенку предлагается прослушать простой и четкий музыкальный отрывок из 5—6 звуков. После прослушивания ребенку предлагается воспроизвести услышанную мелодию:

- а) с помощью голоса;
- б) с помощью пальчика на музыкальном инструменте (например, на фортепиано).

Регистрация полученного материала проводится по следующим параметрам:

- а) ритмический рисунок;
- б) эмоциональность восприятия и определение настроения музыки;

- в) мелодический ход;
- г) определение звуковой структуры мелодии.

В результате можно выделить четыре уровня свободы музыкально-гармонического чувства.

*Абсолютный слух* — ребенок свободно и точно воспроизводит предложенную мелодию и ритм.

*Высокий уровень* характеризуется точностью воспроизведения ритмического рисунка, настроения мелодии, мелодического хода, воспроизведением не менее 3 звуков из мелодии. Оценивается в 3 балла.

*Средний уровень* характеризуется выполнением предложенного задания в пределах 50% (2 балла).

*Низкий уровень* характеризуется выполнением задания ниже, чем на 50% .

## Глава V

# Антропометрические характеристики развития тела

Функциональное состояние систем  
жизнеобеспечения<sup>1</sup>

### Показатели осанки

Наши исследования показали, что качество развития телесной вертикали (осанки) определяет меру свободы раскрепощения и реализации видového генетического плана человека и играет первостепенную роль не только в функциональном состоянии внутренних органов и систем, но и духовно-психическом (В.Ф. Базарный, 1991-2004). Вот почему контроль за динамикой этого показателя в период учебы имеет сверхважное значение и является первой задачей гигиенистов, школьных медработников, руководства школы, да и самих учителей и родителей.

На *рис. 9* представлена нормальная осанка школьника, а также различные виды сутулости, возникшие в школе под влиянием телесно-закрепощенной методики проведения учебного процесса.

Ниже приведем простейшие экспресс-тесты, с помощью которых можно оценивать динамику осанки в учебном процессе (например, в начале, середине и конце каждого учебного года).

Грудо-плечевой тест. Для измерения используется гибкая сантиметровая лента. Ребенок стоит в привычной позе. Измерение производится спереди (грудь) и сзади (спина). Каждое измерение производится между большими бугорками плечевых костей (*рис. 10*):

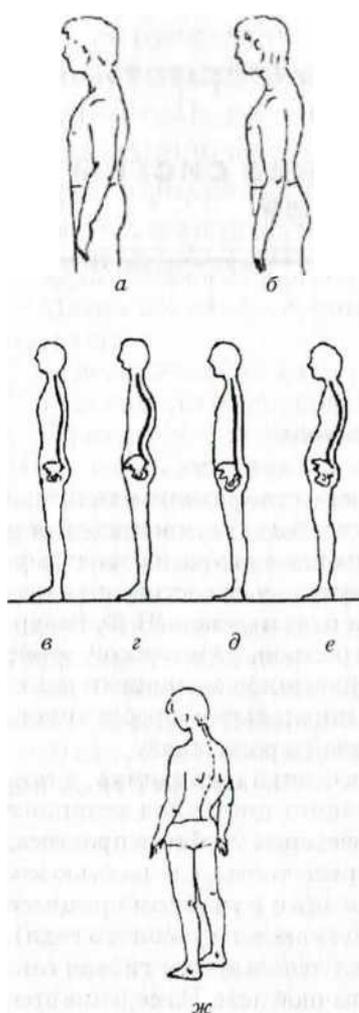
$$K = \frac{\text{передний размер(см)}}{\text{задний размер(см)}}$$

Оценка полученных результатов:

- в норме K равно либо больше 1 (единицы);
- K, равное 0,9, оценивается как в комплексе с другими коэффициентами пограничное состояние между нормой и нарушением осанки;
- K, равное 0,8 и ниже, указывает на наличие признаков явного нарушения осанки.

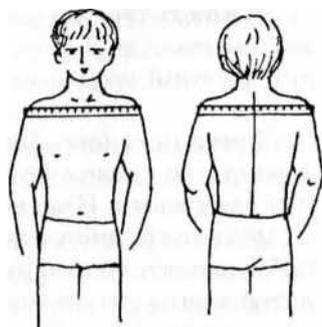
---

<sup>1</sup> Глава написана совместно с к.м.н. Л.А. Алифановой.



**Рис. 9**

Нормальная осанка и различные виды сутулости: а и б — правильная осанка; в — нормальный изгиб позвоночника;  
 г — «горбатая спина»;  
 д — плоская спина;  
 е — смещение таза назад, а бедер — вперед;  
 ж — сутулость с высоко расположенным прогибом



**Рис. 10**

Измерение при выполнении грудно-плечевого теста

**Грудно-лопаточный тест** характеризует плотность прилегания лопаток к реберной поверхности (рис. 11).

Измерение производится жесткой сантиметровой линейкой с фиксатором, упирающимся краем в реберную поверхность по медиальному краю лопатки у нижнего угла. Фиксируемое значение более 2 см свидетельствует о наличии «крыловидной лопатки». На асимметричное расположение лопаток и порочность телесной вертикали указывает большая, чем в 1 см, разница между правым и левым значениями. При гармоничном развитии лопатка на всем протяжении должна прилегать к грудной клетке. Высота возвышения над ней должна соответствовать толщине самой лопатки (в пределах 1-1,5 см).

«Реберный горб» и «мышечный валик» в поясничной области оцениваются визуально и с помощью жесткой линейки. Ребенку предлагают наклониться вперед, стоя лицом к исследователю (голова опущена, руки свободно свисают, ноги должны быть установлены на одной горизонтальной линии, в коленях выпрямлены), затем — стоя спиной к исследователю. В таком положении позвоночник должен иметь вид правильной дуги. Осмотр позволяет обнаружить дефект поверхности дуги, что указывает на искривление позвоночника. Жесткой линейкой исследователь проводит вдоль проекции позвоночного столба, фиксируя углы (справа и слева от позвоночного столба), которые образуются линейкой и дугой тела в области реберной поверх спины и поясничной области. (рис. 12)

### Показатели, характеризующие развитие тела

**Длина тела (см).** Для измерения используют вертикальный ростомер. Ребенок становится на площадку ростомера спиной к стойке в привычной позе, касаясь стойки пятками, ягодицами и межлопаточной областью. Руки свободно опущены вдоль тела. Голова устанавливается в положение, при котором нижний край глазницы и верхний край козелка уха находятся в одной горизонтальной плоскости, и касается затылком стойки ростомера, взгляд прямо перед собой. Подвижную планку ростомера опускают до плотного соприкосновения с верхушечной точкой головы, после чего фиксируют данные в см. Отклонения при измерении допускаются в пределах до 0,5 см.

**Длина тела сидя (см).** Для измерения используется тот же ростомер. Ребенок садится на откидывающуюся площадку ростомера спиной к стойке в состоянии выпрямленного корпуса, касаясь вертикальной стойки затылком, межлопаточной областью и ягодицами.

Подвижную планку ростомера опускают до полного соприкосновения с верхушечной точкой головы. Данные фиксируют в см. Отклонения при измерении допускаются в пределах до 0,5 см.

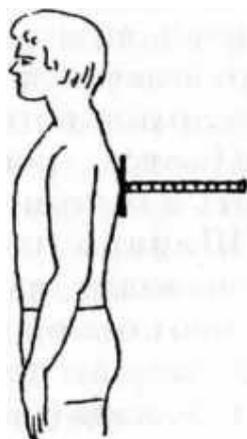


Рис. 11

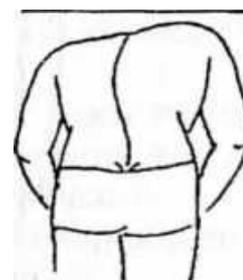


Рис. 12

Длина туловища (см). Оценивается по расстоянию от яремной вырезки до лонного сращения. Для измерения используют жесткий сантиметр. Измерение проводят в положении «лежа».

Длина ноги (см). Оценивается по расстоянию от большого вертела до уровня пола. Для измерения применяется жесткий сантиметр. Измерение проводят в положении «стоя».

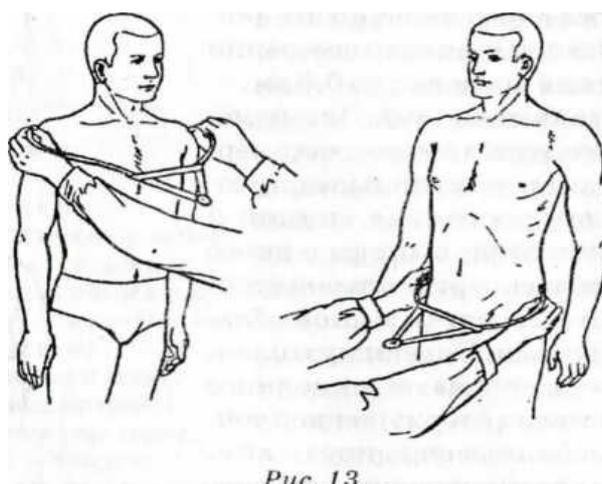
Обхват грудной клетки (см). Для измерения используют гибкую сантиметровую ленту. В ходе измерения у юношей и детей дошкольного возраста лента должна проходить на уровне нижних сегментов околососковых кружков и нижних углов лопаток; у девушек лента должна проходить на уровне четвертого ребра под молочными железами и нижним углом лопаток.

Для повышения точности измерения в состоянии покоя следует отвлечь внимание ребенка и фиксировать размер в момент спокойного дыхания. Дополнительно фиксируется окружность грудной клетки в момент максимального вдоха и максимального выдоха.

По этому показателю оценивают не только пропорциональность в телесном развитии, но и экскурсию легких.

Ширина плеч (межакромеальный размер). Определение производится с помощью 'газомера. Ножки 'газомера прикладывают без особого давления на ткани к наиболее выступающим точкам плеч. Данные фиксируют по измерительной шкале тазомера (рис. 13).

**Длина надплечий (см).** Измерение можно проводить 'газомером или сантиметровой лентой. Измеряется расстояние от середины шеи (можно от остистого отростка седьмого шейного позвонка) до акромеальных отростков.



Измерение ширины плеч (а) и таза (б)

**Уровень нижнего угла лопатки.** Инструменты для измерения те же. Измеряется расстояние от остистого отростка седьмого шейного позвонка до нижнего угла лопатки справа и слева.

**Обхват головы (см).** Для измерения используют гибкую сантиметровую ленту. В ходе измерения размера головы лента должна проходить сзади и, . атылочному бугру и спереди — по надбровным дугам.

**Характеристика развития таза (рис. 13).** Оценивается по следующим его размерам<sup>1</sup>:

*Межгребешковый размер.* Расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей. Ножки тазомера передвигают по наружному краю гребней подвздошных костей до тех пор, пока не определяют наибольшего расстояния. Измерения производят в положении «стоя».

*Межастистый размер.* Расстояние между предневерхними- мп остями подвздошных костей. Ножки тазомера прижимают к наружным краям предневерхних остей. Измерения проводят в положении «стоя». Оценка полученных результатов: показатель разницы между межостистым размером и межгребешковым размером примерно равен 3 см. Отклонение от данной величины говорит о ненормальности развития таза. Показатель меньше 3 может указывать на узкость таза.

*Межвертлужный размер.* Расстояние между большими вертлами бедренных костей. Ножки тазомера прижимают к наиболее выдающимся точкам больших вертелов бедренных костей. Положение — «стоя» (ноги вытянуты и сдвинуты).

*Наружный прямой размер таза.* Ножки тазомера устанавливают на верхненаружном крае симфиза и к надкрестцовой ямке. По этому размеру судят о величине истинной конъюгаты, определяющей прямой размер входа в таз. Измерение проводят в положении «стоя».

*Наружный прямой размер выхода таза.* Ножки тазомера прижимают к верхнему краю симфиза и к верхушке копчика.

*Косые размеры* (для выявления асимметрии таза):

- расстояние от передневерхней ости одной стороны до задневерхней ости другой стороны и наоборот;
- расстояние от верхнего края симфиза до правой и левой задневерхней ости;
- расстояние от надкрестдовой ямки до правой и левой передневерхней ости.

Оценка полученных результатов: разница между парными косыми размерами в 1 см указывает на нарушения в развитии таза.

**Обхват живота (см).** Для измерения используют гибкую сантиметровую ленту. Измерение производится в положении «стоя». При этом сантиметровая лента должна проходить на уровне пупка.

**Масса тела (кг).** Для определения используют медицинские рычажные весы.

**Кожножировая складка** позволяет оценить степень развития (см) подкожно-жирового слоя. Для измерения используется жесткая сантиметровая линейка.

На уровне пупка двумя пальцами захватывают кожно-жировую складку и измеряют ее толщину. Оценка полученного результата: достаточная упитанность соответствует толщине складки, равной 2 см. Складка больше 2 см указывает на повышенную упитанность. Складка меньше 2 см, но больше 1 см указывает на умеренно пониженную упитанность. Складка толщиной меньше 1 см указывает на выраженную сниженную упитанность.

### **Показатели пропорциональности (гармоничности) конституции тела**

Индекс пропорциональности между длиной тела и массой тела (К):

Оценка индекса К:

- от 37 до 40 — достаточная упитанность
- меньше 37 — пониженная упитанность
- от 35 до 24 — истощение
- больше 40 — повышенная упитанность
- от 45 до 54 — чрезмерный вес
- больше 45 — ожирение

**Индекс Пинье** = длина тела(см) — обхват грудной клетки (см) + масса тела(кг) = 20

Показатель больше или меньше 20 указывает на определенную диспропорцию развития телесного плана.

**Индекс Аполлона:** при гармоничном развитии длина тела в положении «сидя» на половину меньше длины тела в положении «стоя».

Индекс пропорциональности между длиной тела и обхватом грудной клетки:

$$K = \frac{\text{обхват грудной клетки}}{\text{длина тела (см)}} \times 100$$

При значениях К от 50 до 55 мы имеем дело с пропорциональной грудной клеткой (нормостенической).

При К меньше 50 — с узкогрудостью (астенической грудной клеткой).

При К больше 55 — с широкогрудостью (гиперстенической грудной клеткой).

Идеальную массу тела (М) можно рассчитать по формуле:

Оценка полученных результатов: сравнивают реальную массу тела, полученную при взвешивании, со значением, рассчитанным по формуле.

### Соотношение между обхватом живота и грудной клеткой.

Обхват живота на высоте пупка не должен быть больше обхвата грудной клетки.

Увеличение объема живота крайне негативно отражается на развитии различных систем организма: горизонтальное положение сердца, опущение желудка и кишечника, нарушение функции пищеварительного тракта, дряблость передней брюшной стенки и пр. «Животастые» люди нарушают гармонию своего тела, искажают свою телесную и физиологическую организацию, которая перестает удовлетворять требованиям здоровой природы ребенка (подростка).

### Индекс Чулицкой:

$$K = \frac{\text{обхват головы(см)}}{\text{длина тела(см)}} \times 100.$$

В норме значения К находятся в пределах от 42,5 до 44,4. Для возраста 6-7 лет более характерно значение: у девочек — 43,8; у мальчиков — 42,8. Более высокие величины индекса соответствуют меньшей морфологической зрелости.

### Типы телесной

### конституции

В силу относительной  $K = \frac{\text{Масса тела (кг)}}{\text{Длина тела (см)}} \times 100$  доступности, надежности, наглядности при определении конституции преобладающим стал морфологический подход, основанный на использовании антропометрических показателей (рис. 14).

### Формы телосложения по В.П. Шевкуненко:

а) коротко-широкое телосложение (брахиморфное). Характеризуется большей относительной длиной туловища (больше — 31,5);

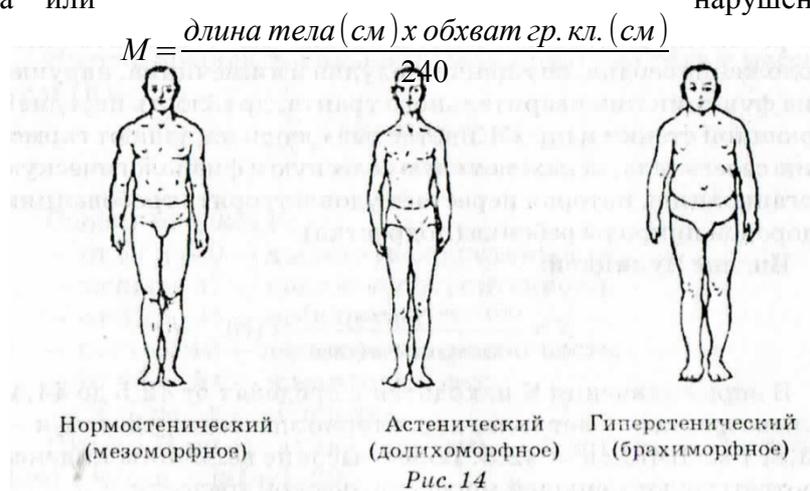
б) узко-длинное телосложение (долихоморфное). Характеризуется малой относительной длиной туловища (меньше — 28,5);

в) при значениях К от 28,5 до 31,5 телосложение оценивается как пропорциональное (мезоморфное).

Относительная длина туловища =  $\frac{\text{расстояние от яремной вырезки до лонного сращения}}{\text{рост в положении стоя}} \times 100$

Классификация конституциональных типов по М.И. Черноруцкому: астенический (эпигастральный угол меньше 90°); нормостенический (эпигастральный угол приближен к 90°); гиперстенический (эпигастральный угол больше 90°) — *рис. 14*. Определение женского и мужского типа конституции тела: Для оценки эндокринологического благополучия Декур и Думик в 1950 г. предложили методику антропометрических измерений, основанную на том, что гормональные дисфункции, возникающие до наступления половой зрелости, влияют на метрические характеристики. В частности, у мужчин (юношей) разница между межакромеальным и межвертлужным размерами равна 10 см; у женщин — 5 см.

Задержка или нарушения в половом



развитии приводит к сдвигу соотношений межакромеального и межвертлужного размеров: уменьшение соотношения у мужчин говорит о евнухоидном типе (женственный тип строения тела); увеличение соотношения у женщин говорит о мужском типе строения тела.

### Характеристика полового развития

Формирование вторичных половых признаков соответствует определенному паспортному возрасту и проходит в строгой последовательности, нарушение которой может свидетельствовать об отклонениях в развитии.

#### Оценка развития вторичных половых признаков у мальчиков:

- V — пубертатная ломка (мутация) голоса (11-12 лет);
- P — лобковое оволосение (12-13 лет);
- L — увеличение щитовидного хряща гортани (14 лет);
- Ax — подмышечное оволосение (14 лет);
- F — оволосение лица (14-15 лет).

#### Оценка развития вторичных половых признаков у девочек:

- Ma — увеличение молочных желез (11 лет);
  - P — оволосение лобка (11-14 лет);
  - Ax — подмышечное оволосение (13-15 лет);
  - Me (менархе) - возраст появления первой менструации (начинается циклическое функционирование системы гипоталамус — гипофиз — яичники).
- Средний возраст менархе — 10-12 лет 10 месяцев. Физиологически раннее менархе — до

12 лет, физиологически позднее — с 14 лет.

### Состояние гибкости (свободы) и тугоподвижности (закрепощенности) тела

Проба на максимальное сгибание туловища вперед (рис. 15). Метод заключается в измерении уровня отстояния пальцев опущенных вниз рук от плоскости отсчета.

Ход проведения пробы: испытуемый встает на ступеньку плоскости отсчета. Не сгибая ног, максимально склоняет корпус вперед, руки свободно свисают вниз. Измеряют расстояние между указательными пальцами опущенных вниз рук и плоскостью отсчета.

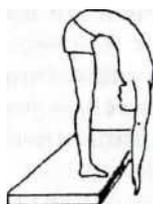


Рис. 15

Если пальцы оказались ниже плоскости отсчета, проба положительная («+»). Если пальцы не достали плоскости отсчета — проба отрицательная («-»). **Пробы: «Замок» и «Мостик»** (рис. 16); «Лодочка» (рис. 17), «Седы» (рис. 18). Метод основан на регистрации возможности или невозможности выполнения обозначенных физических упражнений.

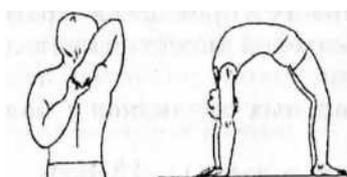


Рис. 16

**Проба «Ухо к плечу»** (рис. 19). В норме угол сгибания может достигать 45°. При выполнении пробы ребенок стоит или сидит. Одной рукой исследователь фиксирует верхнешейный отдел позвоночника, а другой наклоняет голову к плечу.

Оценивается угол наклона между телесной вертикалью и условной линией, проведенной в плоскости ушной раковины. Данные служат для оценки подвижности, в т.ч для оценки эффективности проводимых средств физической культуры.

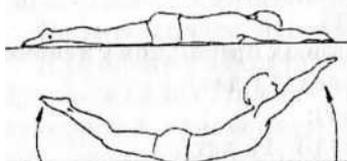


Рис. 18

**Пробы оценки подвижности (тугоподвижности) тазобедренного сустава** (рис. 20).

1. Исходное положение — «лежа на спине». Правая нога удерживается на поверхности пола, а пятка левой ноги фиксируется выше колена правой ноги. Исследователь, придерживая таз ребенка одной рукой, другой пытается развернуть бедро, чтобы колено левой ноги могло достать поверхности коврика. Наличие боли указывает на тугоподвижность (косность) в тазобедренном суставе.

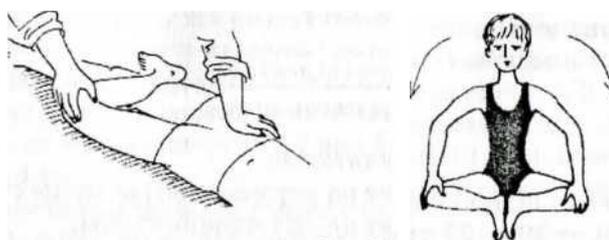
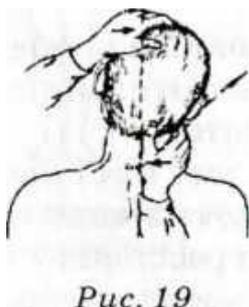


Рис. 20

Пробы оценки подвижности бедренного сустава

2. Исходное положение — «сидя». Корпус прямой, колени согнуты, развернуты наружу.



Соединить ступни и подтянуть пятки как можно ближе к паху. Руками пытаться прижать колени к коврику.

### Тесты, характеризующие развитие опорно-двигательной системы

**Индекс Соловьёва** характеризует развитие костей (см).

Методика: сантиметровой лентой измеряется обхват предплечья в области лучезапястного сустава.

#### Оценка:

- показатель, равный 14 см, указывает на среднекостный тип;
- показатель больше 14 см указывает на относительно ширококостный тип;
- показатель меньше 14 см указывает на относительно тонкокостный тип.

**Индекс М.О. Фридланда** характеризует качество развития стопы. Метод заключается в фиксации высоты и длины стопы.

Для измерения используют жесткие линейки со смещающейся горизонтальной планкой, фиксирующей размер. Можно использовать специальный инструмент — подометр, предложенный М.О. Фридландом.

Стопу устанавливают на любую ровную горизонтальную поверхность (плоскость отсчета). Измеряют длину стопы — расстояние от кончика пальца до вершины пяточного бугра. Высоту стопы измеряют, ставя измерительную линейку у внутреннего края стопы, отступив визуально по тыльной стороне стопы от голеностопного сустава примерно на 2 см. Перемещающаяся планка по измерительной линейке, касаясь тыла стопы, фиксирует ее высоту.

Оценка полученных результатов:

- К от 29 до 31 указывает на нормальное развитие стопы;
- К меньше 29 указывает на уплощение стопы;
- К больше 31 указывает на полную стопу.

**Развитие мышечной силы и выносливости** оценивается по:

- количеству кругов, которые ребенок может пробежать на стадионе в свободном самоконтролируемом режиме (вне секундомеров);
- количеству подтягиваний на перекладине;
- количеству отжиманий от пола;
- времени удержания «уголка» из положения виса на гимнастической стенке.

### Состояние сердечно-сосудистой системы и ее вегетативного тонуса(баланса)

**Пульс (Р8)** прощупывают на лучевой артерии, чуть выше запястья на внутренней стороне руки. Пульс в состоянии покоя подсчитывается в течение 10 с, с последующим умножением фиксированных значений на 6, что позволяет уменьшить ошибки подсчета в течение одной минуты.

**Число сердечных сокращений (ЧСС).** Метод пальпации: прощупывают на 1-1,5 см от левой средне-ключичной линии в пятом межреберье; метод аускультации: выслушивают

сердцебиение в пятом межреберье от левой средне-ключичной линии. Подсчитывают в течение 10 с, с последующим умножением фиксированных значений на 6, что позволяет уменьшить ошибки подсчета в течение одной минуты.

**Артериальное давление (А/Д).** Уровень АД обычно измеряют в области локтевой артерии на правой руке в положении «сидя» после 5-минутного пребывания в состоянии покоя.

Для определения АД используется аппарат-сфигмоманометр или тонометр<sup>1</sup>. Результаты выражаются в миллиметрах ртутного столба (мм.рт.ст.). Для взрослых обычно используют манжету шириной не менее 12 см. Ширина манжеты (ее резиновой камеры) должна закрывать 2/3 длины плеча и минимум его объема. Ширина манжеты для детей до 1 года должна составлять около 2,5 см; от 1 до 3 лет — 5-6 см; от 4 до 8 лет — 9-10 см; для полных взрослых людей — 14 см.

Манжету накладывают на плечо, при этом ее нижний край находится на 2 см выше локтевого сгиба, а предплечье пациента и нулевая точка уровня ртути должны находиться на уровне червертого-пятого межреберья.

Воздух в манжету следует нагнетать достаточно быстро до уровня, превышающего исчезновение тонов Короткова, приблизительно на 20 мм.рт.ст. Скорость понижения уровня ртути в последующем должна составлять около 2 мм.рт.ст. за 1 с. Появление первого регулярного тона Короткова принимается за уровень систолического АД, полное исчезновение тонов Короткова — за уровень диастолического АД.

Однократное измерение АД принято называть случайным. Значения последнего измерения принято называть остаточным АД. Обычно учитываются результаты последнего измерения АД или же среднее их двух последних измерений (по Молчанову):

$$\text{АДс} = 80 + [2\text{Ч}(\text{кол-во лет})];$$

$$\text{АДд} = 1/2 \text{ или } 2/3 \text{ от АДс.}$$

$$K = \frac{\text{высота стопы (см)}}{\text{длина стопы (см)}} \times 100$$

**Ортостатическая проба.** Принцип метода заключается в регистрации ЧСС (РЗ, АД) при переходе испытуемого из горизонтального положения в вертикальное.

Ход проведения пробы: испытуемый располагается в горизонтальном положении, через 5 минут покоя подсчитывается  $PS_0$ (ЧСС<sub>0</sub>) за 10 сек и измеряется АД. Далее по команде испытуемый встает на твердую основу, без рывков, и опять подсчитывается  $PS_1$ (ЧСС<sub>1</sub>) за 10 с и измеряется АД.

Ф.	Горизонтальное положение	КОМАНДА	Вертикальное положение	
	$PS_0$ (за 10 с)			$PS_1$ (за 10 с)
И.	<i>или</i>			
	ЧСС <sub>0</sub> (за 10 с)			ЧСС <sub>1</sub> (за Юс)
О.	АД <sub>0</sub> (с/д)		АД <sub>1</sub> (с/д)	

<sup>1</sup> Предложен итальянским педиатром Рива-Роччи в 1896 г. В 1905 г. наш соотечественник Н.С. Коротков предложил метод звукового определения АД, который применяется в настоящее время во всем мире.

**Проба Мартинэ<sup>1</sup>**. Фиксируется PS, ЧСС и АД до и после нагрузки, а также — времени возврата изменившихся показателей к исходным.

По команде испытуемый делает 20 приседаний за 30 с (для детей 3-4 лет — 10 приседаний за 30 с). Исходное положение: ноги вместе, руки вдоль туловища; присесть, не отрывая пятки от пола, вытянув вперед обе руки; вернуться в исходное положение.

Нормальной реакцией на пробу считается учащение пульса до 50-70%. Более значительное учащение пульса свидетельствует о нерациональной реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку. Систолическое артериальное давление увеличивается на 15-25%, а диастолическое артериальное давление снижается на 20-30%. Восстановление показателей до исходного уровня в норме происходит менее чем за 3 минуты.

**Проба Мастера** (модифицированная). Одноступенчатый степ-тест (ступенька высотой 20 см, шириной 65-70 см).

Ход проведения пробы: По команде испытуемый начинает ходьбу по ступеньке. Последовательность «ходьбы»: поставить на ступеньку правую ногу, опустить левую ногу на пол, опустить правую ногу на пол. Каждый элемент выполняется за 1 с. В течение полутора минут совершается восхождение и спуск в заданном темпе — 20 переходов в одну минуту.

До и после нагрузки подсчитываются PS, ЧСС за 10 с, измеряется АД (гемодинамическое и вегетативное обеспечение нагрузки по коэффициенту сдвига после нагрузки), возврат показателей к исходному уровню — нормотоническая реакция на нагрузку — через 3-4 мин. Увеличение времени возврата расценивают как дисрегуляторную реакцию или отрицательную реакцию на нагрузку.

Показатель баланса (равновесия) симпатической и парасимпатической регуляции. Глазо-сердечная проба (проба нагрузкой на конвергенцию глаз — И.И. Русицкий, 1938).

Принцип метода заключается в регистрации P8, ЧСС и АД до и после нагрузки.

Ход проведения пробы: подсчитываются PS<sub>0</sub>, ЧСС<sub>0</sub> за 10 с, измеряется АД<sub>0</sub>. По команде обследуемый смотрит в течение 15 с на предмет, расположенный на расстоянии 10 мм от кончика его собственного носа. После чего фиксируется вновь PS<sub>1</sub> ЧСС<sub>1</sub> за 10 с и измеряется АД<sub>1</sub>. В норме наблюдается замедление пульса и снижение систолического артериального давления.

1 Показатели оценки полученных результатов см. в Приложении 5.

### **Характеристика функционального состояния системы дыхания**

**Число дыханий (ЧД)**. Подсчет числа дыханий производится незаметно для обследуемого по движениям грудной или брюшной стенки. Подсчет можно проводить визуально, пальпаторно, положив руку на грудь или на эпигастральную область обследуемого. Считают число дыханий за 10 с. Фиксированное значение в последующем умножают на 6, с тем чтобы избежать значительную их вариативность при подсчете за одну минуту под влиянием психоэмоционального компонента.

**Время апноэ (отсутствие дыхания)**. Показатель устойчивости организма к кислородной задолжности отражает энергетические резервы внутриклеточного дыхания.

**Проба Генчи** (задержка дыхания на выдохе). Ход проведения: после вдоха выдохнуть,

задержать дыхание так долго, на сколько это возможно (при этом зажмите пальцами или прищепкой ноздри). Фиксируют время задержки дыхания в секундах.

При оценке функциональной адекватности можно применить те же нагрузочные пробы, которые применялись для оценки сердечно-сосудистой системы. Принцип заключается в том, что подсчитывают Р8 и фиксируют длительность «апноэ» в с, затем рассчитывают индекс, который предложен К. Динейка:

Оценка результатов: физиологичным является показатель, равный 2. Чем меньше полученный показатель, тем выше резервы организма к кислородной недостаточности.

**Нагрузочная проба на оценку состояния внутритканевого дыхания.** Принцип метода заключается в фиксации Р8, длительности «апноэ» до и после нагрузки с последующим подсчетом индекса К. Динейка — А. Эсортас.

Ход проведения нагрузки:

- а) по команде сделать 5-10 приседаний на выдохе, т.е. выдыхать во время приседания (10 раз сесть на стул: темп выполнения — 1с; сесть на стул — 1 с — встать со стула);
- б) форсированное дыхание: 10 раз глубоко вдохнуть и выдохнуть, активизируя выдох.

Покой	После нагрузки(приседания)	После форсированного дыхания	
PS <sub>0</sub> «апноэ <sub>0</sub> » К <sub>0</sub>	PS <sub>1</sub> «апноэ <sub>1</sub> » К <sub>1</sub>	PS <sub>2</sub> «апноэ <sub>2</sub> » К <sub>2</sub>	- «апноэ <sub>3</sub> » -

Оценка полученных результатов:  
чем меньше К, тем выше устойчивость организма к кислородной недостаточности;

«апноэ<sub>0</sub>» > «апноэ<sub>1</sub>» - физиологичным считают уменьшение «апноэ<sub>1</sub>» на 20-50% от «апноэ<sub>0</sub>» (расчёт по коэффициентам сдвига);

«апноэ<sub>0</sub>» < «апноэ<sub>2</sub>» - физиологичным считают, если после форсированного дыхания «апноэ<sub>2</sub>» длительнее исходного («апноэ<sub>0</sub>»);

«апноэ<sub>0</sub>» < «апноэ<sub>3</sub>» - физиологичным считают, если спустя 4 мин после нагрузки «апноэ<sub>3</sub>» больше «апноэ<sub>0</sub>».

### Характеристика функционального состояния нервной системы

**Поза Ромберга.** Принцип метода состоит в оценке характера устойчивости (покачивания) тела, находящегося в вертикальном положении (рис. 21).

Ход проведения и оценка: осматривают обследуемого, стоящего прямо, со сдвинутыми стопами и опущенными руками. У лиц с положительным симптомом (положительной пробой) появляется более или менее выраженное покачивание туловища,

которое значительно усиливается, когда обследуемый закрывает глаза, смотрит вверх, протягивает вперед руки, располагает ноги в одну линию при сагитальной установке «стоп!», когда пятка одной стопы касается пальцев другой.

Вартенберг Р. рекомендует следить за положением надколенников, которые у истериков и симулянтов не смещаются при этой пробе кверху, а при истинном нарушении координации и стремлении удержаться на ногах надколенники смещаются кверху, вследствие напряжения четырехглавых мышц бедер. Проба свидетельствует о нарушении статической координации тела и о нарушениях в различных отделах нервной системы, принимающих участие в поддержании равновесия тела (задних корешках, задних столбах, мозжечке, преддверно-улитковом органе и пр.).



Рис. 21

**Пальценосовая проба** (рис. 22). Принцип метода состоит в оценке характера движения руки.

Ход проведения и оценка: при проведении пробы обследуемый, медленно сгибая вытянутую перед собой руку, указательным пальцем должен попасть в кончик носа. Глаза при этом закрыты.



Рис. 22

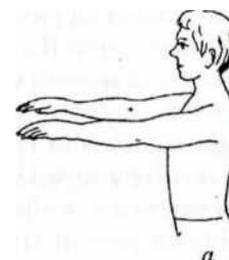
Оценивают:

- а) четко попадание в кончик носа;
- б) попадание в крыло носа;
- в) промах.

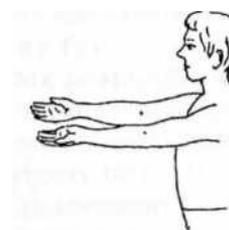
Положительная проба свидетельствует о нарушении динамической координации — динамической атаксии.

**Проба на гиперметрию.** Тест на избыточную двигательную реакцию характеризует состояние мозжечка и его путей (рис. 23 а, б).

Ход проведения пробы: обследуемому предлагается вытянуть вперед руки ладонями вверх (а). По команде — резко повернуть руки наружной поверхностью кистей вверх. (Для усиления пробы можно предложить закрыть глаза.)



а



б

Рис. 23

На стороне поражения мозжечка отмечается избыточная ротация кисти.

**Мотометрический тест** характеризует зрительно-ручную координацию и быстроту реакции.

а) **Проба на обведение круга:** обследуемому предлагается обвести круг диаметром в 3 см. Оценка пробы проводится по точности выполнения задания и регистрации затраченного времени.

б) Проба на схватывание падающего листа: исследователь берет листок бумаги, поднимает его перед собой и отпускает. Обследуемый разжимает пальцы руки — большой и указательный. Когда листок будет падать вниз, обследуемый должен поймать его пальцами. Пробу повторить 10 раз.

Оценка: хороший результат, если из 10 попыток обследуемому удалось поймать листок 7 раз.

$$K\partial = \frac{PS(\text{за } 10\text{ с})}{\text{Апноэ}}$$



## Глава VI

### Контроль за свободой пололичностного развития детей в учебном процессе

#### Качественные различия в чувственных доминантах мальчиков и девочек

Любой, кто держал на руках малыша, не мог не обратить внимание на следующее: уже в младенчестве у мальчиков и девочек вызывают восторг совершенно разные предметы, объекты и явления жизни. Мальчики тянутся к более низким и громким звукам, к более крупным предметам и объектам. Их внимание привлекают настоящие машины, танки, экскаваторы, самолеты, а также их уменьшенные макеты — игрушки. И наоборот, внимание девочек сосредоточено на более мелких и более утонченных явлениях и объектах. В первую очередь, это красивые куклы и все, что связано с жизнью этих «персон» (наряды, банты, цветы, посуда и т.д.). Известно и то, что девочки из кубиков обычно выкладывают на плоскости круг, а мальчики — башни, устремленные в высь. Предвестник «сексопатологической» западной культуры З.Фрейд эти детские архитектурные произведения отнес к подсознательному изображению малышами символов... своих половых органов (архетипов). Это извращенное понимание духа ребенка из поколения в поколение повторяли видные мировые психологи.

Качественные различия эмоциональных реакций у мальчиков и девочек (а в итоге у мужчин и женщин) при предъявлении различных образов (предметов, объектов) хорошо знали уже в древнем мире. Вот как описывает «тест» на выявление мужского начала в юношах знаток древних греческих мифов А.Г. Петискус в книге «Боги и легенды Олимпа»:

«С Ахиллом поступили иначе. Этому герою, сыну Пелея и богини Фетиды, было оракулом предсказано, что он может или наслаждаться долгим счастьем и невозмутимым спокойствием жизни, или же умереть скоро, но зато прославившись удивительными подвигами и затмив славой всех современников. Мать его, по понятному материнскому чувству, предпочла, конечно, первое и скрыла сына в женском платье среди дочерей царя Ликомеда на острове Скирос. Здесь он полюбил Деидамию и от брака с нею имел сына Неоптолема. (Тот также должен будет впоследствии явиться под Трою.) Собравшиеся греческие герои рассчитывали отыскать и склонить на свою сторону и Ахилла. И то и другое взялся сделать хитроумный Одиссей.

Одиссей с товарищами, переодевшись торговцами, прибыл на остров Скирос и в доме царя Ликомеда стал предлагать дочерям его различные безделушки. Царские дочери с жадностью набросились на украшения и со вниманием рассматривали красивые вещицы. Один Ахилл, одетый как и они, не обращал на эти дорогие вещи никакого внимания. Тогда Одиссей стал показывать военное убранство и оружие. При виде хвостатых шлемов и сияющих лат, при звуках военных музыкальных инструментов лицо Ахилла вспыхнуло, он схватил оружие и безоговорочно примкнул к героям, чтобы искать себе славы».

Наши исследования по возрастной психофизиологии чувств опровергают надуманный З. Фрейдом сексопатологический взгляд на душу ребенка. Оказалось, что у нормально развивающейся девочки изначально доминантная установка чувств (души — на христианском языке) на будущего ребенка, и свое отношение к нему она оформляет и выражает на кукле как символе младенца. При этом девочка подсознательно чувствует, сколь много опасностей для малыша таит в себе этот мир. Вот почему, когда девочка рисует мелом или выкладывает из кубиков круг, она подсознательно «строит» круг «безопасности». Девочка невольно ищет

«крепость», за стенами которой они вместе с ребенком (куклой) могли бы скрыться от тех ужасов и опасностей, которыми так переполнена вся история людей и что глубоко сокрыто в генетической памяти чувств.

Заметим, что для девочки доминантным переживанием является она сама (Я) и ее «личный» ребенок в символе куклы. Вот почему она постоянно ищет себе защиту. Девочка с куклой стремится спрятаться за крепостью стен защиты и добра! У девочек, будущих матерей, страх и любовь эгоистичны.

А теперь вспомним замки-дворцы, которые любят строить мальчики. Вот она, истинная крепость из мужского и женского союза, на основе которой и может продолжаться духовная история людей!

Именно эти духовные, а не сексопатологические подсознательные мотивы З. Фрейда присутствуют в душах наших детей. Небезынтересно будет заметить, что устремленность мальчиков ввысь символизирует не «генитальный» извращенный взгляд данного автора и его последователей, а принцип духовного возвышения, на что указывают и многие мифы, где небо всегда символизировало мужское начало, а земля — женское (Ригведа М. — М.: Наука, 1989. — С. 501). Не случайно христианство изображало мальчиков в виде ангелов-хранителей духовной истории людей. Не организовав необходимую для воссоздания (воспитания) на этапе детства сообразную природе пола ребенка среду, не выстроив богоугодные для душ мальчиков и девочек духовные храмы, церковь вынуждена строить позже храмы в камне и бетоне уже для покаяния оформившейся на этапе детства армии грешников. Но это тема для отдельного большого разговора.

Все соглашаются с тезисом: за юношей-мужчиной девушка-женщина должна быть как за каменной стеной. При этом мало кто задумывается: откуда возьмется эта самая стена-крепость в юношах-мужчинах, если уже многие поколения мальчиков воссоздаются по женским «лекалам» чувств и эмоций, воспитываются по законам подавления и нейтрализации законов формирования у них воли, силы духа, храбрости, доблести, мужества, лидерства? Откуда взяться мужчинам, если благодаря усилиям РАО и Министерства образования создана такая учебно-воспитательная система, при которой становление мальчиков — это эстафета передачи их из одних женских рук в другие? Откуда возьмется мужской характер, если на весь период взросления мальчиков «растворили» среди более старших по духовному и генетическому возрасту девочек? Девочек, которые навязывают им свои сугубо девичьи игры, эмоции, смыслы, мечты, фантазии, пристрастия и т.д. И после этого общество удивляется, что вместо мужского духа крепости оно получает что-то вроде подверженной всем непогодам глиняно-тростниковой «временки».

Представим, какая буря разочарования и негодования возникает в душе невесты, когда она сталкивается с такой тростниковой «крепостью» на глиняных ножках! На подсознательном уровне — это крах мечты «о принце», крах, переходящий в страх за свое будущее. И, как реакция разрядки, — агрессия на несостоявшуюся «крепость», несостоящуюся опору жизни! Разочаровавшись, молодые девушки устремляются за зрелыми мужчинами. А переполненные страхом и патопсихическими комплексами так называемые мужчины (по внешнему признаку) в злобе, боли, зависти и бессилии мстят всем и вся за свое несостоявшееся истинное Я.

С этой точки зрения мы можем по-другому взглянуть на нарастающие в прозападной бесполой цивилизации проявления извращенного женского соблазна, женского психического хаоса, женской экспансии и агрессии. Об этом сегодня много пишется в психологической литературе.

Наши исследования показали: в нарастающем социальном хаосе, хаосе межполовых и межличностных отношений есть определенная логика. Оказалось, что мера неумолимо нарастающих женских пороков уже обусловлена женским коллективным подсознательным. И эта мера душевного хаоса прямо пропорциональна мере угасания и деградации коллективного мужского духа — комплекса характеристик мужественности: силы, воли, духа, уверенности, стойкости, мудрости, заботы и внимания к женскому началу. Вот почему чем в большей степени угасает в народе мужское начало, тем в большей степени народ погружается в стихию женского страха, рабства и импульсивно-взрывного хаоса.

Известно, что комплекс характеристик мужественности не дается мальчикам в готовом виде. Вспомним, у мальчиков всегда одна мужская (Y), а другая — женская (X) хромосома. У девочек же обе хромосомы — женские (XX). При этом женское начало всегда доминирует. Вот почему, если мальчикам не привить комплекса характеристик силы духа и воли тела, т.е. мужественности, то они вырастают женоподобными, инфантильными — пародиями на мужчин. Душа таких юношей-мужчин уже никогда не вырвется из цепких инстинктивных «лап» страха и неуверенности, а поэтому будет всегда женственной. Несомненно, в этих условиях женскому началу ничего не остается, как надеяться только на себя и развивать в себе комплекс характеристик мужественности. Эти процессы сопровождаются стрессами и гормонально-эндокринными ломками. У женственных юношей и омужествленных девушек высшей ценностью давно стала внешняя смазливость и привлекательность. Соединение в брачном союзе полуженщины с полумужчиной приводит к тому, что со временем «супруги» ничего друг к другу не испытывают, кроме ненависти.

Такова неумолимая логика духа. На подсознательном же уровне начинается межполовая бойня двух «самцов» за мифическую «самку» и двух подсознательных «самок» за мифического «самца».

**Отметим, что духовное перерождение пола начинается в детстве (и не только) со смены присущей полу чувственно-эмоциональной доминанты.** В свою очередь чувственно-эмоциональное — это гормонально-эндокринологическое. При этом биологи знают: гормоны — вещества прямого генетического действия. Понятно, что в современной цивилизации развернулась настоящая эпидемия перерождения женской «X»-хромосомы в мужскую «Y»-хромосому и наоборот. Фактически мы являемся свидетелями духовно-эмоционального и, как следствие, генетического распада пола и генетической гермафродитизации. В научной литературе все чаще описываются случаи об обнаружении у девушек-женщин мужской хромосомы «Y», в то время как у юношей-мужчин катастрофически снижается жизнеспособность мужского детородного семени. И об этом сегодня много пишется.

И наконец, самой жуткой трагедией в этом перерождении является то, что у «новых женщин» угасает и даже полностью исчезает материнский инстинкт. В итоге сотни тысяч социальных сирот при живых родителях, выброшенные в мусорные ящики и отхожие места младенцы.

Для выяснения, как работает тест «Одиссея», описанный А.Г. Петискусом, еще в конце 80-х — начале 90-х гг. нами было проанализировано более 3000 рисунков детей. При этом

оказалось, что у психически здоровых детей, развивающихся сообразно их природе, рисунки мальчиков и девочек отражают качественно различающиеся эмоционально значимые образы (архетипы), которые никогда не смешиваются между собой. Ниже представим такие характерные только для мальчиков и только для девочек образы-символы.

Для мальчиков эмоционально значимыми являются следующие образы-символы:

- символы свободы и путешествий в свободном пространстве. Это солнце, окно, ветер, месяц, луна, радуга, горы, мосты, горизонт, система дальней космической связи, космические полеты. Атрибутика путешествий: колеса, самолет, велосипед, машина, лодка, корабль, ракета и т.д.;
- символы силы, мощи и воли: трактор, подъемный кран, штанга, ракета, машины, поезд, кит, бык, орел;
- символы врага: страшные драконы, змеи, волки, крокодилы, акулы, роботы, искусственные люди;
- символы стойкости: треугольник, квадрат, высокое дерево, камень, крепость, замок.
- символы борьбы: меч, копье, лук, стрелы, булава, шлем, щит, пистолет, автомат, танк, самолет;
- символы победы: флаг, горн, колокол, крики «ура», салют, ордена.

Для девочек как в снах, так и в рисунках характерны иные символы:

- символы воскресения жизни: яйцо, круг, птенцы, колыбель;
- символы духовного материнства: куклы, колыбели, невесты, коляски;
- символы женственности (нежности, изящества, легкости): воздушные шарики, порхающие птицы, цыплята, разукрашенные принцессы-невесты;
- символы женской красоты: цветы, шляпа, очки, броши, яркие губы, глаза, губная помада, волосы;
- символы очага и домашнего уюта: дом, стол, посуда, занавески, сервиз, кровать, печка, ванная;
- символы достатка в доме: ягоды, фрукты, овощи, грибы, шкатулка и т.д.

Кроме того, в середине 90-х гг. под нашим руководством кандидатом медицинских наук Г.Л. Стюхиной было выполнено исследование, отвечающее на вопрос: что происходит с пололичностным воображением при существующей смешанной, «бесполой» модели дидактики и в условиях предложенной нами параллельно-раздельной модели образования (мальчики и девочки учатся в отдельных, параллельных классах). При этом были выявлены следующие четкие закономерности. При смешанной модели образования в процессе взросления у детей все больше и больше угасает пололичностное воображение на фоне развития воображения, характерного для противоположного пола (!). И наоборот, при параллельно-раздельной модели образования у всех детей отмечается укоренение присущего полу воображения.

Известно и то, что именно **содержание воображения и определяет содержание нашей духовно-эмоциональной жизни, в том числе и стратегию поведения людей.** При этом та или иная психоэмоциональная активация — это активация тех либо иных гормонов, мишенью которых, как известно, является генофонд. Именно этим обстоятельством мы и объясняем открытие известного специалиста по квантовой генетике П. Горяева того, что слово моделирует работу генофонда.

Именно бесполой дидактикой мы и объясняем жуткие цифры, которые выявила сотрудник нашей лаборатории Л. А. Алифанова. К 9-у классу у 96% юношей антропограммы

указывали на развитие их по женскому типу; и наоборот, у 60-70% девушек отмечаются симптомы маскулинизации, т.е. развития по мужскому типу.

При изучении данной проблемы мы пробовали выяснить: какое же имеется научное обоснование обучения мальчиков и девочек в смешанных классах? В России, как известно, смешанные классы вводились дважды (в 1918 и в 1953 гг., т.е. после смерти И.В. Сталина), а в 1943 г. вводилось раздельное обучение. Смешение мальчиков и девочек осуществлялось административно, без какого-либо серьезного научного обоснования.

В поиске ответа на все эти вопросы мы попытались найти у руководителей образовательных учреждений хоть какие-либо методические указания на то, как следует учитывать критерий психоэмоциональной совместимости мальчиков и девочек при их совместном обучении, которое начинается с 1-го класса. К сожалению, таких разработок нет и никогда не было: детей смешивают по принципу случайности (как лото в темном мешочке). При этом собственного мнения и желания у них никто не спрашивает!

Для изучения учета мнения детей по данной проблеме нами был предложен им следующий тест.

### **Тест на оценку природосообразности смешанного обучения мальчиков и девочек**

Руководитель образовательного учреждения издает приказ по созданию комиссии, в которую входят: психолог, представитель администрации школы, родители, школьный врач (средний медработник). Комиссия обходит все классы. При этом, войдя в класс, просит выйти всех мальчиков. После этого психолог задает девочкам следующий вопрос: «Когда вы чувствуете себя свободнее, увереннее, эмоционально комфортнее: сейчас, когда вы одни, или когда вы были вместе с мальчиками?».

Затем комиссия просит девочек удалиться и приглашает мальчиков, которым задает тот же вопрос.

Результат опроса фиксируется и оформляется в виде протокола. Полученные данные служат основой для решения главного требования закона РФ «Об образовании», вменяющего личностно ориентированный подход в обучении. А личностная ориентация начинается прежде всего с пололичностной ориентации в организации и проведении урока.

Заметим, что под нашим руководством таким образом были опрошены учащиеся 10 школ Москвы и Московской области. При этом, если первоклассники еще ничего вразумительного сказать не могли, то третьеклассников и школьников постарше буквально «прорвало». Типичные ответы на вопрос: «Как ты себя чувствуешь в смешанном классе?» — таковы: «Плохо, ужасно»; «Ужасно, дерутся»; «Ужасно, отвратительно»; «Плохо, очень плохо, ужасно»; «Дебильно»; «Ужас! Ужас! Ужас!» и т.д.

А вот типичные ответы, характеризующие самочувствие детей в однополых классах: «Великолепно»; «Свободно»; «Отлично»; «Хорошо»; «Клево»; «Очень хорошо»; «Прекрасно»; «Весело»; «Уютно»; «Легко» и т.д.

**В целом 95-100% учащихся 5-7-х классов заявили, что им свободнее и комфортнее, когда они в классе отделены от лиц противоположного пола.** Ну а далее родителям и учителям следует обратиться к закону «О гарантиях прав ребенка в РФ», а также к Положению о личностной (а бесполой личности нет) ориентации и свободном развитии личности ребенка в учебном процессе, которое гарантирует закон РФ «Об образовании». Вывод очевиден: **мальчиков и девочек следует обучать в параллельных классах.**

Если кто-либо из вышестоящих инстанций будет «рьяно» защищать существующий «статус кво», руководитель образовательного учреждения может обратиться в Минобрнауки за методикой подбора и оценкой совмещения (индивидуальной совместимости) мальчиков и девочек при комплектации классов. Каждый директор школы должен знать: ни министр образования, ни руководители управления системой образования, к сожалению, не несут никакой юридической ответственности за продолжающиеся уже полвека реформы, а по сути — эксперименты над детьми. За все, что происходит с детьми в школе, юридически отвечает только директор школы.

### **Методы контроля за свободой пололичностного развития мальчиков и девочек в учебном процессе**

Контроль за свободой развития пололичностного воображения. С этой целью в начале и конце каждого учебного года детям предлагается ответить на вопросы и выполнить задания (допускаются вместо письменных ответов рисунки). Например:

- перескажи и нарисуй свой самый яркий сон;
- назови свою сокровенную мечту;
- твои любимые игры, увлечения;
- перескажи и нарисуй главные объекты и предметы твоей любви;
- перескажи и нарисуй главные объекты и предметы твоего страха;
- доволен(льна) ли ты, что ты являешься мальчиком (девочкой);
- твой любимый герой;
- нарисуй эмоционально значимые для тебя сцены из сказок А.С. Пушкина;
- после того как ты вырастешь, кем бы ты хотел(а) работать?
- что тебе нравится в мире взрослых, а что — нет? Что бы ты хотел(а) в нем перестроить?

Для изучения эффективности работы коллектива школы (при совместном и параллельно-раздельном обучении мальчиков и девочек) по реализации базовых положений закона РФ «Об образовании», вмещающего «свободное развитие личности», а также закона «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ», вмещающего «физическое, интеллектуальное, психическое, духовное и нравственное развитие детей», в помощь директору школы (несущему прямую ответственность за реализацию в школе указанных положений), а также Совету родителей рекомендуем следующие тесты-анкеты.

Анкета для школьника, прошедшего обучение в начальной школе

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Школа № \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_

1. Какие тебе запомнились:  
самые приятные моменты (эпизоды) в начальной школе: \_\_\_\_\_;  
самые неприятные \_\_\_\_\_.

2. Какие в начальной школе были предметы, которые ты:  
полюбил(а) и любишь сейчас \_\_\_\_\_;  
не можешь назвать \_\_\_\_\_;  
невзлюбил(а) и не любишь сейчас \_\_\_\_\_.

3. Можешь ли ты назвать произведение из учебников «Родная речь» или «Живое слово», которое тебе больше всего запомнилось и понравилось:

да(назвать и объяснить почему)\_\_\_\_\_;

нет(назвать и объяснить почему)\_\_\_\_\_.

4. Когда тебе больше хотелось учиться:

когда в первый раз шел(шла) в школу\_\_\_\_\_;

сейчас\_\_\_\_\_.

5. Какие бы ты хотел(а) предметы:

а) исключить из программы начальной школы:\_\_\_\_\_;

б) включить в неё:\_\_\_\_\_.

### Анкета для учащихся средних и старших классов

Во имя какой цели, в отличие от других форм жизни, мы владеем разумом?

Варианты ответа:

а) для постоянного совершенствования способов удовлетворения своих потребностей с целью получения удовольствий;

б) для совершенно других целей. (Поясните каких.)

Ответ должен быть развернутым, выражать только личное мнение учащегося, без использования каких-либо других источников. Полученные ответы соотносят с теми образами-символами (архетипами), которые мы привели выше.

Для оценки качества развития тела, соответствующего природе пола, при смешанном и параллельно-раздельном обучении мы рекомендуем тесты Декура и Думика, описанные в разделе «Типы телесной конституции».

### Многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла

Из существующих психодиагностических программ изучения «профиля» личности особое внимание заслуживает многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла (1950, 1970) в его «русской» версии А.В. Батаршева (2002). Цель вопросов — попытка проникнуть в мир подсознательной (т.е. истинной) сферы личности, но все же этот опросник имеет принципиальную недоработку — отсутствие толкования результатов в зависимости от личности пола, т.е. в зависимости от присущего каждому полу своего, соответствующего природе ребенка набора характеристик. И это, похоже, не случайно.

В век «прозападной» культуры «бесполого» образования, «бесполой» моды, «бесполох» социальных ценностей мы уже во многом потеряли те истинные, вечные ценности, которые «рукотворно» оформляются на этапах детства и должны быть присущими только юношам-мужчинам и только девушкам-женщинам. Ценности, которые генетически даются лишь в виде задатков и которые должны целенаправленно формироваться воспитанием. Сегодня мы оказались глубоко дезориентированными в этих ценностях и в итоге потеряли психодиагностические «лекала», по которым должны растить наших детей.

Наши исследования по возрастной пололичностной психофизиологии показали: то, что

является не только положительной характеристикой, но и «заслугой» для психически полноценных девочек-девушек, часто, очень часто является деструктивным психосиндромом для мальчиков-юношей. Например, для девочек нежность, стеснительность, отсутствие решительности в действиях, в т.ч. силовых, считается нормой, для мальчиков — психосиндромом. Обостренная потребность в защите, покровительстве, ласках для девочек является нормой, для мальчиков — психосиндромом. Инстинктивные страхи для девочек-девушек присущи их природе, и их можно нейтрализовать только под покровительством любви. Инстинктивные страхи для мальчиков-юношей всегда являются психосиндромами, и нейтрализовать их можно только через испытания и воспитание силы духа, т.е. через борьбу со своей низшей природой.

Девочкам-девушкам-женщинам присуще гипертрофированное беспокойство за свое Я-внешнее (имидж). Помните, у А.С. Пушкина:

*...Свет мой, зеркальце, скажи  
Да всю правду доложи:  
Я ль на свете всех милее,  
Всех румяней и белее?*

Очень часто гипертрофированная любовь к своему ребенку оборачивается отчуждением от других детей (в народных сказках — синдром мачехи).

Эгоистическая природа обостренной любви к себе и своему ребенку часто носит деструктивный характер во взаимоотношениях в коллективе. Известно высказывание писательницы Тэффи на этот счет: **«Мужская логика объединяет людей. Женская — разъединяет, потому что ее логика, как и она сама, всегда индивидуальна»**. Такова разная природа, исходящая из разного эволюционного и социального предназначения мужской и женской сущности.

Более чем 100-летний опыт западной культуры по нейтрализации психогенетических и социальных ролей мужчин и женщин — это величайший эксперимент, который провела цивилизация над своей природой. Итоги же этого эксперимента уже хорошо просматриваются (см. часть V).

Например, четко установлено, что все насильники-растлители детей и маньяки развивались по женскому типу. В итоге у них сформировался глубокий психосиндром неуверенности и страха мужской несостоятельности.

Казалось бы, поправить ситуацию несложно — для этого достаточно с 1-го класса обучать мальчиков и девочек в параллельных классах. Косность нашей системы образования мешает это сделать.

Что же касается полочичностного толкования опросника Р. Кеттелла, то мы в настоящее время работаем над новой его версией, а итоги этой работы будут представлены в последующих публикациях.

## Глава VII

### Контроль за динамикой развития детей в домашних условиях

#### Контроль за формированием телесной вертикали (осанки)

Как показывает практика, родителям довольно легко организовать контроль и последующий анализ качества телесного и духовно-психического развития своего ребенка под влиянием деятельности школы и психо-эмоциональной обстановки в семье. Безусловно, такой контроль не может заменить профессиональный контроль медиков за развитием и здоровьем детей с учетом имеющихся приказов и методических указаний Минздрава РФ. Но учитывая здоровьеразрушающий характер современной школьной среды, пассивность власти в действиях по изменению данного положения, внимание родителей к этой проблеме необходимо.

Эффективным приемом контроля за состоянием и динамикой осанки является фотографирование профиля спины, спроецированного на метрическую сетку, размещенную на заднем плане (рис. 24). Особо обращаем внимание, что при фотографировании ребенок должен принять комфортную для него позу (т.е. не «подтягивать» себя специально). При повторном фотографировании профиль спины (осанка) оценивается в динамике. Родители должны знать: любое нарушение осанки — это нарушение развития всей системы позвоночного столба с трагическими его последствиями на всю оставшуюся жизнь. Данное состояние можно сравнить со сломом стебелька, прорезавшегося сквозь толщу земли и устремленного к свету.

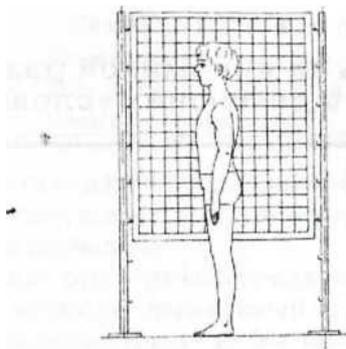


Рис .24

В Пермской области была проверена осанка у дошкольников, посещающих ДОУ и получающих «домашнее воспитание». Выяснилось, что у 90-95% «домашних» детей осанка была в пределах нормы. И наоборот: у 90-95% малышей, посещающих дошкольные образовательные учреждения, она была нарушена.

В чем же дело? Оказалось, что в ДОУ регулярно проводятся так называемые «развивающие» занятия, когда дети должны неподвижно сидеть на стульях и по книжечкам изучать мир. В периодической печати уже появились сообщения специалистов, согласно которым у 90-100% столичных дошколят, посещающих ДОУ, подорвана осанка, т.е. уже нарушена вся стратегия развития позвоночной системы. Эта армия надломленных в образовательных учреждениях «стебельков» жизни в геометрической прогрессии будет приумножать уже имеющиеся сверхзаболеваемость и сверхсмертность в России,

приумножать число инвалидов, которые уже есть в стране. Так что о важности родительского контроля в этом случае говорить не приходится.

### Контроль за динамикой остроты зрения

Известно, что «королевой» сугубо школьных форм патологий является близорукость, первым симптомом которой является снижение остроты зрения. Вот почему контроль за динамикой зрения в домашних условиях — важная задача тех родителей, для которых здоровье их ребенка — высшая ценность. Для контроля за развитием зрения в домашних условиях в первую очередь следует организовать стандартные условия проверки.

Простой экспресс-контроль за динамикой зрения осуществляется следующим образом. В коридоре у одной из стен устанавливаются тумбочка и настольная лампа. На стене фиксируется избранный текст со стандартным размером печатных букв. Желательно, чтобы размер шрифта был ни большим, ни мелким (например, 3 мм). Текст прикрепляется несколько выше уровня настольной лампы, и на него снизу наводится экранированный для глаз ребенка свет. При проверке зрения важно, чтобы текст был на уровне или чуть выше уровня глаз ребенка. Проверяется острота зрения каждого глаза отдельно и обоих глаз одновременно. Методика проверки зрения описана в III части.

Обращаем внимание на то, что буквы показывают, начиная с конца слова. На полу делают 3 отметки тех самых максимально удаленных дистанций, при которых ребенок уверенно называет буквы: глядя правым, левым глазом и обоими открытыми глазами.

Еще раз подчеркиваем: главное при таком исследовании — не определить «норму» или «патологию», а возможность оценить изменение остроты зрения в динамике (стало лучше; стало хуже; осталось на прежнем уровне).

Для тех родителей, кто хочет оценить остроту зрения по общепринятой оценочной шкале, предлагаем разместить на стене 10-ю строчку из существующих таблиц для проверки зрения (рис. 25) Ниже приводим шкалу оценки зрения. Если ребенок видит данную строку:

с 5 м — острота зрения соответствует общепринятой «норме», т.е. 1,0;

с 4 м — острота зрения равна 0,8;

с 3,5 м — 0,7;

с 3 м — 0,6;

с 2,5 м — 0,5;

с 2 м — 0,4;

с 1 м — 0,2;

с 0,5 м — 0,1.

Если ребенок видит данную строку:

с 5,5 м — острота зрения равна 1,1;

с 6 м — 1,2;

с 6,5 м — 1,3;

с 7 м — 1,4;

с 7,5 м — 1,5;

с 8 м — 1,6;

с 8,5 м — 1,7;

с 9 м — 1,8;

с 10 м — 2.

---

<sup>1</sup> Данный подход предложен в 60-х гг. А.И. Дашевским и П.Г. Макаровым.

ТАБЛИЦА ГОЛОВИНА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ

D = 50,0			V = 0,1				
D = 25,0				V = 0,2			
D = 16,67					V = 0,3		
D = 12,5						V = 0,4	
D = 10,0						V = 0,5	
D = 8,33							V = 0,6
D = 7,14							V = 0,7

## **Контроль за динамикой роста ребенка**

Многие родители осуществляют контроль за динамикой роста по отметкам на стене (дверном наличнике). Мы рекомендуем эти замеры проводить строго периодически, например ежемесячно в одно и то же число. Особое внимание при таком наблюдении нужно обратить на следующее.

Современная школа оказывает такое стрессогенное воздействие на ребенка (и особенно на мальчиков), что многие дети во время учебного года просто не растут. И только летом, во время каникул, их рост возобновляется. Родители должны знать, что неравномерный рост ребенка — очень тревожный симптом. Нашими исследованиями установлено, что основными факторами школьной жизни, которые «заглушают» ростовые процессы, являются следующие:

- методы обучения, сковывающие двигательную активность детей («малоподвижные»);
- смешанное обучение мальчиков с более старшими (по генетическому возрасту) девочками;
- систематический прессинг со стороны учителей и родителей (строительство учебного процесса не на эмоционально-мотивационной основе, а на авторитарно-принудительной, в т.ч. стрессогенная педагогика, страх перед школой и т.д.);
- систематическое «просиживание» у телевизора, за компьютером;
- систематическое употребление различных ароматизированных газированных напитков;
- наличие вредных привычек и т.д. и т. п.

Право родителей — требовать от школы заменить авторитарно-принудительные принципы обучения эмоционально-мотивационными. Замена закрепощающей здоровьедеструктивной педагогики здоровьеразвивающей возможна. Под нашим руководством разработана, а в 1989 г. утверждена Минздравом РФ соответствующая программа: «Массовая первичная профилактика школьных форм патологии, или Развивающие здоровье принципы конструирования учебно-познавательного процесса в детских садах и школах» (авторы: д.м.н. В.Ф. Базарный, к.м.н. Л.П. Уфимцева, к.м.н. Э.Я. Оладо, к.м.н. В.А. Гуров). Право родителей настаивать на ее внедрении.

## **Контроль за динамикой роста ребенка**

С помощью обычных цветных карандашей ребенку предлагают создать рисунок на заданную тему. Сюжеты могут быть следующими: «В лесу», «На озере», «Школа», «Россия», «Весь мир», «Жизнь на других планетах», «Подводный мир». По насыщенности рисунков цветами, по присутствию тех или иных образов можно судить о состоянии души ребенка. Если изображение вызывает тревогу, с набором рисунков можно проконсультироваться у детского (школьного) психолога.

Оценка эмоционального отношения учителя к ребенку по рисунку. Тест чрезвычайно важен для диагностики синдрома «злой мачехи», который сегодня широко распространен среди учителей и чрезвычайно негативно сказывается на психике ребенка. Родители просят ребенка нарисовать то, что он видит в глазах своих учителей (называть каждого учителя по

очереди). Анализ сотен рисунков после выполнения детьми этого теста выявил, что синдром «злой мачехи» присутствует примерно в 2/3 изображений. Дети рисуют в глазах таких учителей (в основном женщин-педагогов) стрелы, зубы, снег, холод, лед, пустоту, темноту и даже пасть волка или крокодила. И наоборот: у любимых учителей дети видят в глазах солнышко, сердечко, цветы и т. п.

Тест на выявление отношения детей к миру взрослых. По просьбе старших ребенок создает рисунки на темы: «Какими были люди давным-давно?», «Какими являются они сейчас?», «Какими люди станут в будущем?», «Какими ты хотел бы видеть взрослых?».

#### **Тест на выявление сложившихся взаимоотношений в семье.**

Попросите ребенка нарисовать следующие рисунки: «Мама, папа и я» или «Бабушка, дедушка, мама, папайя». По рисункам легко определить, кто ближе к ребенку, а кто дальше. Тест дает богатый материал для определения характера взаимоотношений в семье.

Контроль за состоянием души ребенка по характеристикам его снов. Анализ состояния снов детей представляется чрезвычайно важным для осознания: в мир каких чувственных аффектов и впечатлений погружен ребенок. Здесь и запечатленные образы «телезверства», и впечатления от «мировых» войн, вспыхивающих в семье между мамой и папой. Простота и истинность снов у детей не требует сложного индизказательно-символического психоанализа. В семье, где ребенок, его душевное самочувствие занимают особое внимание родителей, при пробуждении ребенка следует спросить: «Доброе утро, сыночек (доченька)! А что тебе сегодня снилось?» Весь рассказ ребенка записывается в дневник его развития, который должны вести любящие свое чадо родители.

Все проявления «страшных» снов должны быть тщательно проанализированы (желательно совместно с детским психологом). Однако наибольшую диагностическую ценность имеет анализ снов в динамике.

Детальное освещение толкований снов у детей — предмет специального отдельного разговора. Тем более что на эту тему есть много серьезных научных разработок. Особое внимание мы обращаем на соответствие снов и рисунков тем образам (архетипам), которые присущи полу мальчика и девочки (см. раздел V). Нами точно установлено: при существующей практике смешения мальчиков и девочек по календарному возрасту (зная, что девочки по генетическому и духовному возрасту старше) у мальчиков и девочек быстро нарушается присущая полу стратегия развития воображения и, как следствие, стратегия пол о личностного развития. Право родителей настаивать, чтобы мальчики и девочки учились в параллельных классах.

#### **Обстановка в семье и развитие детей**

В домашних условиях можно использовать и другие методы контроля за качеством развития детей. Во многих семьях имеются современные аппараты для точной проверки артериального давления. В этих случаях по усмотрению родителей можно выбрать любые привлекательные нагрузочные тесты, приведенные в IV главе. Еще раз подчеркнем: чрезвычайно важен контроль за состоянием органов чувств, а также осанки.

Несомненно, те напряжения, которым подвергается ребенок в современной информационно ориентированной школе, могут либо сглаживаться, либо, наоборот,

приумножаться в домашних условиях. «Ты должен! Так надо!» — инструктивное программирование стало сегодня главным методом воспитания ребенка в большинстве семей. Из-за подобной авторитарной «методики» воспитания у ребенка все больше и больше заглушается и угасает эмоциональная сфера. Ребенок постепенно превращается в пластилиновое (рабское по духу) существо, которое гнется и ломается при первом же испытании. А если к этому добавить, что ребенок в домашних условиях зачастую погружен в среду вечной межполовой войны, которую устраивают в его присутствии мама и папа, то картина получается и вовсе трагической.

Для проверки степени отчужденности детей от родителей достаточно, чтобы кто-то из знакомых семьи задал ребенку вопросы из предлагаемого теста.

### **Тест на оценку направленности чувственно-эмоциональных доминант ребенка**

1. С кем тебе всегда хочется быть вместе?
2. С кем тебе хочется играть?
3. Какие твои любимые игрушки?
4. О чем ты мечтаешь и чего хочешь?
5. Назови: что такое хорошо в этом мире, а что такое плохо.
6. Есть ли у тебя страхи? Расскажи о них и нарисуй их.
7. Кого ты любишь больше всего на свете?

Природосообразное воспитание ребенка в семье — это отдельный большой разговор. А пока мы настоятельно рекомендуем всем молодым мамам и папам и даже тем, кто только собирается создать семью, бесценный, уникальный опыт семейного воспитания Бориса Павловича и Лены Алексеевны Никитиных. Подробно их опыт изложен в последних изданиях книг: Б.П. Никитин «Здоровое детство без лекарств и прививок» (М.: Лист нью, 2001); Л.А. Никитина, Ж.С. Соколова, Л.А. Блудова «Родителям XXI века» (М.: Знание, 1988) и др. В качестве примера приведем лишь некоторые тесты Б.П. Никитина, которые он назвал «индексами справедливости».

### **Тесты-индексы справедливости**

Здесь будет много цифр и таких показателей, каких вы пока еще не встретите ни в официальных таблицах, ни в учебниках для тренеров, ни в медицинских монографиях. Но сначала немного об истории их появления.

Спортивная комната в доме, много спортивных сооружений во дворе и спортснаряды в роли игрушек с первых шагов ребенка сильно изменили жизнь наших ребят: без уроков и занятий, без расписания и учителей они бегали и прыгали, лазали, играли, кувыркались сколько душе было угодно и, конечно, быстро развивались физически. Мы с удовольствием наблюдали за ними и записывали в дневники сведения об их успехах и придуманных ими спортивных номерах. Мы и не подозревали тогда, что из этих записей выйдет.

Но когда в журнале «Семья и школа» (1964. — №4. — С. 25) встретили «нормы» для их ровесников в детском саду, то поразились: шестилетний ребенок, оказывается, должен прыгать в длину с места на 60 см, спрыгивать с высоты 60 см, пройти по доске шириной 15 см и пробежать наперегонки... 30 м! У нас эти нормы легко выполняла маленькая Оленька, а ей исполнилось лишь 2 года 7 месяцев. Старший же сынишка Алеша (5 лет 9 месяцев) перекрывал их вдвое-втрое: прыгал в длину с места на 120 см, спрыгивал с высоты 190 см, шел по доске шириной 4 см (поставленной на ребро) и бегал наперегонки и 300, и 500 м. Но

он, кроме того, мог быстро влезать по металлическому шесту, отрывать от земли груз 50-60 кг и подтягиваться на турнике 4 раза подряд, что является нормой только для... восьмиклассников. Нас это удивило и обрадовало. Вот, оказывается, что дает «раннее развитие», которым нас так пугали! Вот насколько крепче и сильнее могут стать все дети, если снять принятые ограничения, если заменить лежание в «конверте» плаванием, ходьбой, гимнастикой и пустить в спортзал не в 7 лет, а в 7 месяцев! Но врачи говорили нам: «Дети у вас отстают по росту и массе тела, и развитие у них ниже среднего».

Глядя же на подвижных, ловких, сильных и жизнерадостных наших малышей, мы не могли поверить в то, что делаем им что-то во вред.

Однако тревога и недоумение точили нас. Вот тут-то мы и решили сами измерять их физическое развитие. Для этого познакомились с методами измерений. Оказалось, что при оценке физического развития ребенка основными показателями являются рост, масса, окружность грудной клетки и головы.

Поэтому мы оставили рост и вес для «антропометрических данных» и стали искать другие критерии, которые действительно говорили бы об уровне физического совершенства человека, его скелетно-мышечной системы, той самой, которая является ведущей в организме и на которую «равняются» все остальные системы (И.А. Аршавский).

Мы назвали эти критерии стимулирующими. В чем их суть? Если дети соревнуются по прыжкам в длину с места, то, конечно, высокие прыгнут дальше маленьких, и последним не видать победы. А вот если длину прыжка измерить в собственных ростах прыгунов, то победит самый «прыгучий».

Мера длины становится для всех одинаковой — рост. Так мы узнали, что у наших ребятшек к 4 годам «индекс прыгучести» (ИП) вырастает до единицы, в 5 лет — 1,1, в 8 лет — 1,3, а чтобы прыгнуть на 1,5, надо уже тренироваться — кузнечиком стать не так легко.

И в беге побеждает не тот, кто прибежал первым, а кто развил наибольшую скорость в своих ростах в секунду. Валерий Борзов — олимпийский чемпион — мчится со скоростью 5,48 р/с, у него самый высокий «скоростной индекс» (СИ), а наш Ваня в полтора года бегал со скоростью 1,71 р/с, а в 4 года — уже 3,5 р/с, к восьми добрался до 4,6 р/с. Аня и Юля в 8-9-летнем возрасте удивляли нас, развивая скорость 5,2-5,4 р/с, — почти как олимпийцы! Но долгие часы сидения за партой в школе ежегодно съедали эти показатели на 0,1-0,2 р/с — к концу школы у них осталось только 4,2-4,4 р/с.

Система индексов оказалась применима и для метаний, только папе пришлось выточить гранаты весом 150; 200; 250; 300; 400; 500, 600 г, чтобы все брали одинаковые гранаты в одну сотую своего веса (0,01 В), а дальность броска измерялась опять-таки в собственных ростах. «Метательный индекс» (МИ) растет от 0 до 10-15 ростов и у чемпиона по метанию будет еще выше.

Но самым главным, самым важным показателем физического развития мы все-таки считаем «силовой индекс» (СИ).

«Силовой индекс» показывает, сколько собственных весов может оторвать человек от

земли или сколько килограммов груза отрывает он на один килограмм своего веса. При измерении его включаются в работу самые крупные группы мышц (ног, корпуса, плечевого пояса, рук), что дает ощущение напряженности всего тела. Техника выполнения настолько проста, что измерения можно делать даже у малыша с полутора-двух - летнего возраста. Индекс у ребенка очень стабилен по величине (при нескольких попытках разброс ничтожен: +3-5%), но чутко реагирует на состояние здоровья, слабость, усталость.

«Силовой индекс» возник, когда мы попытались применить «становую силу» в качестве показателя физического развития.

Медики требуют при этом держать рукоятку динамометра на высоте колена и, значит, заметно наклоняться вперед и сгибать спину. А с согнутой спиной много не поднимешь — дети это сразу ощутили и стали принимать положение, подобно грузчикам и штангистам, обязательно с прямой спиной: держа рукоятку выше колена и вначале чуть присев. Так появился в наших таблицах новый термин — «максимальный груз отрыва в наивыгоднейшем положении». Остался для измерения прежний «становой динамометр», но этот «максимальный груз отрыва» мы делили на собственный вес ребенка и получили самый совершенный критерий его мышечной силы, применимый в любом возрасте, при любом росте и весе и сразу показывающий всем, что толстяки, физическое развитие которых по медицинским меркам выше среднего, — это слабые дети.

Величина «силового индекса» ребенка растет непрерывно от нуля до 2-3 единиц, а у наших детей до 4-5 единиц. Рекордный результат, видимо, покажут штангисты небольшого веса. Короче, «силовой индекс» — показатель качества мышц всего организма и, видимо, ведущая характеристика физического развития.

Система индексов испытывалась в узком кругу нашей семьи и ее ближайшего окружения, в нескольких школьных классах, но даже этот ограниченный опыт говорит о больших преимуществах и возможностях.

Во-первых, индексы объективно выражают меру физического совершенства организма независимо от антропометрических данных ребенка.

Во-вторых, отказываясь от абсолютных результатов (в метрах, секундах, килограммах), «мы перестали обижать малышей» (по словам учителя физкультуры томской школы № 9) и позволили им на равных со старшими участвовать в спортивных состязаниях и даже одерживать победы.

В-третьих, индекс, выражая любое из измеряемых качеств (силу, скорость бега, прыгучесть и др.) численной величиной, может служить каждому человеку средством самоконтроля, а тренеру и ученому позволит исследовать процессы развития и становления отдельных физических качеств и их возрастные изменения, объективно сравнивать эффективность различных методов тренировок, результаты работы разных групп и школ.

Нам система индексов дала возможность увидеть: высокая подвижность наших детей и большие, чем принято допускать, нагрузки удивительно благотворно сказываются на здоровье, телосложении и самочувствии детей. Она же подтвердила, что наивысших результатов дети достигают к 7-10-летнему возрасту. Поступление в школу и резкое

снижение двигательной активности ведут к снижению всех показателей физического развития.

Если система стимулирующих индексов будет принята в школе, то, нам кажется, это поможет и ученикам, и учителям физкультуры вскрыть дополнительные резервы и добиться более высоких результатов в физическом развитии детей.

Мы уже упомянули, что дети приняли эту систему оценок их физической подготовки. Они сочли ее справедливой и назвали новые показатели «индексами справедливости». Может быть, к этому мнению детей прислушаются и взрослые?

## Глава VIII

### «По грехам и болезни», или Как люди всю жизнь лечат хвори тем, что изъяли из природы своего детства

Современная система воспитания и здоровье детей

#### Истоки демографического кризиса в России

Все мы любим своих детей, страдаем, когда они болеют, переживаем их неудачи, но при этом зачастую остаемся равнодушными к тому, что **главной причиной** их недомоганий, их телесной немощи и безволия является **современная система дошкольного и школьного воспитания и обучения**.

Фундаментальной наукой доказано: десять основных форм хронической патологии, которые определяют нынешнюю сверхзаболеваемость и сверхсмертность, в т.ч. разрушение детородного потенциала, берут свое начало именно в школе. В структуре детской заболеваемости на первом месте болезни костно-мышечной системы, на втором — органов пищеварения, затем — болезни эндокринной системы, психической сферы.

У детей до 14 лет преобладают болезни органов пищеварения, а у подростков с 15 до 18 лет — недуги костно-мышечной системы и психической сферы. К типичным школьным патологиям — нарушению осанки, близорукости, искривлению позвоночника — добавляются считавшиеся прежде «взрослыми» заболевания: гипертония, атеросклероз, стенокардия, неврозы, психические расстройства и т.д. Идет обвальное разрушение детородной конституции.

Здоровьеразрушающие факторы современной школьной системы, сложившейся в основном в эпоху Просвещения, давно отмечали многие западные врачи-практики. Так, гарвардский врач Эдвард Кларк еще в 1873 г. писал: **«Причиной разрушения детородных способностей и даже бесплодия молодых женщин является методика школьного образования и прежде всего оформившийся за время обучения синдром “тщедушности телес”»**. А вот как об этом говорил на первом Всемирном конгрессе по школьной гигиене, состоявшемся в 1904 г. в Нюрнберге, доктор Земерод (из Богемии): «Часто страшно бывает взглянуть на шестилетнего ребенка, поступающего в школу. В лице ни кровинки, весь организм достиг крайней степени истощения. Восемилетнее пребывание в школе отражается очень вредно на здоровье этих слабых существ. Прежде 14-летняя девушка была сильна, хорошо развита... настоящая невеста. Теперь это слабая, худощавая и бледная девочка с худенькими ручонками и тоненькими ногами. Таковы же и мальчики».

Последствия подобного «воспитания» не заставили себя ждать: не прошло и ста лет, как в Европе начали нарастать депопуляционные процессы. Все материально благополучные страны «Старого Света» имеют низкую рождаемость коренных жителей и активно заселяются иммигрантами из Азии и Африки. В некоторых европейских городах доля иммигрантов уже приближается к численности представителей титульной нации, что, кстати, нередко провоцирует локальные межэтнические конфликты. И это только начало.

В России — при сверхвысокой смертности и низкой рождаемости — сегодня сложилась тяжелейшая демографическая ситуация. Любопытно, что семья в нашей стране вплоть до конца 20-х гг. прошлого столетия была ориентирована на многодетность — малодетность

считалась трагедией и неблагополучием. Но вступление в жизнь поколения «всеобуча» сразу же привело к спаду рождаемости (хотя демографической политике в СССР уделялось большое внимание, и потому даже в самый тяжелый для страны период — в годы Великой Отечественной войны — рождаемость была выше, чем сейчас). Суммарный коэффициент рождаемости сегодня составляет 1,3-1,4, в то время как только для простого замещения поколений необходимо иметь в среднем 2,6 детей на семью. В итоге — депопуляция, т.е. вымирание русского и других народов России. И происходит это не только в силу сложившихся социальных и экономических условий. В обществе исчезает главная доминанта — нацеленность на ребенка, семью, и, как следствие, появляются чуждые природе воспроизводства полноценных людей модели воспитания и обучения.

К сожалению, отечественная педиатрия не только ушла от изучения детородной конституции тела и механизмов ее развития (либо, наоборот, разрушения) в процессе взросления детей, но даже не предложила для этого элементарного понятийного аппарата. Вместо детородной конституции, детородного тела прочное место в педиатрии заняло общее понятие «физическое развитие». Но физическое развитие не препятствует детоубийству — 2/3 всех беременностей в нашей стране заканчиваются абортами. Количество социальных сирот за последние 10 лет выросло вдвое и сейчас составляет около 700 тысяч, или 2% от общего числа детей, проживающих на территории РФ. Возникает закономерный вопрос: можем ли мы назвать здоровой физически мать, бросившую своего ребенка на произвол судьбы?

Что же касается собственно физического развития, то директор НИИ детской гематологии Минздрава России, членкор РАМН, главный педиатр Москвы Александр Румянцев на парламентских слушаниях в Совете Федерации, посвященных детскому здоровью, заявил следующее: «Если мы к сегодняшним девушкам подойдем с мерками молодежи послевоенного поколения, которое сдавало нормы БГТО и ГТО, то с этой точки зрения ни одной выпускницы школы с нормальной детородной конституцией сегодня нет». «Кого же они будут рожать?» — вопрошает А. Румянцев. И сегодня мы подошли к тому, что уже новорожденные младенцы — потенциальные пациенты лечебно-реабилитационных отделений.

Между тем, вступив в эпоху «всеобуча», наша отечественная наука (да и зарубежная тоже) не проанализировала путь, по которому будет развиваться человек, в т.ч. его детородная конституция, в условиях конвейерного учебно-воспитательного процесса. Что произойдет с «человеком прямоходящим», если с раннего детства формировать у него закрепощенно-се-далищный динамический стереотип? Именно такие исследования и были выполнены под нашим руководством в 80-90-е гг. XX в. (В.А. Гуров, Л.П. Уфимцева, Э.Я. Оладо, Л.А. Алифанова).

Обобщение полученных данных — предмет отдельного разговора. Приведем лишь качество телесной, и прежде всего детородной, конституции у молодых людей (девятиклассников), проживающих в подмосковных городах (в данном случае в Сергиевом Посаде — духовном сердце России) (Л.А. Алифанова, 2002).

#### Состояние телесно-функционального развития подростков Сергиева Посада

	Класс, число обследованных				Итого
	9 <sup>а</sup> - 23	9 <sup>б</sup> - 23	9 <sup>в</sup> - 22	9 <sup>г</sup> -18	
1. Диспропорция телесного развития	23	23	22	18	86
2. Отстают в биологическом возрасте	11	4	9	9	33
3. Нарушение осанки	20	20	20	18	78
4. Плоскостопие	22	23	22	18	85
5. Узкогрудость	22	21	18	13	74
6. Отклонения в развитии таза	22	23	20	18	83
7. Отклонения в весе	13	12	13	9	47
8. Понижение зрения	14	7	8	4	33
9. Снижение функций выносливости сердечно-сосудистой системы	21	20	19	17	77
10. Проявление эмбрионально-тонического типа вегетативной нервной регуляции	17	22	18	16	73
11. Дефицит выносливости тканевого дыхания	23	23	22	18	86

Приведенные данные убеждают: подобная детородная конституция тела практически несовместима с полноценным здоровым деторождением. Полученные данные объясняют те факты, которые озвучил в конце 90-х гг. директор Научного центра здоровья детей РАМН академик Александр Баранов: из каждой 1000 новорожденных, родившихся в крупных индустриальных городах России, у 800-900 выявляются те или иные дефекты и аномалии развития. Эти страшные цифры подтверждают известную истину: человек — часть природы, и вся его деятельность должна быть природосообразной, если он хочет остаться живым и к тому же здоровым физически и нравственно.

Принес ли «технократический выбор» человеку здоровье, счастье, независимость и спокойствие? Может быть, они заложены в удивительных победах в космосе или в микромире, в обгоняющих друг друга технологиях, во все расширяющемся «кругозоре» с помощью плюрализма средств массовой информации? Нет. На лицах современников тревога и растерянность, агрессивность и усталость, напряженность и озабоченность, подчас скрытые под маской непринужденности и нарочитой веселости.

Символами «цивилизованного» общества стали маньяки, убийства, наркотики. Переполнены больницы, тюрьмы. Растет число незащищенных, брошенных детей. Люди научились летать в воздухе, как птицы (но мало кто летает во сне), научились плавать под водой, как рыбы. Теперь им надо научиться жить на земле по-человечески, в согласии со своей вечной с Матерью-Природой.

Современному человеку хочется, чтобы безо всяких усилий с его стороны новейшее лекарство или модный экстрасенс моментально исцелили его от недугов. Человек не

желает уяснить, что главный лекарь — он сам. Являясь частью природы, ее сыном, человек может быть здоровым физически и нравственно лишь в единении с нею, подчиняясь ее законам, т.е. ведя **природосообразный** образ жизни. И роль школы в этом трудно переоценить.

Известный в XIX в. врач Шнелль в своей книге «Органическое воспитание» писал: «Но будучи только заботой жизни, здоровье делается целью воспитания! Оно должно быть целью потому, что дети и молодежь нашего времени подвержены болезням и слабостям более, чем когда-либо... Болезни же детства и юности имеют неотвратимое влияние на всю жизнь». Первейшим разрушителем здоровья детей автор уже в те годы считал школу: «Но вот начинается учение — дитя отправляют в школу, а здесь первая заповедь сидеть смиренно и не шевелиться... Исчезает румянец щек и округлость форм, мышцы делаются слабее, тело худеет, и много, очень много детей с поступлением в школу навсегда расстаются со своим здоровьем». Автор приходит к однозначному заключению, на которое не худо было бы обратить внимание нынешним педагогам и управленцам: характер обучения и воспитания в школе является основой «истощающего развития». А должно быть наоборот! Всем нам пора четко уяснить: **здоровье — это категория воспитания, формирования внутренних резервов**, а наука о воспитании у нас пока одна — педагогика. Следовательно, **здоровье — категория педагогическая.**

### **Технический прогресс: проблемы здоровья и воспитания**

С позиций классической генетики объяснить человека, его сущность, в т.ч. и физическую, нельзя. У растений и животных дееспособный генофонд разворачивается при определенных условиях почти автоматически, а человеку, для того чтобы стать человеком, необходимы воля тела, сила духа, а главное, культура. При отсутствии этого фактора человек ни-когда не станет «разумным». Хранителями законов этого духовного привоя всегда были традиционные народные культуры, которые в XX веке активно вытеснялись разного рода «инновациями», в результате чего произошел слом природосообразных механизмов воспроизводства человека. Классическая генетика исходит из самодостаточности генофонда и узколокального (точечного) носительства информации через ген, который консервативен, устойчив и сохраняется в поколениях. В ней не учтено, что все материальное (в т.ч. и генофонд) у каждого нового поколения воспроизводится упорным трудом, а не передается по принципу эстафетной палочки на стадионе. При зачатии новой жизни во многом происходит снятие эффекта прежнего генофонда и начинается разворачиваться процесс созревания нового организма, а с ним и воссоздания нового информационного потенциала организма. Мы вновь и вновь убеждаемся в народной мудрости: «От худого семени не жди доброго племени».

Незаметно, исподволь в нашу жизнь, в жизнь наших детей уже давно вошло такое понятие, как «инновация». Инновации в укоренившемся укладе жизни, обычаях, семейных традициях. Инновации в искусстве, культуре, живописи, литературе, музыке, театре. Инновации в воспитании и образовании детей. Инновации в моде, в одежде, обуви...

И мы уже не задумываемся над корневым вопросом: могла ли сформироваться духовная жизнь людей лишь на основе инноваций или она — результат накопления, сбережения и возведения в вечные, непреходящие ценности подходов народа к воспитанию новых

поколений?

Только с этих позиций и можно осознать, насколько губительно, что школа практически уже полвека живет в «ореоле» сплошных педагогических инноваций, вне анализа влияния их на самочувствие и качество развития детей. В этих условиях все эти инновации являются, по сути, экспериментами над детьми. А ведь народ сохраняется до тех пор, пока живут традиции его национальной культуры и вековые ценности, в первую очередь культура воспитания, т.е. воспроизводство народа.

Специалисты-культурологи хорошо это понимают. Искусствовед Н. Крапивина утверждает: «Существуют определенные ценности, разрушение которых всегда ведет к гибели нации, народа, страны. Это прежде всего семья — основа основ любого общества, государства, поскольку гибель семьи неминуемо влечет гибель нравственности, культуры, личности, наконец, самой нации. Компоненты семьи как социальной ценности: целомудрие (сохранение генотипа нации), чадолюбие (сохранение численности нации), связь поколений (сохранение и передача традиций национальной культуры), г Из истории известно немало примеров развала и гибели тех государств, где семья переставала быть ценностью. Для этого сначала разрушали ценность целомудрия, что влекло за собой сексуальную разнузданность, приводя в результате к формированию моральных уродов и рождению уродов физических. Затем разрушали ценность чадолюбия (деторождения), сокращая тем самым численный потенциал. Параллельно шло разрушение ценности национальных традиций культуры, размывание их, подмена другими».

К сожалению, школа, современные СМИ многие семьи так воспитали молодых людей, что они убеждены: жизнь дана им во имя единственной цели — для все большего совершенствования способов удовлетворения потребностей и получения удовольствий и наслаждений. Благодаря «средствам массового растления» «героями» молодежи уже давно стали «секс-звезды». Проводя широкомасштабные исследования, мы задавали тысячам выпускников школ один-единственный вопрос: какими должны быть молодые люди, чтобы, женившись (выйдя замуж), они смогли родить полноценного, здорового младенца? К сожалению, ни от одного ученика (как, впрочем, и ни от одного учителя) мы так и не получили полного вразумительного ответа. Молодые люди испытывали настоящий шок, узнав, что при искусственном («пробирочном») оплодотворении среда должна быть абсолютно стерильной (чистой, безмикробной), поскольку любое инфицирование местонахождения детородного семени ведет к изначальному поражению качества развития плода. Вот почему народы всегда оберегали девственную чистоту невест как абсолютное условие, при котором только и возможно зачатие здорового младенца.

С этой точки зрения деструктивный характер так называемой «сексуальной революции» становится еще понятней. Анализ древних источников убеждает: еще ни одна культура, ни одна цивилизация не выживала после того, как народы были погружены в сексуальные свободы. И сегодня мы вынуждены признать: люди своими руками выстроили глобальный механизм самоликвидации. С одной стороны, у нас уже выросли целые поколения со слабой волей и силой духа. С другой — мы запустили всепоглощающий механизм соблазнов. В результате здоровье детей, молодых людей, народа ухудшается обвально. Наш последний реальный шанс сохранить себя как нацию состоит в том, чтобы мобилизовать все здоровые силы общества и власти на пресечение корневых механизмов развития заболеваемости и сверхсмертности. Мы должны пере-

ориентировать систему образования и здравоохранения на подлинное воспитание и воспроизводство народа, т.е. на подлинное «сбережение народа». Эта задача — дело чести каждого думающего, социально ответственного гражданина России. И огромная роль в её решении принадлежит всем, от кого непосредственно зависит жизнь и здоровье детей.

Уважаемые учителя! Уважаемые родители! Задумайтесь хоть на миг: какие средства оказались самыми эффективными в лечении тяжелых депрессий, наркомании, психических сломов не только у молодых людей, но и у взрослых? Вот они!

- Это терапия созерцанием живой природы (леса, неба, восхода и захода солнца, звезд и т.д.).
- Это терапия полезным физическим трудом.
- Это терапия художественным рукотворчеством, и особенно рисованием.
- Это терапия каллиграфическим письмом.
- Это терапия вязанием и вышиванием.
- Это терапия хоровым пением.
- Это терапия личным участием в театрализованных представлениях и т.д.

**Все то, что ранее было образом воспитания («вочеловечивания») детей, образом народно-воспитательных культур, все то, что затем изгнала из своего базового учебного плана школа, много лет спустя мы вынуждены привносить в виде терапии перевоспитания! Выводы за вами.**

## Практические советы родителям

Приведем несколько практических советов, которыми должны воспользоваться родители, учителя и воспитатели в своей повседневной практике. Начните хотя бы с этого.

### 1. Ребенок должен как можно больше двигаться.

Особенно мальчики, у которых потребность в движении в 4-6 раз больше, нежели у девочек. Это связано с формированием зрелых качеств мужского типа. Обязанность взрослых — не ограничивать естественную свободу детей. Помните, движение — это воздух. Нет воздуха — мы задыхаемся. Нет движения — тело увядает, мысль не работает, психика угасает. Еще древние говорили: движение — это жизнь.

Дети думают (воспроизводят образы по памяти) только тогда, когда двигаются, и двигаются, когда думают. Вот почему любое «обездвиживание» ведет к нарушению психики. Физическая и психическая целостность как раз и объясняются целостностью телесно-мышечного тонуса, телесно-моторной активностью. У ребенка проявляется врожденное стремление сформировать этот чувственно-моторный «модуль». Беспокойство у родителей должны вызывать дети, которые не хотят много двигаться. Это начало серьезных болезней.

### 2. Не усади!

Для обеспечения сообразного природе ребенка режима работы необходимо не усаживать его с раннего детства за стол, на стульчик, а предоставить ему возможность работать, и не только работать — жить, в режиме телесной вертикали. Для этого следует использовать рекомендуемые нами конторки. Ребенок сам определяет наиболее удобный режим. Если он устал двигаться или работать за конторкой — пусть поползает или полежит.

Надо четко себе представлять, что телесная стойка — это стойка психическая, стойка волевая. Народная мудрость через язык донесла до нас это понимание. О чем мечтают родители, если обобщить все их пожелания? Они хотят, чтобы ребенок в жизни состоялся. А понятие стойкость? Образ счастливого, свободного человека — человека разогнувшегося, негнибачего, волевого.

### **3. Никакой преграды глазу ребенка!**

Увидеть — значит своевременно обнаружить всю совокупность объектов в пространстве, в их взаимоотношениях друг с другом. Другие органы чувств выполняют те же функции, но менее быстро и с несравненно более близких дистанций. Таким функциональным назначением зрительный анализатор выдвинут на передние рубежи эволюционного процесса.

Глаз объединяет пространство Вселенной с сознанием человека. В условиях невесомости, когда фактически выключается мышечное и вестибулярное чувство, зрение становится чуть ли не единственной системой, позволяющей объективно отображать внешний мир и адекватно ориентироваться в пространстве.

Наше зрение обладает совершенной сигнально-отражательной способностью «воспринимать» характеристики пространства, с помощью которых происходит формирование психических функций человека. Кроме того, через глаз идет «настройка» организма на экологическую среду. Появился даже особый вид лечения — светоцветотерапия. Через изменение цветовой гаммы окружающей среды осуществляется воздействие на общее состояние человека. Основой этого метода как раз и является эффект оптимизации внутренних (эндогенных) биоритмов с помощью «навязывания» определенных световых и цветовых характеристик. В частности, есть данные, что только изменение цветовой гаммы и освещения в школе приводило к повышению успеваемости и укреплению дисциплины учащихся. Предпочтительными цветами оказались белый, бежевый и коричневый.

В ходе эволюции зрительная система формировалась как система, работающая в основном в режиме дальнего зрения, позволявшего воспринимать как можно более полную картину окружающего мира. Не случайно у человека, глядящего на раскинувшееся вокруг раздолье, «душа радуется». Так происходит «сонастройка» всех биоритмов на оптимальный для организма режим.

И еще. Наш глаз — это сканер. Все образы, которые он «снимает», должны находиться в движении. Обездвиженный образ глаз не воспринимает. Или воспринимает в режиме... отторжения. Через 7 секунд, если перед глазом находится неподвижный объект, начинается отторжение этого образа.

При продолжающемся изо дня в день, из года в год использовании преимущественно ближнего зрения наблюдается отмирание клеток отростков нейроэпителия коры головного мозга, настроенных на восприятие пространства.

Вот почему ребенку необходим режим дальнего зрения, его зрительные горизонты должны быть раздвинуты как можно шире. Лучше всего для этого подходят естественные природные ландшафты. Ну а дома, в помещении, в детском саду, школе нужно обязательно освободить

окна от штор, занавесок, тюля, капрона и прочего, что мешает глазу ребенка (да и взрослого) работать в наилучшем режиме дальнего зрения. Пусть в наших «коробках»-жилищах дети будут иметь хотя бы небольшую возможность для удовлетворения своих потребностей в зрительных горизонтах.

#### **4. Да здравствует рукотворчество!**

Ребенок должен постоянно творить свой мир своими руками (лепка, рисование, конструирование, вышивка и т.д.). Десять наших пальцев — это те «спицы», которые в эволюции «связали» нейроэпителиальную «вязь» мозга. Эти «кружева» должны постоянно воссоздаваться и поддерживаться у каждого ребенка. От рукотворчества к полетам на крыльях творческого воображения — таков путь каждого человека.

#### **5. «Нам песня строить и жить помогает...»**

Если вы хотите, чтобы Ваш ребенок вырос здоровым, психически устойчивым, нравственно защищенным, пусть он как можно чаще поет — самостоятельно, в коллективе и вместе с семьей. Песня — это то пространство, в котором раскрывается его душа. Если ребенок поет с вами, с другими детьми русские (и других народов) народные песни и водит при этом хороводы, то, уверяю, речевые дефекты будут исправлены им самим без помощи логопеда.

#### **6. Образы управляют миром.**

Ребенок должен постоянно совершенствоваться в художественно-образной речи (диалоговой, художественной речи, декламации стихов, в процессе участия в детских театрализованных постановках ит.п.) — только так у него может сформироваться уверенное и свободное мышление.

## Вместо заключения

Не подлежит сомнению, что организация учебного процесса должна контролироваться директором школы, руководителями системы образования, широкой родительской ответственностью и учителями. Главное при этом, как реализуются в учебном процессе базовые положения законов РФ (см. ч. 1).

Отличительными особенностями предложенных материалов является то, что органы управления системой образования и здравоохранения в зависимости от имеющихся сил и средств могут определить тот или иной набор тестов. При этом самым важным является следующее:

а) в пределах города (района) должен быть определен стандартизированный для всех школ набор тестов;

б) в контроль должны быть вовлечены специалисты по физической культуре, музыкальные работники, медицинские работники среднего звена, учителя, руководство школ и методические службы, а также психологи, школьные врачи (если таковые есть);

в) методическое руководство контролем за качеством развития детей осуществляют психологи и врачи профилактических отделений поликлиник.

Основная часть работы может быть выполнена, как того требует Приказ Минздрава РФ и Минобразования РФ №186/ 272-4305, на доврачебном уровне. Для этого рекомендуем руководителю образовательного учреждения издать приказ, примерный текст которого приведен в Приложении 8.

Кроме того, директор школы может организовать и контроль за эффективностью работы учителей по реализации положений федеральных законов по следующей разработанной нами программе (см. Приложение 9).

В заключение еще раз подчеркнем: именно отсутствие контроля за самочувствием и качеством системного развития детей под влиянием современного учебного процесса и привело к нынешней печальной статистике школьного нездоровья. Но выход есть! Наступило время организованных действий. Здоровье детей — будущее России.

*Автор выражает сердечную благодарность за поддержку данной работы члену Совета Федерации С. А. Коробейникову, публицисту Л. А. Сычевой и генеральному директору ООО «Ариф» А. В. Залужному.*

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Министерство образования Российской Федерации

## Приказ

30.06.92

№ 186/272-4305

г. Москва

### О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях

Здоровье детей дошкольного и школьного возраста, как и других групп населения, социально обусловлено и зависит от таких факторов, как состояние окружающей среды, здоровье родителей и наследственность, условия жизни и воспитания ребенка в семье, образовательном учреждении. Значимыми факторами, формирующими здоровье указанного детского контингента, являются система воспитания и обучения, включая физическое воспитание, охрану психического здоровья, а также организация медицинской помощи.

Сложившаяся система медицинского обслуживания детей дошкольного и школьного возраста не обеспечивает на современном этапе эффективного решения задач по улучшению уровня их здоровья и снижению заболеваемости.

Дошкольно-школьные отделения детских поликлиник, обеспечивающие медицинскую помощь в образовательных учреждениях, постоянно укомплектованы врачами не более 50%. Из числа врачей, работающих в школах, 90% составляют совместители и лица, не имеющие педиатрической подготовки.

Анализ результатов проводимых ежегодно профилактических осмотров детей показывает их низкую эффективность. При высоком общем охвате осмотрами (96-98%) патологические состояния и заболевания среди осматриваемых детей выявляются в 9-6 раз реже, чем при целевых выборочных углубленных обследованиях детей. Сложившаяся система профилактических осмотров не позволяет выявлять начальные стадии хронических заболеваний.

Однако имеющиеся дефекты в качестве профилактической работы, диспансеризации здоровых и больных детей нельзя объяснить только отсутствием врачей. Медицинские работники перегружены несвойственной им деятельностью. До 80% затрат их рабочего времени связано с оформлением и ведением многочисленной документации, включая неутвержденные учетные формы; на врача зачастую возложены обязанности среднего медицинского работника. Лишь 19% времени занимает лечебно-профилактическая работа, причем до 70% уходит на организацию и проведение ежегодных массовых профилактических осмотров всего контингента детей.

Медицинские и педагогические работники не имеют требуемых знаний по первичной профилактике и раннему выявлению отклонений в состоянии здоровья детей, физиологии здорового ребенка, педагогической интерпретации медицинских сведений, организации учебно-воспитательного процесса. Не проводится психолого-медико-педагогическая коррекция отклонений в состоянии здоровья, особенно в критические периоды его формирования — адаптации к дошкольному учреждению, в первом и пятом классах в связи с переходом к предметному обучению и с поступлением в образовательные учреждения, а также в пубертатный период.

Опыт работы органов здравоохранения и образования ряда административных территорий (г. Воронеж, Тверь, Нижний Новгород, Санкт-Петербург и др.) по рациональному использованию медицинских работников и трехступенной системе профилактических осмотров детей в организованных коллективах свидетельствует об улучшении диагностики отклонений в состоянии

здоровья детей в ранние периоды, повышении качества оздоровления и формировании системы реабилитационных мероприятий в учебно-воспитательном процессе.

В целях повышения качества медицинского обслуживания детей в образовательных учреждениях, рационального использования ресурсов здравоохранения

### **Приказываем**

1. Утвердить:

1.1. Положение о профилактических осмотрах детей, посещающих образовательные учреждения (приложение 1).

1.2. Функциональные обязанности медицинских работников, обслуживающих детей в образовательных учреждениях (приложение 2).

1.3. Критерии оценки состояния здоровья детей (приложение 3).

1.4. Критерии оценки биологической зрелости и функционального состояния (приложение 4).

2. Начальнику Управления охраны здоровья матери и ребенка Минздрава Российской Федерации Д.И. Зелинской:

2.1. Совместно с Управлением подготовки кадров и координации научных исследований Минздрава Российской Федерации (П.Н. Морозов), Всероссийским учебно-научно-методическим центром по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию (П.А. Душенков) до 01.12.92 разработать и в установленном порядке утвердить программы подготовки, в том числе постдипломной, средних медицинских работников для образовательных учреждений.

2.2. Переиздать в 1992 г. методические указания «Использование скрининг-тестов при массовых медицинских обследованиях детей дошкольного и школьного возраста» и «Организация медицинского наблюдения за состоянием здоровья учащихся при использовании массовых скрининг-тестов».

2.3. Изучить систему медицинского обеспечения детей в государственных и негосударственных образовательных учреждениях.

2.4. Совместно с Управлением медицинской статистики Минздрава Российской Федерации (Э.И. Погорелова) до 01.07.92 внести в установленном порядке предложения о пересмотре учетно-отчетных форм по медицинскому обеспечению и состоянию здоровья детей образовательных учреждений.

2.5. До 01.12.92 разработать стандарты профилактической помощи детям дошкольного и школьного возрастов и типовые рекомендательные штатные нормативы самостоятельных или в составе лечебно-профилактических учреждений подразделений (центров, диспансеров, отделений, на базе учебных заведений и т.д.), обеспечивающих медицинскую помощь детям в организованных коллективах.

3. Главному врачу Республиканского врачебно-физкультурного диспансера В.К. Велитченко, ректорам Российского государственного медицинского университета В.Н. Ярыгину, Московского медицинского стоматологического института Е.И. Соколову, директору Ивановского НИИ материнства и детства В.Н. Городкову до 01.12.92 разработать:

3.1. Методику оценки физической подготовленности детей по физическим тестам.

3.2. Критерии оценки эффективности оздоровительных мероприятий средствами физической культуры.

3.3. Совместно с Республиканским институтом повышения квалификации педагогических кадров Министерства образования Российской Федерации разработать программы повышения квалификации педагогического и медицинского персонала по физкультурно-оздоровительной работе с детьми в образовательных учреждениях, в том числе имеющими отклонения в состоянии здоровья с использованием традиционных нетрадиционных методов их оздоровления.

4. Директору Ивановского НИИ материнства и детства В.Н. Городкову разработать до 01.12.92 критерии оценки и репродуктивного здоровья детей.

4.1. Разработать модель отделения восстановительного лечения и реабилитации на базе образовательного учреждения.

5. Начальнику Главного управления социальной защиты детства Министерства образования Российской Федерации И.Н. Володиной совместно с начальником Управления охраны здоровья матери и ребенка Минздрава Российской Федерации Д.И. Зелинской:

5.1. Переработать программы подготовки педагогических кадров, внести в них вопросы охраны здоровья детей, психолого-медико-педагогической реабилитации.

5.2. До 01.06.93 подготовить сборник методических материалов по охране здоровья детей в образовательных учреждениях для педагогического и медицинского персонала.

6. Руководителям органов здравоохранения и образования республик в составе РФ, краев, областей и автономных образований, городов Москвы и Санкт-Петербурга:

6.1. Организовать подготовку и переподготовку средних медицинских кадров для работы в образовательных учреждениях в соответствии с утвержденными настоящим приказом приложениями.

6.2. Осуществить постепенный, по мере подготовки средних медицинских кадров, переход на организацию медицинской помощи детям в образовательных учреждениях в соответствии с приложениями данного приказа и в зависимости от местных условий.

6.3. Передать медицинское обеспечение учащихся 9-11 классов образовательных учреждений детским поликлиникам.

6.4. Обеспечить совместную работу педагогического и медицинского персонала образовательных учреждений в проведении лечебно-оздоровительных мероприятий.

7. Просить Академию медицинских наук Российской Федерации (В.И. Покровский), Президиум Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук (В.А. Труфакин) провести с участием НИИ возрастной физиологии и гигиены Российской Академии образования (Д.В. Колесов) в 1992-1993 гг. выборочные исследования состояния здоровья детей в различных типах образовательных учреждений системы образования и МВД.

8. Контроль за выполнением данного приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Российской Федерации Н.Н. Ваганова и заместителя министра образования Российской Федерации С.А. Бадмаева.

Министр здравоохранения  
Российской Федерации

*А.И. Воробьев*

Министр образования  
Российской Федерации

*Э.Д. Днепров*

Приложения к приказу

Приложение 1  
к приказу Минздрава Российской Федерации и Министерства образования Российской Федерации от «30» июня 1992 г. 186/272

ПОЛОЖЕНИЕ  
о профилактических осмотрах детей, посещающих образовательные учреждения

Переломные возрастные периоды	Доврачебный этап (скрининг и лабораторное обследование)	Врачебно-педагогический этап		Специализированный этап
		Педиатр	Педагог, психолог	
1	2	3	4	5
Перед поступлением в дошкольное учреждение	Средний медработник лечебно-профилактического учреждения	Осмотр с анализом данных скрининг-теста и лабораторного обследования. Распределение по группам здоровья	Рекомендации по режиму адаптации в дошкольном учреждении	Невропатолог, окулист, отоларинголог, хирург-ортопед, стоматолог, логопед (с 3 лет), по показаниям психиатр и другие специалисты
За год до поступления в школу	Средний медработник дошкольного учреждения	Осмотр с анализом данных скрининг-теста и лабораторного обследования	Определение функциональной готовности к обучению в школе	Невропатолог, окулист, отоларинголог, хирург-ортопед, стоматолог, по показаниям логопед, психиатр

Окончание

1	2	3	4	5
Перед поступлением в школу	Средний медработник дошкольного учреждения	Осмотр с анализом данных скрининг-теста и лабораторного обследования. Распределение на медицинские группы для занятий физической культурой	Определение функциональной готовности к школе	Невропатолог, окулист, отоларинголог, хирург-ортопед, стоматолог, по показаниям психиатр, логопед
Конец первого года обучения	Средний медработник школы	Рекомендации для оздоровления в летние каникулы	Оценка адаптации к обучению в школе, рекомендации на каникулы	Невропатолог, окулист, отоларинголог, хирург-ортопед, стоматолог, по показаниям психиатр, логопед
Переход к предметному обучению	Средний медработник школы	Оценка нервнопсихического и физического развития, определение биологического возраста ребенка и соответствие паспортному	Оценка адаптации	Невропатолог, окулист, отоларинголог, хирург-ортопед, стоматолог, по показаниям психиатр, логопед и гинеколог
Пубертатный период (14-15 лет)	Средний медработник школы	Врачебно-профессиональная консультация, передача сведений на юношей допризывного возраста в военкоматы	Педагог, психолог. Врачебная профессиональная консультация	Невропатолог, окулист, отоларинголог, хирург-ортопед, стоматолог, по показаниям психиатр, логопед и гинеколог
Перед окончанием образовательного учреждения (10-11 кл., 16-17 лет)	Средний медработник школы	Врачебно-профессиональная консультация, передача сведений на юношей допризывного возраста в военкоматы	Педагог, психолог. Врачебная профессиональная консультация	Невропатолог, окулист, отоларинголог, хирург-ортопед, стоматолог, по показаниям психиатр, логопед и гинеколог

**Примечания:**

- в остальные возрастные периоды проводится скринирование всех детей средними медицинскими работниками, включая тестовую оценку физической подготовки и развития. Врачебные осмотры, в т.ч. специалистов, проводятся по показаниям;
- скринирование проводится в соответствии с методическими указаниями «Использование скрининг-тестов при массовых медицинских обследованиях детей дошкольного и школьного возрастов»;
- детям с выявленными отклонениями в состоянии здоровья назначаются оздоровительные мероприятия, которые проводятся в территориальных лечебно-профилактических учреждениях, а при наличии условий — в образовательном учреждении;
- дети с хроническими заболеваниями, состоящие на диспансерном учете, наблюдаются в соответствии с действующими методическими рекомендациями.

Начальник Управления охраны  
здоровья матери и ребенка  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

*Д.И. Зелинская*

Начальник Главного управления  
социальной защиты детства  
Министерства Образования  
Российской Федерации

*И.Н. Володина*

**Дополнительная информация**

Обязательные медицинские осмотры в дошкольном возрасте, перед поступлением в школу, а также в период школьного обучения служат основным источником сведений о состоянии здоровья детского населения. Достоверность этой информации зависит от качества организации и содержания таких осмотров на всей территории страны. В этой связи, а также учитывая переход отечественного здравоохранения на принципы страховой медицины, разработаны нормативы профилактических осмотров дошкольников и школьников. Представленным выше Положением стандартизованы сроки, структура, этапность, медико-социальные и психолого-педагогические задачи обязательных медицинских осмотров детей в возрасте от 3 до 17 лет<sup>1, II</sup>

Нормативы содержат протоколы действий (перечни элементов обследования) и реестры диагностических процедур, необходимых при обследовании детей с разным уровнем здоровья в рамках профилактического осмотра на доврачебном, педиатрическом и специализированном этапах. Затраты времени среднего медицинского работника, педиатра, врача-специалиста на обследование ребенка определены в соответствии с нормативом.<sup>1</sup>

Расчет себестоимости профилактических осмотров, с учетом возраста детей и программы обследования, также базируется на экспериментальных данных.

Для обеспечения качественного выполнения осмотров в соответствии с нормативами в настоящее пособие в виде дополнительной информации введены справочные материалы, позволяющие врачу правильно определить объем диагностических процедур, необходимых и достаточных при обследовании как здоровых детей, так и детей с отклонениями в состоянии здоровья.<sup>2</sup>

Центральной фигурой в организации профилактических осмотров и их комплексной оценке является педиатр. Этим объясняется объем и характер справочных материалов, включенных в норматив педиатрического осмотра.

---

I а) Обязательных углубленных медицинских обследований на возрастном отрезке от 3 до 17 лет;

II) 3 обязательных этапа в профилактическом осмотре: доврачебный, педиатрический, специализированный;

в) организация осмотров на основе программы скрининг-тестов (тестирование выполняется на доврачебном этапе).

Медико-экономические нормативы профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов, при согласовании правовых норм, являются основой государственных стандартов.

1 - Возможны различные модели организации профилактических осмотров:

модель А — в условиях медицинского кабинета дошкольного учреждения, школы;

модель В — в условиях детской поликлиники;

модель В (смешанный вариант) — доврачебный и педиатрический этапы осмотра (или только доврачебный) — в условиях медицинского кабинета дошкольного учреждения, школы; специализированный (или педиатрический и специализированный) — в условиях поликлиники.

Выбор модели организации профилактических осмотров определяется конкретными условиями на местах: обеспеченность медицинскими кадрами, в т.ч. врачами-специалистами, оснащенностью медицинских кабинетов образовательных учреждений, отдаленностью детских садов и школ от поликлиник, транспортом и т.д.

Принципы организации профилактических осмотров детей в условиях детской городской поликлиники при интегрированной форме медицинского обеспечения («единый педиатр») даны в Приложении (см. Приложение 1).

2 - Учитывается характер патологии, наиболее часто диагностируемой у дошкольников и школьников.

**Доврачебный этап профилактического осмотра детей  
от 3 до 17 лет  
(Скрининг и лабораторное обследование)**

Осмотр медицинской сестрой (фельдшером) по скрининг-программе

№ п/п	Вид деятельности <sup>1</sup>	Затраты времени на обследование 1 ребенка
1	Суммирование результатов анкетного теста	1 мин
2	Определение роста и массы тела	1 мин
3	Оценка физического развития с помощью таблицы	20 с
4	Измерение АД с корректировкой цифр с помощью специальной таблицы (у школьников)	50 с
5	Плантография (получение отпечатка стоп, оценка плантограммы)	1 мин
6	Определение остроты зрения	30 с
7	Исследование тестом Малиновского	30 с
8	Исследование бинокулярного зрения	Юс
9	Исследование слуха с помощью шепотной речи	30 с
10	Определение сахара и белка в моче	1 мин
11	Оформление документации тестового обследования	2 мин
12	Вспомогательная работа (контроль за сбором мочи, беседа с ребенком в процессе обследования и др.)	1 мин 10 с

Подробное описание каждого теста базовой скрининг-программы и принципов организации осмотров на основе скрининг-тестов содержится в методическом пособии «Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы» (под редакцией академика РАМН Г.Н. Сердюковской), М., 1993. Пособие утверждено Министерством здравоохранения РФ в 1992 г.

***Комплексная оценка состояния здоровья детей и подростков***

Схема комплексной оценки состояния здоровья разработана НИИ гигиены и профилактики заболеваний детей, подростков и молодежи ГКСЭН РФ. Она базируется на 4-х важнейших критериях здоровья:

- 1) наличие или отсутствие хронических заболеваний (в том числе врожденной патологии);
- 2) функциональное состояние основных систем организма;
- 3) резистентность и реактивность организма (степень сопротивляемости организма неблагоприятным воздействиям)
- 4) уровень и гармоничность физического и нервно-психического развития.

Комплексная оценка состояния здоровья проводится врачами-педиатрами, подростковыми терапевтами при профилактических осмотрах детей и подростков.

Оценка состояния здоровья дается на момент обследования; острое заболевание, прошлые болезни, если только они не приобрели хроническую форму, не учитываются.

Наличие или отсутствие заболеваний определяется при врачебном осмотре, в т.ч. с участием

---

<sup>1</sup> Объем исследований зависит от возраста детей (см. табл.)

специалистов.

Функциональное состояние органов и систем выявляется клиническими методами с использованием в необходимых случаях функциональных проб. Степень сопротивляемости организма в основном оценивается частотой острых заболеваний (в т.ч. и обострений хронических болезней) за предшествующий осмотру год.

Уровень и степень гармоничности физического развития определяется антропометрическими исследованиями с использованием региональных стандартов физического развития. Достигнутый уровень физического развития определяется путем сравнения со средними показателями биологического развития для данного возраста, а степень гармоничности — с использованием оценочных таблиц (шкал регрессии)<sup>1</sup>.

Уровень нервно-психического развития определяется педиатром, психологом или психоневрологом.

Комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка или подростка с отнесением к одной из «групп здоровья» дается с обязательным учетом всех перечисленных критериев.

В соответствии с предложенной схемой дети и подростки, в зависимости от состояния здоровья, подразделяются на следующие группы:

I — здоровые, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций.

II — здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям.

*1 - См. методическое пособие: Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы. — М., 1993.*

II — дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма.

III — дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями.

IV — дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма. Как правило, дети данной группы не посещают детские учреждения общего профиля и массовыми осмотрами не охвачены.

## Оценка нервно-психического развития

### ***Определение нервно-психического развития ребенка 4-6 лет***

Определение соответствия нервно-психического развития возрасту ребенка проводится по 4 показателям, отражающим особенности социальных контактов и развитие определенных психических функций. Показатели являются итогом взаимодействия биологических и длительно действующих социальных факторов.

Мышление и речь — характеризуют развитие интеллекта ребенка и одновременно отражают общий уровень его психического развития.

Моторное развитие — характеризует развитие движений ребенка: общих (т.е. всего тела) и ручных. Косвенно моторное развитие отражает состояние центральной нервной системы: дети, имеющие отклонения в поведении, нередко имеют отклонения в моторном развитии.

Внимание и память — характеризуют способность ребенка к сосредоточению внимания, устойчивость внимания, способность к запоминанию и воспроизведению информации

(кратковременная и долговременная память).

Социальные контакты — характеризуют способность ребенка к общению, умению согласовать свои желания и потребности с желаниями и потребностями других детей; способность к совместной деятельности с другими детьми.

Большинство показателей нервно-психического развития определяется по «Анкете для выявления особенностей поведения детей 4-6 лет», кроме определения развития мышления к речи и общей моторики. При необходимости развитие ручной моторики также может быть проверено медицинской сестрой или врачом.

При наличии отклонений в разделе «нервно-психическое развитие» напротив соответствующего показателя делается запись: «с отклонением». Медицинской сестрой и врачом определяются только отклонения в НГПР, а их квалификация (задержка или нарушение) дается специалистом-психоневрологом.

Для оценки показателя «Мышление» медицинская сестра КЗР имеет:

- набор сюжетных картинок (2-3) из книжек для старшего дошкольного возраста для определения умения ребенка составить рассказ по картинке;
- набор карточек с изображением зверей, птиц, ягод, посуды, мебели, одежды или др. (5-6) для определения умения классифицировать предметы.

Примеры сюжетов:

1. Лес, вечер, мальчик сидит на дереве, внизу сидят волки.
2. Мальчик провалился в прорубь и зовет на помощь, другой протягивает ему палку.

Примерные схемы рассказов:

*Сюжет 1.* Мальчик пошел в лес (за хвостом, с другими детьми на прогулку) и отстал, заблудился. На него напали волки, и он залез на дерево.

Варианты окончания рассказа: волки убежали, и мальчик благополучно вернулся домой; пришли взрослые и прогнали волков; мальчик сам справился с волками (неважно каким способом).

*Сюжет 2.* Мальчик пошел через речку (он очень спешил, шел в школу и др.) и случайно провалился в прорубь (лед провалился под ним и т.п.). Он зовет на помощь. Ему поможет его друг, который уже протягивает палку (лыжу), чтобы выручить его (или придут взрослые и вытащат мальчика).

Особое внимание следует обратить на детей, которые предпочитают рассказы с неблагоприятным концом (например, мальчик погибает), т.к. это является существенным признаком негативных тенденций в развитии личности ребенка или свидетельствует о крайне неблагоприятных условиях его воспитания.

Оценка нервно-психического развития детей 4-6 лет

4 года

<b>Показатели</b>	<b>Соответствует норме</b>	<b>С отклонениями</b>
1. Мышление и речь. Специальные задания	Умеет группировать предметы по классам: мебель, посуда, одежда, животные, птицы и т.п.	Группирует предметы по несущественному признаку, например по цвету
2. Моторика. П. 5 «Анкеты» и специальные задания	Общая: умеет подпрыгивать одновременно на двух ногах: на месте и продвигаясь вперед. Ручная: всегда или иногда застегивает пуговицы самостоятельно. Всегда или иногда самостоятельно завязывает шнурки	Не умеет подпрыгивать на месте и продвигаясь вперед: отталкивается одной ногой или не отрывается от пола. Никогда не застегивает пуговицы и не завязывает шнурки самостоятельно
3. Внимание и память. П. 7 «Анкеты»	Внимателен, собран. Стихи, соответствующие возрасту, запоминает быстро, прочно или медленно, после многих повторений, но в целом успешно	Рассеян, невнимателен, часто «отключается». С трудом и непрочно запоминает стихи
4. Социальные контакты. П. 6 «Анкеты»	Умеет играть с другими детьми, не ссорясь и соблюдая правила игры	Часто ссорится с детьми, обижается, дерется. Избегает других детей, любит играть в одиночестве. Не имеет друзей в детском саду, во дворе
5. Психическое здоровье. Пп. 1-4 «Анкеты»	Без отклонений	Наличие отклонений соматовегетативного, эмоционального, психомоторного характера

5 лет

<b>Показатели</b>	<b>Соответствует норме</b>	<b>С отклонениями</b>
1. Мышление и речь. Специальные задания	Умеет составить по картинке рассказ в несколько предложений. Правильно отвечает на вопрос, как герой попал в данную ситуацию	Составляя рассказ, не может ответить на вопрос, как герой попал в данную ситуацию. Не понимает смысла картинки, перечисляя действия героя вместо пересказа сюжета
2. Моторика. П. 5 «Анкеты» и специальные задания	Умеет прыгать на месте на одной ноге и продвигаясь вперед. Одевается и раздевается самостоятельно всегда или почти всегда	Не умеет прыгать на одной ноге. Никогда полностью не одеваете? и не раздевается самостоятельно или делает это очень редко

<b>Возраст 5 лет</b>		
<b>Показатели</b>	<b>Соответствует норме</b>	<b>С отклонениями</b>
3. Внимание и память. П. 7 «Анкеты»	Внимателен, собран. Стихи, соответствующие возрасту, запоминает быстро, прочно или медленно, после многих повторений, но в целом успешно	Рассеян, невнимателен, часто «отключается». С трудом и непрочно запоминает стихи
4. Социальные контакты. П. 6 «Анкеты»	Умеет играть с другими детьми, не ссорясь и соблюдая правила игры	Часто ссорится с детьми, обижается, дерется. Избегает других детей, любит играть в одиночестве. Не имеет друзей в детском саду, во дворе
5. Психическое здоровье. Пп. 1-4 «Анкеты»	Без отклонений	Наличие отклонений соматовегетативного, эмоционального, психомоторного характера
<b>Возраст 6 лет</b>		
<b>Показатели</b>	<b>Соответствует норме</b>	<b>С отклонениями</b>
1. Мышление и речь. Специальные задания	Умеет составить по картинке рассказ с развитием сюжета, отразив в нем события прошлого, настоящего и будущего. Допустимы наводящие вопросы	При рассказе сюжета не может ответить на вопрос, как герой попал в данную ситуацию, чем все завершится
2. Моторика. П. 5 «Анкеты». Специальные задания	Общая: умеет прыгать в длину с места с результатом не менее 70 см. Ручная: умеет аккуратно закрасить круг диаметром 2 см не более чем за 70 сек.	Не умеет прыгать в длину с места или показывает результат менее 70 см. Неаккуратно закрашивает круг (часто и грубо пересекает линию, много больших пробелов) или тратит на это 70 сек.
3. Внимание и память. П. 7 «Анкеты»	Внимателен, собран. Стихи, соответствующие возрасту, запоминает быстро, прочно или медленно, после многих повторений, но в целом успешно	Рассеян, невнимателен, часто «отключается». С трудом и непрочно запоминает стихи
4. Социальные контакты. П. 6 «Анкеты»	Умеет играть с другими детьми, не ссорясь и соблюдая правила игры	Часто ссорится с детьми, обижается, дерется. Избегает других детей, любит играть в одиночестве. Не имеет друзей в детском саду, во дворе
5. Психическое здоровье. Пп. 1-4 «Анкеты»	Без отклонений	Наличие отклонений соматовегетативного, эмоционального, психомоторного характера

Приложение 2  
к приказу Минздрава Российской Федерации и Министерства  
образования Российской Федерации от «30» июня 1992 г. № 186/272

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ  
медицинских работников, обслуживающих детей  
в образовательных учреждениях

№	Виды деятельности	Заведующий центром (отделением)	Врач педиатр	Средний медработник	
				Дошкольного учреждения	школы, лицея и др.
1	2	3	4	5	6
1	Организация медицинского обеспечения детей				
1.1	Анализ состояния здоровья детей, оценка эффективности профилактических и оздоровительных мероприятий	Постоянно по плану работы			
1.2	Координация деятельности лечебно-профилактических и образовательных учреждений, контроль за организацией медобслуживания детей, анализ	Постоянно по плану работы			
1.3	Организация профилактических осмотров	-/-			
1.4	Организация консультативной помощи	-/-			
1.5	Организация повышения квалификации медицинских и педагогических работников	-/-			
1.6	Организация работы по гигиеническому воспитанию детей, родителей (лиц, их заменяющих)	Постоянно по плану работы			
1.7	Организация и проведение летней оздоровительной кампании	е ж е г о д н о			

Продолжение

№	Виды деятельности	Заведующий центром (отделением)	Врач-педиатр	Средний медработник	
				Дошкольного учреждения	школы, лицея и др.
1	2	3	4	5	6
2	<u>Первичная профилактика</u>				
2.1	Контроль за санитарно-гигиеническими условиями в образовательных учреждениях		2 раза в год	постоянно	
2.2	Контроль и оказание методической помощи в организации учебно-воспитательного процесса: — участие в составлении учебного расписания; — составление режима дня и занятий		2 раза в год	1 раз в месяц	
3	<u>Питание:</u> — контроль за состоянием фактического питания и анализ качества питания; — санитарно-гигиеническое состояние пищеблока; — составление меню; — бракераж готовой продукции; — контроль за выполнением натуральных норм			постоянно	
4	<u>Физическое воспитание:</u> — распределение на медицинские группы для занятий физической культурой; — анализ эффективности физического воспитания с оценкой физической подготовки детей; — осуществление контроля за организацией физвоспитания, закаляющих мероприятий		1 раз в год		1 раз в месяц
5	<u>Трудовое обучение и профессиональная ориентация:</u> — врачебно-профессиональная консультация; — заключение о профессиональной пригодности; — контроль за выполнением рекомендаций по трудовому обучению				в соответствии с приложением 1

Продолжение

№	Виды деятельности	Заведующий центром (отделением)	Врач-педиатр	Средний медработник	
				Дошкольного учреждения	школы, лицей и др.
1	2	3	4	5	6
6	<p><u>Гигиеническое воспитание в детском коллективе:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— рекомендации по организации и проведению гигиенического воспитания, формированию навыков здорового образа жизни, профилактике СПИДа. Организация мероприятий по профилактике близорукости, кариеса, нарушений осанки и др.;</li> <li>— контроль за гигиеническим воспитанием</li> </ul>		2 раза в год		1 раз в месяц
7	<p><u>Иммунопрофилактика:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— планирование и анализ вакцинации;</li> <li>— осмотр перед прививкой;</li> <li>— вакцинация;</li> <li>— контроль за состоянием здоровья после прививки, регистрация местной и общей реакции на прививку</li> </ul>		1 раз в год		постоянно
8	<p><u>Мероприятия по обеспечению адаптации в образовательном учреждении:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— рекомендации по адаптации и ее коррекции (совместно с педагогом);</li> <li>— контроль за течением адаптации и проведением медико-педагогической коррекции;</li> <li>— проведение медико-педагогических мероприятий по формированию функциональной готовности к обучению</li> </ul>			в соответствии с приложением 1	постоянно
9	<p>Введение документации (медицинская форма на ребенка, выписки и справки для лечебно-профилактических учреждений, военкоматов, летних оздоровительных учреждений, проч.)</p>				постоянно

*Окончание*

№	Виды деятельности	Заведующий центром (отделением)	Врач-педиатр	Средний медработник	
				дошкольного учреждения	школы, лицея и др.
1	2	3	4	5	6
10	<u>Диспансеризация:</u> — проведение углубленных профилактических осмотров; — проведение (совместно с педагогом) скрининг-тестов по выявлению отклонений в состоянии здоровья, оценка физической подготовленности детей; — рекомендации педагогическому персоналу по коррекции отклонений в состоянии здоровья; — проведение назначенных оздоровительных мероприятий и контроль за их выполнением в образовательных учреждениях, детской поликлинике и др.			в соответствии с приложением 1  в соответствии с приложением 1  постоянно  назначение постоянно оздоровительных мероприятий и контроль за выполнением	
11	Анализ состояния здоровья детей по предлагаемым критериям и тестам, разработка медико-педагогических мероприятий по улучшению охраны их здоровья		1 раз в год		

**Примечания:**

- медицинская помощь дошкольникам и школьникам непосредственно в образовательном учреждении осуществляется средним медицинским персоналом, получившим специальную подготовку по организации профилактической и оздоровительной работы;
- деятельность врача по обслуживанию детей в образовательных учреждениях осуществляется в соответствии с настоящими функциональными обязанностями с закрепленным детским контингентом в лечебно-профилактическом или образовательном учреждении;
- диспансерное наблюдение за детьми, имеющими хронические заболевания, осуществляется лечебно-профилактическим учреждением;
- медицинское обеспечение детей в образовательных учреждениях специального назначения осуществляется по действующим нормативным документам;
- педагогические коллективы образовательных учреждений совместно с медицинскими работниками принимают непосредственное участие в мероприятиях по охране здоровья детей;
- медицинские работники, занятые медицинским обеспечением детей в организованных коллективах, могут привлекаться к участию в проведении летней оздоровительной кампании, в т.ч. с выездом в загородные учреждения.

Начальник Управления охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения Российской Федерации

Д.И. Зелинская

Начальник Главного управления социальной защиты детства Министерства образования Российской Федерации

И.Н. Володина

Приложение 3  
к приказу Минздрава Российской Федерации и Минобразования  
Российской Федерации  
от «30»июня 1992 г. № 186/272

## КРИТЕРИИ оценки состояния здоровья детей

### I. Показатели здоровья в детском коллективе

Общая заболеваемость (уровень и структура).

Острая заболеваемость (уровень и структура).

Заболеваемость детей в случаях, в днях на 1 ребенка Процент часто болеющих детей (ЧБД).

Процент детей с отклонениями в состоянии здоровья, хроническими заболеваниями.

Процент детей, отнесенных по состоянию здоровья к медицинским группам для занятий физической культурой (основная, подготовительная, специальная).

Процент детей, функционально незрелых к обучению.

Процент детей с нарушениями состояния здоровья, вызванных адаптацией к дошкольному учреждению, школе.

Процент детей, нуждавшихся в оздоровительных мероприятиях. Распределение детей по группам здоровья.

### II. Показатели Физического развития

#### A. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ:

1. Антропометрия: длина и масса тела, обхват грудной клетки (вдох, выдох, экскурсия), динамометрия, спирометрия.
2. Форма грудной клетки — деформации— «куриная», «воронкообразная», «грудь сапожника» и др.
3. Форма ног — нормальные, Х-образные, О-образные.
4. Стопа — нормальная, уплощенная, полая.
5. Осанка — нормальная, лордоз, кифоз, сколиоз.

#### Б. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ:

1. Толщина жировой складки в 4-х точках. Определение процента жировой массы.
2. Форма живота (нормальный, выпуклый, отвислый). Оценка гармоничности развития по индексам или местным стандартам (или центильная оценка).

### III Показатели Физической подготовленности по Физическим тестам

#### A. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ:

1. Подтягивания или отжимания (сила) (раз).
2. Быстрота бега на 10, 30 метров (мин).
3. Метание (теннисного мяча) на дальность (м).
4. Прыжки в длину, высоту с места (м).
5. Бег на выносливость в течение 1,5 мин.

#### Б. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ:

1. На статистическую выносливость (упражнения «рыбка»или «угол») на время (сек).
2. Статистическое равновесие, стоя на одной ноге или «ласточка» с закрытыми глазами (сек).
3. Гибкость — наклоны вперед, стоя на скамейке от нулевой линии (см).
4. Координация движений: бросание мяча о стену попеременно руками в течение 30 секунд с 1 метра.

5. Силовая выносливость: количество седов из положения лежа на спине.

Начальник Управления охраны  
здоровья матери и ребенка  
Минздрава Российской Федерации

Ц.И. Зелинская

Приложение 4  
к приказу Минздрава Российской Федерации и  
Минобразования Российской Федерации от «30» июня 1992 г.  
№ 186/272

### КРИТЕРИИ

оценки биологической зрелости и функционального состояния

- I. Степень биологической зрелости (в баллах).
  1. У дошкольников и младших школьников по количеству постоянных зубов.
  2. У средних и старших школьников по вторичным половым признакам (по В.Г. Властовскому).
- II. Уровень функционального состояния:
  1. Время задержки дыхания (пробы Штанге и Генчи).
  2. Ортостатическая проба.
  3. Нагрузочная проба (20 приседаний или 30 подскоков за 30).
  4. Двойное произведение  $\frac{(ЧСС \times АД_{сис.})}{100}$ .
  5. Общая работоспособность (с помощью степ-теста или велоэр-гометрии Р\УС 150-170 по Л.И. Абросимовой).
- III. Методики оценки биологической зрелости и функционального состояния

### СХЕМА

оценки биологического возраста по зубной формуле

Хронологический возраст, лет	Пол	Число постоянных зубов		
		Замедленное развитие	Соответствующее развитие	Ускоренное развитие
5,5	М	0	0-3	Более 3
	Д	0	0-5	Более 4
	М	0	1-5	Более 5
	Д	0	1-6	Более 6
6,5	М	0-2	3-8	Более 8
	д	0-2	3-9	Более 9
	М	Менее 5	5-10	Более 10
	Д	Менее 6	6-11	Более 11
7,5	М	Менее 8	8-12	Более 13
	д	Менее 8	8-13	Более 14

Оценка физического развития по данным темпа роста и полового созревания (по схеме В.Г. Властовского)

Буквенные обозначения: А — ускоренный (акселеранты);

М — средний;

Р — замедленный (ретарданты).

1-я буква — оценка темпа роста.

2-я буква — оценка полового развития.

1 — тип — АА — рост ускорен, половое созревание ускорено.

2 — тип — АМ — рост ускорен, темп полового созревания средний.

3 — тип — АР — рост ускорен, темп полового созревания замедлен.

4 — тип — МА — рост средний, половое созревание ускорено.

5 — тип — МР — рост средний, половое созревание замедлено.

7 — тип — РА — рост замедлен, половое созревание ускорено.

8 — тип — РМ — рост замедлен, половое созревание среднее.

9 — тип — PP — рост и половое созревание замедлены.

Оценочная таблица индивидуального темпа полового созревания

Темп полового созревания, стадии	Возраст девочек, гг.			Возраст мальчиков, гг.		
	1	2	3	1	2	3
1. Ускоренный	8-9	10-12	13-14	10-11	12-13	14-16
2. Средний	10-12	13-14	15-16	12-13	14-16	17-18
3. Поздний	13-14	15-16	17-18	14-16	17-18	19

Степени:

- 1 степень — 0 баллов;
- 2 степень — 1-2 балла;
- II степень — 3-4 балла;
- III степень — 5-6 баллов.

**Балльная значимость признаков полового созревания**

ДЛЯ МАЛЬЧИКОВ 1. Оволосение лобка — P.

P<sub>0</sub> — отсутствие оволосения.

P<sub>1</sub> — единичные волосы.

P<sub>2</sub> — редкие волосы, расположенные на центральном участке лобка. P<sub>3</sub> — густые, прямые волосы, неравномерно расположенные на поверхности лобка, без четких ровных границ,

P<sub>4</sub> — густые, вьющиеся волосы, равномерно расположенные по всей поверхности лобка с четко горизонтальной границей.

P<sub>5</sub> — густые, вьющиеся волосы, распространяющиеся на внутреннюю поверхность бедер и в направлении к пупку (мужской тип оволосения).

2. Оволосение подмышечных впадин: A<sub>x</sub> A<sub>x0</sub> — отсутствие оволосения.

A<sub>x1</sub> — единичные волосы, расположенные на небольшом центральном участке подмышечной впадины.

A<sub>x2</sub> — густые, прямые волосы, расположенные по всей поверхности подмышечной впадины.

A<sub>x3</sub> — густые вьющиеся волосы.

ДЛЯ ДЕВОЧЕК

P<sub>0</sub> — отсутствие волос.

P<sub>1</sub> — единичные волосы.

P<sub>2</sub> — волосы на центральном участке лобка, более густые, длинные.

P<sub>3</sub> — волосы густые, длинные, вьющиеся, на всем участке лобка.

Оволосение подмышечных впадин: A<sub>x</sub>

A<sub>x0</sub> — отсутствие волос.

A<sub>x1</sub> — единичные волосы.

A<sub>x2</sub> — волосы редкие, на центральном участке впадины.

A<sub>x3</sub> — волосы густые, вьющиеся, длинные, на всей подмышечной области.

Развитие молочной железы: Ma Ma<sub>0</sub> — железы не выдаются.

Ma<sub>1</sub> — железа несколько выдается, околососковый кружок вместе с соском образует конус.

Ma<sub>2</sub> — железа значительно выдается, вместе с соском и около- сосковым кружком образует конус.

Ma<sub>3</sub> — железы значительно выдаются, сосок поднимается над околососковым кружком, тело железы округлой формы.

Менструальная функция: Me

Me<sub>0</sub> — отсутствие менструации.

Me<sub>1</sub> — менархе в момент обследования.

Me<sub>2</sub> — неустойчивый менструальный цикл.

Ме<sub>3</sub> — регулярные менструации в течение года.

**Ориентировочные показатели пробы Штанге (1) и Генчи (2) (с)**

Возраст, лет	Мальчики		Девочки	
	1	2	1	2
5	24	12	22	12
6	30	14	26	14
7	36	14	30	15
8	40	18	36	17
9	44	19	40	18
10	50	22	50	21
11	51	24	44	20
12	60	22	48	22
13	61	24	50	19
14	64	25	54	24
15	68	27	60	26
16	71	29	64	28

**Оценка результатов ортостатической пробы**

Учащение пульса за минуту менее 16 — хороший результат, от 16 до 20 — средний, более 20 — ниже среднего результата.

Оценка результатов пробы с 20 приседаниями за 30 секунд

Возраст, лет	Выше среднего	Среднее	Ниже среднего
3	85	100	116
5	85	100	115
6	81	95	105
7	80	92	100
8	76	89	98
9	73	86	95
10	70	88	100
11	70	86	98
12	77	86	99
13	73	85	90
14	74	86	91
15	75	87	93
16	76	88	94
17	75	86	90

Время восстановления пульса к исходному уровню: менее 3-х минут — хороший результат, от 3-х до 4-х минут — средний, более 4-х минут — ниже среднего результат.

«Двойное произведение» в покое  $\frac{ЧСС \times АД_{сист.}}{100}$

Физическая работоспособность детей (кгм/мин) по PWC 150-170 методом велоэргометрии или степ-теста

Возраст, лет	Мальчики	Девочки
5	195	150
6	200	175,0
7	250	210
8	300	240
9	370	310
10	420	340
11	495	360
12	550	420
13	650	450
14	730	440
15	740	444
16	850	450
17	890	470

Начальник Управления охраны здоровья матери и ребенка  
Минздрава Российской Федерации

Д.И. Зелинская

Приложение 5  
к приказу Минздрава Российской Федерации Минобразования  
Российской Федерации  
от «30 июня 1992 г. № 186/272

## Организационные формы медицинского обеспечения детей дошкольного и школьного возрастов

Медицинское обеспечение детей дошкольного и школьного возрастов имеет в виду контроль за состоянием здоровья на основе правильной организации первичной профилактики и оздоровления, своевременной коррекции отклонений в состоянии здоровья, привития гигиенических навыков и физической культуры, профессиональной ориентации.

Эти задачи путем анализа деятельности, контроля за работой, организации методической помощи, использования более эффективных организационных форм медицинской помощи, рационального труда медицинского персонала, повышения качества и эффективности профилактических осмотров, повышения профессионального уровня медиков и педагогов реализуются медицинскими работниками совместно с педагогическими коллективами как непосредственно в организованных коллективах, так и в лечебно-профилактических учреждениях.

С учетом местных условий, имеющегося опыта работы рекомендуются различные формы организации медицинского обслуживания детей, внедрение новых организационных форм, наряду с существующими.

### I. Центр (отделение) охраны здоровья детей.

Центр может быть организован как на базе лечебно-профилактического учреждения, так и при наличии условий самостоятельно, а также в образовательных учреждениях.

В структуре центра может быть 3 подразделения:

- амбулаторное, обеспечивающее организацию профилактической работы, углубленных осмотров, оздоровления детей с отклонениями в состоянии здоровья;
- консультативное, обеспечивающее консультации по вопросам семьи, брака, половому и физическому воспитанию, психологическому развитию, становлению речи, профессиональной ориентации, с привлечением необходимых специалистов. Проводится медико-педагогическая коррекция отклонений;
- организационно-методическое, которое обеспечивает координацию и преемственность в работе всех структур центра (отделений), внедрение новых форм организации профилактической работы в образовательных учреждениях, взаимосвязь с лечебно-профилактическими и другими учреждениями.

Штаты центра (отделения) устанавливаются исходя из местных условий и рекомендательных штатных нормативов.

I. Традиционная форма (дошкольно-школьное отделение), при которой врач обеспечивает в образовательном учреждении в основном профилактическую работу.

Лечебная помощь больным, реабилитация диспансерной группы обеспечиваются специалистами детской поликлиники.

II. Обслуживание по принципу «единого педиатра» предполагает обеспечение профилактической работы в образовательном учреждении с дачей необходимых рекомендаций по оздоровлению и контролю за оздоровлением, медико-педагогической коррекции, лечебной помощи на дому; в детской поликлинике диспансерное наблюдение хронических больных осуществляют специалисты

поликлиники.

III. Бригадный метод обслуживания обеспечивает углубленные осмотры бригадой врачей-педиатров и специалистов в предлагаемые сроки (Приложение 1), назначаются рекомендации по оздоровлению и медико-педагогической коррекции.

При этих организационных формах оказание медицинской помощи детям возлагается на медицинский персонал, получивший специальную подготовку в соответствии с функциональными обязанностями.

Организационно-методическую и консультативную помощь медицинскому персоналу образовательного учреждения оказывает старший или заведующий ДШО.

Начальник охраны здоровья матери и ребенка  
Минздрава Российской Федерации

*Д.И. Зелинская*

14.03.95

**Министерство здравоохранения  
и медицинской промышленности**

№ 60

**Российской Федерации**

Из приказа

г. Москва

Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов.

В целях совершенствования охраны и укрепления здоровья детей, улучшения качества и эффективности проведения профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить «Инструкцию по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов» (далее — «Инструкция»).
  2. Руководителям территориальных органов управления здравоохранением:
    - 2.1. Разработать и утвердить территориальные целевые программы профилактической помощи детям дошкольного и школьного возрастов.
    - 2.2. Внедрить «Инструкцию» в деятельность учреждений здравоохранения, размножить в необходимом количестве, обеспечить все лечебно-профилактические учреждения.
    - 2.3. При лицензировании учреждений здравоохранения определить объем медико-экономических нормативов, выполняемый на каждом уровне оказания медицинской помощи (детская поликлиника, ЦРБ, ФАП и др.). Обеспечить профилактические осмотры в полном объеме каждому ребенку за счет выездных и др. организационных форм работы.
  3. Управлению охраны здоровья матери и ребенка (Д.И. Зелинская), Управлению медицинской статистики (Э.И. Погорелова) разработать автоматизированные рабочие места для медицинских работников по оказанию профилактической помощи детям дошкольного и школьного возрастов (1995-1996 гг.).
  4. Управлению охраны здоровья матери и ребенка (Д.И. Зелинская) провести методические семинары-совещания для врачей территории РФ по работе с «Инструкцией» (1995 г., IV кв.).
  5. Информацию о ходе выполнения приказа представить в Управление охраны здоровья матери и ребенка 01.02.96 г.
- Контроль за выполнением приказа возложить на начальника Управления охраны здоровья матери и ребенка Д.И. Зелинскую.

Заместитель Министра  
А.Д. Царегородцев

## Приложение 2

### Рассчитываемые коэффициенты и индексы, применяемые в оценке функционального состояния организма

#### 1. Вегетативный индекс Кердо (ВИК):

$$ВИК = \left(1 - \frac{ДД}{ЧСС}\right) \times 100, \text{ где}$$

ДД — диастолическое давление в плечевой артерии;  
ЧСС — частота сердечных сокращений.

Рост положительных значений индекса свидетельствует о возрастании тонуса симпатического отдела ВНС; снижение значений говорит о снижении тонуса симпатического отдела ВНС (В.П. Загрядский, 1978).

#### 2. Коэффициент сдвига:

$$K = \frac{П_1 - П_0}{П_0} \times 100\%, \text{ где}$$

П<sub>0</sub> — показатель покоя;

П<sub>1</sub> — показатель после нагрузки.

Коэффициент сдвига позволяет оценить гемодинамическое и вегетативное обеспечение физической нагрузки:

- а) тип гемодинамической реакции:
  - нормореактивный: учащение пульса на 15-50% ;
  - гиперреактивный: учащение пульса больше, чем на 50% ;
  - гипореактивный: учащение пульса меньше, чем на 10%, или отрицательные значения;
  - ареактивный: неизменившиеся значения;
- б) тип вегетативного обеспечения:
  - нормотонический тип ВНС: учащение PS на 15-50% ,
  - симпатико и гиперсимпатикотонический тип ВНС: учащение PЗ больше, чем на 50%.
- в) гипореактивный тип ВНС (ваготонический): учащение пульса меньше, чем на 10%, или отрицательные значения.

#### 3. PW — тест (PW — возрастной резерв).

Позволяет оценить работоспособность, а также адекватность реакции организма на физическую нагрузку.

По рекомендациям Всемирной организации здравоохранения для людей до 30 лет предложен тест РУ/ 170 (PUC 170). При PУ 170 — величина работоспособности выражается объемом работы при ритме сердечных сокращений 170 ударов в минуту.

Оптимальным нагрузочным режимом считается такой, при котором мобилизуются 60-75% резерва ЧСС. Возрастной резерв ЧСС рассчитывают: максимальный возрастной резерв (170) минус возраст в годах, минус ЧСС покоя.

Пример:  $(170 - 5 - 90) = 75$  (ЧСС — покой); 75% от 75 — это 55.

Оптимальным нагрузочным режимом, или оптимальным ответом на нагрузку, считается увеличение (ЧСС) до 130 ударов в мину- ту  $(75 + 55 = 130)$ .

#### 4. Показатель качества гемодинамической реакции (ПКР) по Б.П. Кушелевскому:

$$ПКР = \frac{ПД_0 - ПД_1}{PS_1 - PS_0}, \text{ где}$$

ПД — пульсовое давление:  $ПД = АД_с - АД_д$ ;

АД<sub>с</sub> — артериальное давление систолическое;

АД<sub>д</sub> — артериальное давление диастолическое;

ПД<sub>0</sub> — пульсовое давление до нагрузки;

ПД<sub>1</sub> — пульсовое давление после нагрузки.

Оптимальным показателем гемодинамики принято считать значения ПКР от 0,5 до 1. Отклонения в ту или другую сторону свидетельствуют об ухудшении функционального состояния.

### Таблицы показателей веса тела

Нормальный вес человека в зависимости от пола, роста и ширины грудной клетки

Рост (см)	Нормальный вес мужчин (кг)			Рост (см)	Нормальный вес женщин (кг)		
	при узкой грудной клетке	при нормальной грудной клетке	при широкой грудной клетке		при узкой грудной клетке	при нормальной грудной клетке	при широкой грудной клетке
156,0	49,3	56,0	62,2	152,5	47,8	54,0	59,0
157,5	51,7	58,0	64,0	155,0	49,2	55,2	61,6
160,0	53,5	60,0	66,0	157,5	50,8	57,0	63,1
162,5	55,3	61,7	68,0	160,0	52,1	58,5	64,8
165,0	57,1	63,5	69,5	162,5	53,8	60,1	66,3
167,5	59,3	65,8	71,8	165,0	55,3	61,8	67,8
170,0	60,5	67,8	73,8	167,5	56,6	63,0	69,0
172,5	63,3	69,7	76,8	170,9	57,8	64,0	70,0
175,0	65,3	71,7	77,8	172,5	59,0	65,2	71,2
177,5	67,3	73,8	79,8	175,0	60,3	66,5	72,5
180,0	68,9	75,2	81,2	177,5	61,5	67,7	73,7
182,5	70,9	77,2	83,6	180,0	62,7	62,9	74,9
185,0	72,8	79,2	85,2				

Примечание. В возрасте старше 30 лет вес тела может быть увеличен по сравнению с данными таблицы на 2,5-6 кг.

(Д.М. Аронов, 1983)

Рекомендуемый вес тела в зависимости от роста и телосложения (для женщин)

Рост (см)	Вес (кг)		
	при узкой грудной клетке	при нормальной грудной клетке	при широкой грудной клетке
150	43	47,5	55,5
155	46,7-51,3	50,3-55,9	54,4 - 60,9
	46,6	51,2	59,0
160	48,1 -53,6	52,2 - 58,6	56,8-63,6
	50,2	54,3	62,4
165	50,3 - 56,2	54,9-61,2	59,4-66,7
	53,8	58,5	65,9
170	53,0-58,9	57,5-63,9	62,0-70,2
	57,4	62,1	69,3
175	55,7-61,6	60,2 - 66,6	64,8-73,8
	61	65,8	72,8
180	58,3 - 64,2	62,8-69,2	67,4 - 76,9
	64,6	69,4	76,2
185	61,0-66,9	65,6-71,9	70,1 -79,6
	68,2	73,1	79,7
	62,6-68,5	67,1 -73,5	71,7-81,2

### Показатели роста и массы тела мальчиков

Возраст (число лет)	Границы возможных отклонений	Рост (см)	Масса тела (кг)
15	Низкие	141-148	33-38
	Ниже средних	149-161	39-49
	Средние	162-173	50-59
	Выше средних	174-181	60-66
	Высокие	182-189	67-72
16	Низкие	147-157	38-46
	Ниже средних	158-167	47-55
	Средние	168-176	56-62
	Выше средних	177-183	63-68
	Высокие	184-190	69-73
17	Низкие	156-164	47-54
	Ниже средних	165-173	55-62
	Средние	174-180	63-69
	Выше средних	181-186	70-74
	Высокие	187-192	75-80

(В.К. Петров, 1989)

**Оценочные таблицы данных артериального давления**

Оценочная таблица данных артериального давления у девочек, подростков и девушек (мм.рт.ст.)

Тип физического развития, возраст (лет)	Центили						Уровень пограничного АД
	Систолические			Диастолические			
	3	90	97	3	90	97	
Микросоматический 8-9	75	109	115	34	63	70	109-115/63-70
	75	111	119	34	67	70	111-119/67-70
	82	114	124	34	67	70	114-124/67-70
	85	120	128	36	74	80	120-128/77-84
	85	122	128	37	77	84	122-128/77-84
Мезосоматический 8-9	76	112	120	34	65	70	112-120/65-70
	76	115	120	34	67	72	115-120/67-72
	84	121	126	36	71	78	121-126/71-78
	86	124	130	44	75	80	124-130/75-78
	86	124	130	46	78	84	124-130/78-84
Макросоматический 8-9	76	115	122	34	65	71	115-122/75-71
	82	118	126	38	71	71	118-126/71-76
	85	123	128	38	72	80	123-128/82-80
	90	128	132	46	78	82	128-132/78-82
	90	129	136	48	82	87	129-136/82-87

Оценочная таблица данных артериального давления у мальчиков, подростков и юношей (мм.рт.ст.)

Тип физического развития, возраст (лет)	Центили						Уровень пограничного АД
	Систолические			Диастолические			
	3	90	97	3	90	97	
Микросоматический 8-10	74	110	114	32	64	68	110-114/64-68
	76	110	114	34	67	72	110-114/67-72
	82	112	116	34	68	74	112-116/68-74
	90	118	124	36	74	78	118-124/74-78

Мезосоматический							
8-10	76	111	118	35	66	72	111-118/66-82
11-13	80	112	120	35	68	80	112-120/68-80
14-15	86	120	130	35	68	80	120-130/68-80
16-18	94	130	140	38	76	84	130-140/76-84
Макросоматический							
8-10	76	115	124	36	72	76	115-124/72-76
11-13	84	121	132	36	72	80	121-132/72-80
14-15	96	126	136	36	74	80	126-136/74-78
16-18	98	139	154	38	80	84	139-154/80-84

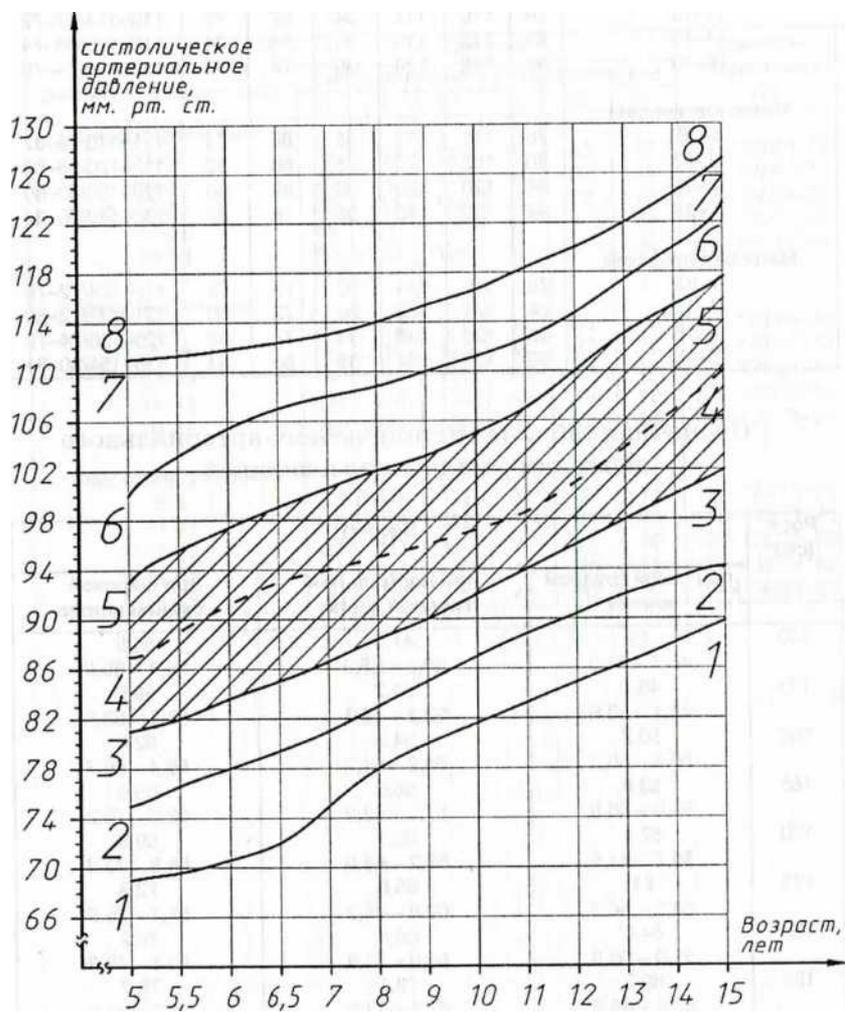
Оценочная таблица систолического артериального давления у мальчиков и юношей

Рост (см)	Вес (кг)		
	при узкой грудной клетке	при нормальной грудной клетке	при широкой грудной клетке
150	43	47,5	55,5
	46,7-51,3	50,3-55,9	54,4 - 60,9
155	46,6	51,2	59,0
	48,1 -53,6	52,2-58,6	56,8-63,6
160	50,2	54,3	62,4
	50,3 - 56,2	54,9-61,2	59,4-66,7
165	53,8	58,5	65,9
	53,0-58,9	57,5-63,9	62,0-70,2
170	57,4	62,1	69,3
	55,7-61,6	60,2-66,6	64,8 - 73,8
175	61	65,8	72,8
	58,3-64,2	62,8-69,2	67,4-76,9
180	64,6	69,4	76,2
	61,0-66,9	65,6-71,9	70,1-79,6
185	68,2	73,1	79,7
	62,6-68,5	67,1 -73,5	71,7-81,2

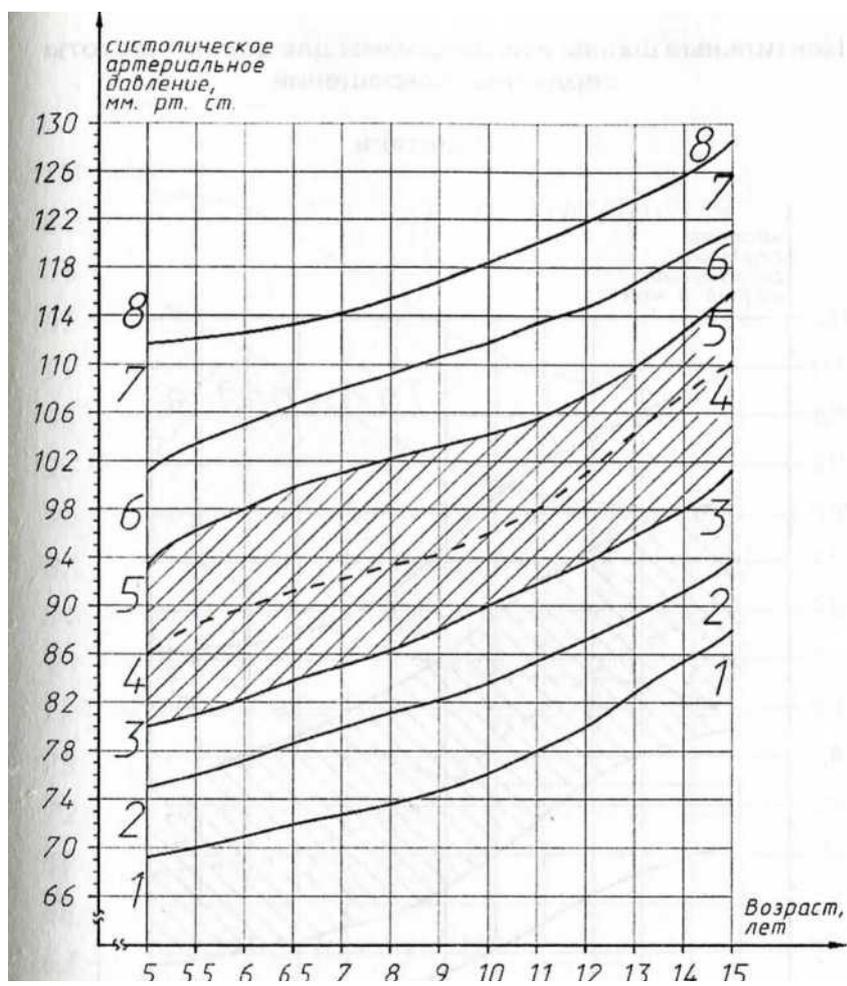
( ВЛ. Алмазов, Е.В. Шляхто, Л А. Соколова, 1992)

### Центильные шкалы и номограммы для оценки систолического артериального давления

Мальчикиёё

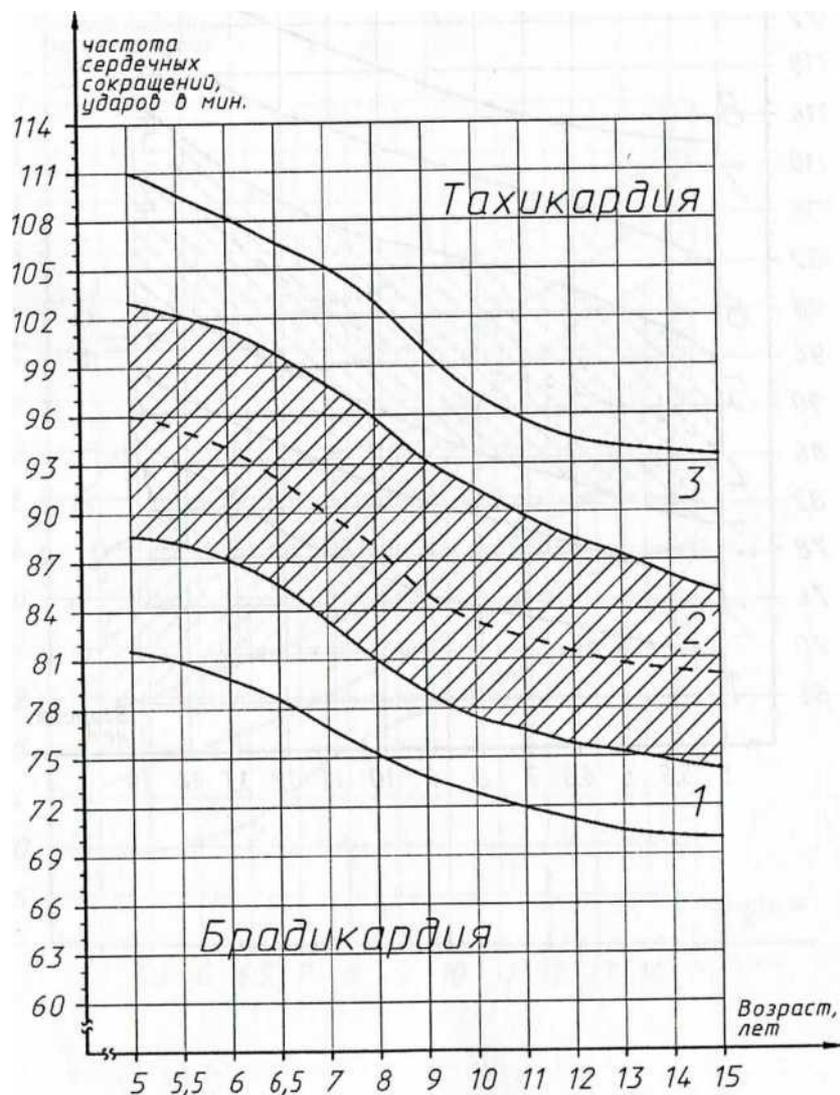


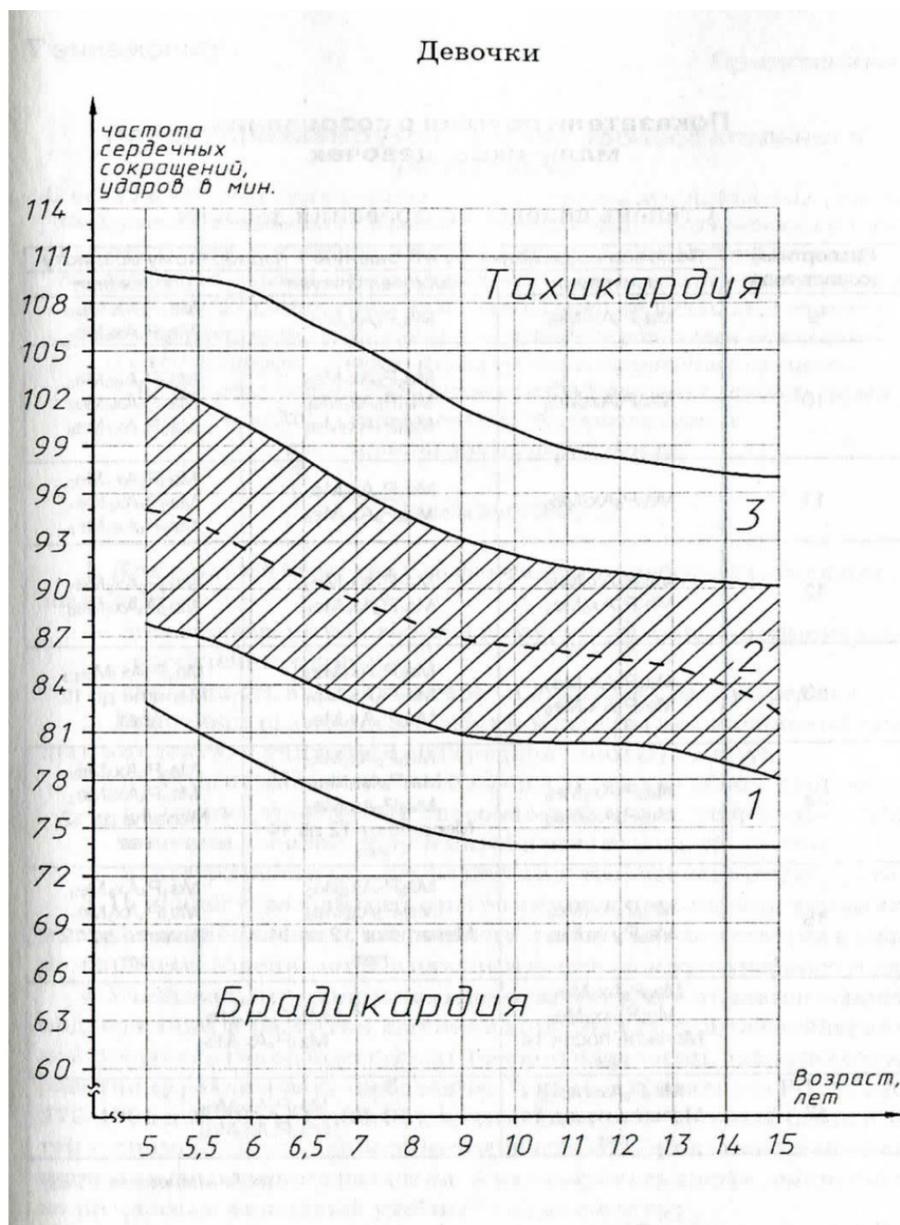
Девочки



### Центильные шкалы и номограммы для оценки частоты сердечных сокращений

Мальчики





Приложение 7

**Показатели полового созревания:  
мальчиков; девочек**

Степень полового созревания девочек

Паспортный возраст, годы	Половое созревание по отношению к паспортному возрасту		
	<i>отстает</i>	<i>соответствует</i>	<i>опережает</i>
9	$Ma_0P_0Ax_0Me_0$	$Ma_0P_0Ax_0Me_0$	$Ma_1P_0Ax_0Me_0$ $Ma_1P_1Ax_0Me_0$
10	$Ma_0P_0Ax_0Me_0$	$Ma_0P_0Ax_0Me_0$ $Ma_1P_0Ax_0Me_0$ $Ma_1P_1Ax_0Me_0$	$Ma_2P_1Ax_0Me_0$ $Ma_1P_1Ax_0Me_0$ $Ma_3P_2Ax_1Me_0$
11	$Ma_0P_0Ax_0Me_0$	$Ma_1P_1Ax_0Me_0$ $Ma_0P_0Ax_0Me_0$	$Ma_3P_2Ax_1Me_0$ $Ma_3P_3Ax_2Me_1$ $Ma_2P_1Ax_1Me_0$
12	$Ma_0P_0Ax_0Me_0$ $Ma_1P_1Ax_0Me_0$	$Ma_2P_1Ax_0Me_0$ $Ma_1P_1Ax_0Me_0$	$Ma_3P_3Ax_2Me_1$ $Ma_3P_2Ax_1Me_0$
13	$Ma_2P_1Ax_1Me_0$ $Ma_1P_1Ax_0Me_0$	$Ma_3P_3Ax_1Me_0$ $Ma_3P_3Ax_2Me_1$ $Ma_2P_1Ax_1Me_0$	$Ma_3P_3Ax_3Me_{2,3}$ Menarhe до 12 лет
14	$Ma_3P_2Ax_1Me_0$ $Ma_2P_3Ax_1Me_0$	$Ma_3P_2Ax_1Me_1$ $Ma_3P_3Ax_3Me_{2,3}$ $Ma_3P_2Ax_2Me_2$ Menarhe от 12 до 14 лет	$Ma_3P_3Ax_3Me_3$ $Ma_4P_4Ax_3Me_3$ Menarhe до 12 лет
15	$Ma_3P_2Ax_1Me_1$ $Ma_2P_2Ax_1Me_0$	$Ma_3P_3Ax_3Me_3$ $Ma_3P_2Ax_2Me_3$ Menarhe от 12 до 14 лет	$Ma_4P_4Ax_3Me_3$ $Ma_3P_3Ax_3Me_3$ Menarhe до 12 лет
16	$Ma_3P_3Ax_3Me_{1,2}$ $Ma_2P_2Ax_2Me_0$ Menarhe после 14 лет	$Ma_3P_3Ax_3Me_3$ $Ma_4P_4Ax_3Me_3$	
17	$Ma_3P_3Ax_3Me_{2,3}$ Menarhe после 14 лет	$Ma_3P_3Ax_3Me_3$ $Ma_4P_4Ax_3Me_3$	

(Н.А. Матвеева, 1983)

П р и м е ч а н и е. Для каждой возрастной группы на первой строчке дана типичная половая формула, на второй и третьей строчках приведены возможные варианты половой формулы

## Проект приказа руководителя образовательного учреждения

*О целях и задачах коллектива школы по реализации базовых статей Федеральных законов «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ», вменяющего «...содействие физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей, воспитанию в них патриотизма и гражданственности...», а также «Об Образовании», вменяющего «свободное развитие личности» и «приоритета ...здоровья» в организации учебного процесса. С целью реализации отмеченных в Федеральных законах целей и задач в деятельности образовательных и воспитательных учреждений.*

Приказываю:

1. Критериями качества и эффективности работы учителя с детьми считать:
  - способность не к авторитарному, а к духовно-эмоциональному общению с детьми;
  - способность вызвать интерес и любовь к своему предмету.
2. Конечным результатом работы учителя (для начальной школы), коллектива учителей (для средней школы) считать:
  - динамику эмоциональной сферы детей в учебном процессе;
  - динамику творческих способностей, в т.ч. творческого применения в жизни полученных в школе знаний, умений;
  - качество психического развития и творческого интеллекта.
3. Психологу: разработать программу экспресс-оценки динамики у детей эмоционального, творческого и психического статуса в учебном процессе (оценивается в начале и конце каждого учебного года).
4. Учитывая, что эмоциональное благополучие является основой поддержания и развития иммунно-защитных сил, а также первичной профилактикой психосоматической патологии, медицинскому работнику реализовать требования Приказов Минздрава РФ № 186/ 272-4305 и № 60 (от 14.03.95), вменяющих углубленный осмотр детей с применением экспресс-методов оценки функционального состояния и физического развития. Анализировать дифференцированно по классам за каждый учебный год динамику:
  - осанки;
  - зрения;
  - функционального состояния базовых систем жизнеобеспечения;
  - болезненности.
5. Специалисту по физической культуре оценивать у детей в начале и конце учебного года показатели:

- гибкости тела;
- выносливости (количество кругов, которые школьник может пробежать на стадионе в индивидуальном для каждого ребенка темпе);
- силовых характеристик: количество подтягиваний на перекладине (только для мальчиков).

6. По окончании каждого учебного года достигнутые результаты анализировать и обсуждать на Педагогическом совете и родительских собраниях. Учителя, у учащихся которых выявлена лучшая динамика развития, поощряются морально и материально. Ежегодно намечать мероприятия по совершенствованию нравственного, творческого, психического и физического развития детей.

7. Контроль за выполнением приказа поручить заместителю директора по учебно-воспитательной работе.

## Программа контроля за самочувствием и развитием школьников в учебном процессе

Показатели, предусмотренные программой, зависят от личности учителя и его профессионализма.

1. Динамика эмоционального самочувствия:

1.1.

- а) любовь и интерес к учебе;
- б) равнодушие к учебе;
- в) отторжение занятий.

1.2.

- а) ученик одухотворен занятиями;
- б) устает от занятий.

1.3.

- а) ученик испытывает страх к школе;
- б) испытывает тревожность от обстановки в школе;
- в) ощущает чувство напряженности на занятиях.

2. Динамика функций психической моторики в процессе занятий:

- почерка;
- диалоговой художественно-образной речи;
- осмысленного чтения;
- рисунка.

3. Соотношение творческих и механически усвоенных знаний.

4. Укорененность стресс-синдрома при письме (*мышечное напряжение и низкий наклон*).

5. Характеристика телесного развития:

- а) гибкости;
- б) выносливости: количество кругов, которые дети пробегают на стадионе в индивидуальном свободном темпе;
- в) силовых качеств (только для мальчиков): количество отжиманий от пола и подтягиваний на перекладине.

### Перечень сокращений

см — сантиметр

кг — килограмм

К — коэффициент P8 — пульс

АД — артериальное давление

АД<sub>с</sub> — артериальное давление систолическое

АД<sub>д</sub> — артериальное давление диастолическое ЧСС — число сердечных сокращений

ЧС (ЧДД) — число дыханий (число дыхательных движений)

ПД — пульсовое давление

«апноэ» — отсутствие дыхания

П — показатель

ВНС - вегетативная нервная система ССС — сердечно-сосудистая

система ВИК — вегетативный индекс Кердо

PW — возрастной резерв

## Литература

1. Алифанова Л.А. Влияние двигательной активности в процессе академического урока на физическое развитие школьников // *Педиатрия*. — № 6.
2. Алмазов В.А., Шляхто Е.В., Соколова Л.А. Пограничная артериальная гипертензия. — СПб.: Гиппократ, 1997.
3. Альтман Я.А., Батиков Н.Г., Вартамян И.А. и др. Слуховая система. — Л.: Наука, Ленинградское отделение, 1990.
5. Астахова А.Е. Развитие музыкально-гармонических способностей у детей. Педагогика искусства и интеграция (Мат. междунар. конф.). — М., 2000.
6. Базарный В.Ф. Зрение у детей. Проблемы развития. — Новосибирск: Наука, 1991.
7. Базарный В.Ф. Методология и методика раскрепощения нейрофизиологической основы психического и физического развития учащихся в структурах учебного процесса. — Сергиев Посад, 1995.
8. Базарный В.Ф. Нервно-психическое утомление учащихся в традиционной школьной среде. — Сергиев Посад, 1995.
3. Базарный В.Ф. Повышение эффективности становления психомоторных функций в процессе развития и обучения детей с помощью произвольных ритмов телесных усилий. — Сергиев Посад, 1996.
4. Базарный В.Ф. Программа экспресс-диагностики динамики психосенсорного, функционального и физического развития учащихся. — Сергиев Посад, 1995.
10. Базарный В.Ф. Раскрепощение духовно-психических потенциалов ребенка средствами художественно-образных, экологически «чистых» прописей. — Сергиев Посад, 1996.
11. Базарный В.Ф. Синдром «низко склоненной головы» в генезисе специфического конституционального «профиля» учащихся, механизм его развития, подходы к профилактике // *Бюллетень СО АМН СССР*. — 1986. — № 4.
12. Базарный В.Ф. Школьный стресс и демографическая катастрофа России. — Сергиев Посад, 2004.
13. Баранов А.А. Здоровье детей в России: научные и организационные приоритеты // *Российский педиатрический журнал*. — 1999.
14. Безруких М.М. Здоровьесберегающая школа. — М., 2004.
15. Гарбузов В.И. Нервные дети. — Л., 1990.
16. Гаряев П.П. Волновой геном. — *Общ. польза*, 1997.

17. Далькроз Жак Е. Ритм, его воспитательное значение для жизни и для искусства (6 лекций) / Пер. Н. Гнесиной // *Театр и искусство*. — М., 1992.
18. Коробейников АА. От худого племени не жди доброго семени. Образование в России: медико-психологический аспект. Мат. конф. — Т. 1. — Калуга, 2005.
19. Кучма В.Р. Дети в мегаполисе: некоторые гигиенические проблемы. — М., 2002.
20. Кучма В.Р. Школа — друг? Не всегда // *Медицинская газета*. — 20.04.2005.
21. Лобунская Г.В. Изобразительное творчество у детей. — М.: Просвещение, 1995.
22. Матвеева НА. и др. Оценочные таблицы физического развития школьников г. Горького: Метод, указания. — Горький, 1973.
23. Многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла. — М.: Творческий центр «Сфера», 2002.
24. Ненашева МА. Развитие продуктивного воображения младших школьников: Канд. дисс. — М., 1998.
25. Никитин Б.П. Здоровое детство без лекарств и прививок. — М.: «Лист нью», 2001.
26. Никитина Л А., Соколова Ж.С., Блудова Л А. Родителям XXI века: как воспитать здорового ребенка. — М.: «Знание», 1998.
27. Никитин Б.П., Никитина Л А. Мы, наши дети и внуки. — М.: «Лист нью», 1997.
28. Летискус А. Боги и легенды Олимпа. — М.: Современник, 2000.
29. Платов А. Славянские руны — М.: София: Гелиос, 2001.

## Как работать за конторкой?

Рекомендации доктора Базарного

### Для чего нужна конторка

Веками известна фундаментальная роль осанки (телесная вертикаль: прямохождение и прямостояние) в формировании здорового человека, особенно ребенка. Но, к сожалению, мы игнорируем законы психобиологического развития нашего организма.

Все сетуют на малоподвижный образ жизни современного человека. Но этот «образ жизни» сами и создаем. Так, например, ребенок по своей природе весь в движении. Сидеть для него противоестественно. Еще с древних времен люди знали, что движение — это жизнь. А как организовано рабочее место у большинства современных людей и у всех детей? Только в положении сидя за столом. И так из года в год... всю жизнь. Нет выбора! Вот и болезни копяся и нас одолевают. Между тем практически во всех серьезных исследованиях, посвященных анализу причин возникновения болезней цивилизации (зрения, сердца, психики, опорно-двигательной и иммунной систем, урологических заболеваний у мужчин, в т.ч. все растущей и молодеющей импотенции, и гинекологических заболеваний у женщин, в т.ч. связанных с родоразрешением, и т.д.), фактор сидения отнесен к базовым факторам риска в возникновении самой тяжелой соматической патологии в XX столетии.

Вот почему как первое средство профилактики и оздоровления мы рекомендуем укоренение в детстве телесной вертикали, т.е. формирования привычного и устойчивого телесно-вертикального моторно-активного динамического стереотипа (проще говоря — привычки) с раннего детства за счет использования в учебном процессе специальной мебели — конторок. Эффективность введения в учебный процесс режима динамических поз (чередование положений стоя-сидя-лежа) с использованием конторок в учебном процессе в 80-е гг. XX столетия были изучены по поручению Минздрава РФ Горьковским НИИ педиатрии и Ивановским НИИ охраны материнства и детства. Полученные положительные заключения от этих авторитетных центров, а также от НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова послужили основанием для издания Минздравом РФ в 1989 г. методических указаний, рекомендующих внедрение режима динамических поз (с использованием конторок) во все детские сады и школы страны, «Массовая первичная профилактика школьных форм патологии, или развивающие здоровье принципы конструирования учебно-познавательного процесса в детских садах и школах».

Повторно санитарно-гигиеническая экспертиза была выполнена в 2000-2001 году авторитетным коллективом ученых из НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков научного Центра здоровья детей РАМН, НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, НИИ детского ортопедического института им. Г.И. Турнера. Итогом данной работы явилась выдача департаментом государственного санитарно-эпидемиологического надзора Минздрава России гигиенического заключения № 77.99.95.3.Т.000674.07.01, разрешающего использовать данную технологию.

Наш опыт убеждает: в сотни раз легче предупредить согбенность и нарушения осанки, за которой кроется патология позвоночника и внутренних органов, чем все попытки потом вылечить хотя бы один недуг. Вот почему идеальным вариантом для внедрения режима

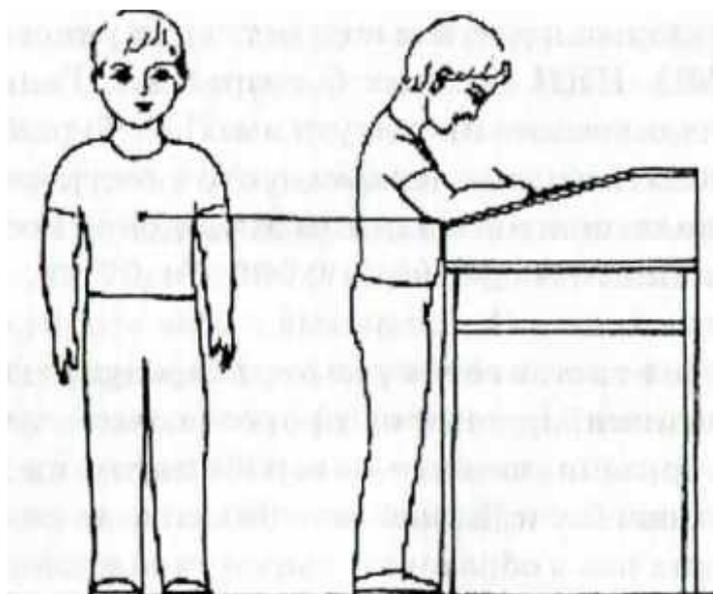
динамических поз в образовательные учреждения является воспитание детей в режиме телесной вертикали в семье и в детских дошкольных учреждениях с раннего детства!

Именно так мы и рекомендуем поступать. К сожалению, часто дети в школу приходят уже «засиженные», т.е. телесно «расслабленные», неактивные, с пониженными координаторными способностями тела. Такие дети требуют значительного времени для укоренения сообразного их природе прямостояния и прямохождения. Поэтому нами предложена методика постепенной перестройки «засиженного» динамического стереотипа (привычки), постепенного вхождения ребенка в привычную удобную и потребную для него телесную вертикаль как доминантную позу в организации учебного процесса (смена привычки). Для этого, как показала практика, нередко требуется значительный период времени (иногда весь учебный год).

Учитывая, что разные школы имеют различные материальные возможности, нами разработаны как простейшие модели конторок, которые ставятся на имеющиеся столы, так и оригинальная современная модель, заменяющая собой школьные столы.

### **Подборка рабочей высоты конторки**

Отправным уровнем высоты верхнего края конторки является точка у края грудины в районе «солнечного сплетения». Повторяем, этот уровень является исходным, ориентировочным, по которому в последующем может проводиться дальнейшая корректировка и «подгонка» уже рабочей высоты конторки. О чем идет речь? Если при исходной высоте конторки ребенок во время письма продолжает склоняться, то вся поверхность конторки постепенно поднимается до тех пор, пока ребенок не примет строго вертикальную стойку. При уко-



ренении телесной вертикали уровень конторки можно постепенно опустить до своего первичного, исходного уровня.

### **Общие рекомендации**

Главное внимание родителей и учителей должно быть направлено на то, чтобы не дать оформиться у ребенка устойчивого «засиженного» динамического стереотипа (привычки), т.е. той «усидчивости», которая так приятна и учителям, и родителям и которой многие годы они добиваются, не подозревая о печальных последствиях. Конструкция конторки предполагает читать-рисовать-писать на наклонной поверхности столешницы и заниматься другим рукотворчеством (лепка, конструирование) — на горизонтальной.

Еще раз напоминаем, что с того момента, как детские сады были превращены в чисто образовательные (а не воспитательно-развивающие) учреждения, в которых занятия стали проходить на стульчиках, в школу стали идти, как правило, уже «засиженные» дети, т.е. дети с угасшей телесной стойкой, в том числе с нарушенными координаторными способностями тела, а также с нарушенной осанкой. В этих условиях приходится в течение примерно одного года буквально «реанимировать» некогда такого подвижного («живого») ребенка. Безусловно, одной конторки для такой «реанимации» здесь мало. В этих условиях мы настоятельно рекомендуем расширить подвижные физкультурно-оздоровительные игры детей на открытом пространстве, развивающие телесную координацию (игра в лапту, футбол, лыжи, коньки, волейбол, плавание и т.д.). Особое внимание следует уделять занятиям, развивающим глазомер и моторику кистей (работа по дереву и конструирование — для мальчиков, вышивание — для девочек и т.д.).

Перед внедрением режима динамических поз рекомендуем ребенка показать ортопеду, а если такового нет — педиатру. Речь идет об обязательном замере (в метрических исчислениях) состояния стопы, позвоночника (желательно функциональное состояние других органов). Наличие у детей плоскостопия не является противопоказанием для занятий в режиме динамических поз. Просто такие дети должны чаще менять позы стоя-сидя-лежа, а так же дополнительно выполнять специальные лечебно-коррекционные упражнения для стопы.

При этом самым важным здесь является воспитать у ребенка способность слышать потребности своего тела. Он и только он должен и может решать сам, сколько минут ему следует постоять за конторкой, а сколько посидеть за столом. Задача родителя и учителя — изначально предоставить ребенку свободу такого выбора. Это принципиально! При этом главным моментом в режиме «динамических поз» является сам факт периодических смен поз! И чем чаще на этапе адаптации к данному режиму ребенок меняет позы, тем полезнее. Как показывает практика, потребность стоять за конторкой нарастает у ребенка постепенно, и уже через год быть на ножках становится для него потребной доминирующей позой. С этого времени подавляющее большинство детей просто отказываются от стульчиков.

Практика показала, что на начальных этапах адаптации детей к динамическим позам наиболее оптимальным режимом оказался тот, при котором дети меняют позы «стояния за конторкой — сидения за партой» через каждые 15 минут. В процессе такой адаптации продолжительность разового стояния за конторкой не должна превышать 25 минут.

У некоторых людей (и даже медиков) возникает естественный вопрос: а не разовьется ли при этом у детей плоскостопие? Нет, ведь приобретенное плоскостопие — это итог систематического сидения и, как следствие, расслабления динамических свойств связочного аппарата стопы. Представьте: в течение учебного года сидеть с поджатыми ножками. За это время связочный аппарат придет в состояние «расслабления». В этих условиях достаточно дать на него значительные нагрузки (прыжки, бег, длительная ходьба), как стопа может уплоститься. Укорененная же с раннего детства телесная стойка — это формирование прочности связочного аппарата стопы. Кроме того, человек имеет такую конструкцию стопы, при которой систематическое давление на пяточную кость способствует принятию обращенной кверху дугообразной («рессорной») формы стопы. Обращаем особое внимание (а ортопеды это хорошо знают): правильно оформленная с раннего детства стопа — это не только эффективное развитие и функционирование внутренних органов, но и оптимальное развитие, особенно у девочек, костей таза, играющих сверхважную роль в родоразрешении. При работе за конторкой нужно обратить особое внимание на соблюдение следующих общегигиенических и эргономических требований:

1. Высота конторки должна быть подогнана безукоризненно в соответствии с ростом ребенка.
2. Специально выполненными исследованиями установлено, что оптимальным углом наклона столешницы (рабочей поверхности) является 15-17°.
3. Гигиенически оптимальным следует считать, если обувь снята и ребенок находится в носочках из натуральной ткани (идеальный вариант — босиком).
4. Под ноги рекомендуется поместить массажный коврик из натуральных тканей (соломы, хлопка, шерсти и т.п.) с пришитыми в несколько рядов пуговицами или сплетенный из деревянных шариков («бусинок»). Стояние на резиновых ковриках, линолеуме недопустимо!
5. При работе в режиме «динамических поз» ребенок может на 3-5 минут прилечь на ковер! Это очень эффективный прием, восстанавливающий его активность. При этом писать и рисовать лежа недопустимо!

Режим динамических поз полезен и при занятиях за компьютером (хотя это уже другая методика).

При пользовании настольной ростомерной конторкой необходимо помнить, что она всегда ставится на противоположную от окна половину стола. В этом случае стоящий за конторкой не заслоняет свет рядом сидящему за столом. При этом на стол мы настоятельно рекомендуем ставить наклонную поверхность в виде клина с углом наклона 15-17°.

И еще важно помнить, что глаз объединяет пространство Вселенной с сознанием человека. Наше зрение обладает совершенной сигнально-отражательной способностью «воспринимать» характеристики пространства, с помощью которых происходит формирование психических функций человека. Кроме того, через глаз идет «настройка» организма на экологическую среду.

В ходе эволюции зрительная система формировалась как система, работающая в основном в режиме дальнего зрения, позволявшего воспринимать как можно более полную картину

окружающего мира. Неслучайно у человека, глядящего на раскинувшееся вокруг раздолье, «душа радуется». Так происходит «сонастройка» всех биоритмов на оптимальный для организма режим.

И еще. Наш глаз — это сканер. Все образы, которые он «снимает», должны находиться в движении. Обездвиженный образ глаз не воспринимает. Или воспринимает в режиме... отторжения. Через семь секунд, если перед глазом находится неподвижный объект, начинается отторжение этого образа.

При продолжающемся изо дня в день, из года в год использовании преимущественно ближнего зрения (а так работают наши дети, да и мы сами) наблюдается отмирание клеток отростков нейроэпителия коры головного мозга, настроенных на восприятие пространства. Вот почему ребенку необходим режим дальнего зрения, его зрительные горизонты должны быть раздвинуты как можно шире. Лучше всего для этого подходят естественные природные ландшафты. Ну а дома, в помещении, в детском саду, школе нужно обязательно освободить окна от штор, занавесок, тюля, капрона и прочего, что мешает глазу ребенка, да и взрослого, работать в наилучшем режиме дальнего зрения (шторы должны окаймлять окно, а не занавешивать его). Пусть в наших «коробках»-жилищах дети будут иметь хотя бы небольшую возможность для удовлетворения своих потребностей в зрительных горизонтах!

### **Особенности работы за конторкой дома**

Нужно стремиться, чтобы в процессе выполнения домашних заданий лицо школьника было обращено к окну. Периодические произвольные взгляды в пространство крайне важны и полезны не только для глаз, но и для работы мозга. Конторка устанавливается рядом со столом, за которым обычно школьник выполняет домашние задания.

Методические особенности адаптации детей к режиму динамических поз в условиях школы. При адаптации и в последующем при работе за конторкой всегда за основу берется не надуманная и заранее формализованная схема смен поз, а индивидуальный подход к формированию режимы смен стоя-сидя (лежа) у каждого ребенка. К сожалению, с учетом размеров существующих классов, а также наполненности их учащимися реализовать такой подход в полной мере чаще не удается. В этом случае мы рекомендуем следующие этапы адаптации.

Тот ряд столов, который отстоит дальше от окна, убирается из класса. Вместо них становится ряд конторок с меняющейся высотой рабочей поверхности. Первый же ряд столов остается для занятий в режиме сидя. Периодически по команде учителя (примерно через каждые 10-15 минут, т.е. дважды-трижды за урок) те дети, которые работали стоя, садятся за столы, а те, кто работал сидя, становятся за конторки.

Тем детям, у которых появилась потребность в более продолжительном пребывании на ножках, мы рекомендуем уже постоянную рабочую конторку, сбоку от которой находится стульчик. Школьник сам по своему самочувствию периодически приседает на стульчик и слушает учителя. Когда два школьника занимаются за одной конторкой, они должны быть примерно одного роста (разница в высоте не более 1 см). Безусловно, здесь возникает масса еще и других вопросов. Их мы решаем на специальных семинарах, которые проводим для родителей, педагогов и школьных медиков.

Несколько требований:

1. Столы (конторки) расставляются таким образом, чтобы вокруг каждого из них было хоть какое-то свободное пространство для постоянного удовлетворения естественной потребности ребенка в движении. Эта зона для организации малых форм непроизвольной двигательной активности.

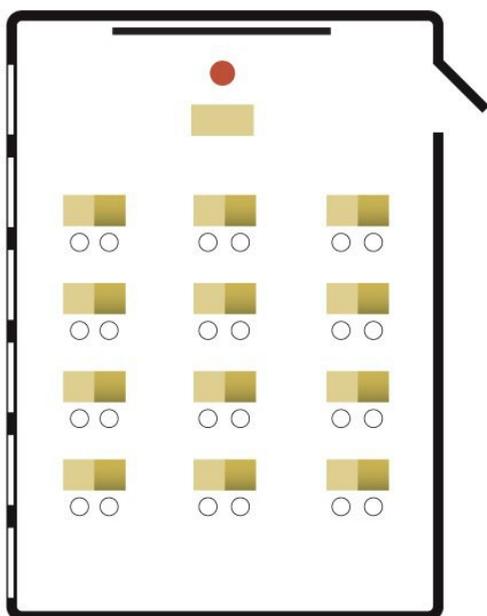
2. Расстановка столов (конторок) меняется не реже 1 раза в месяц (см. ниже).

3. Помните, даже если весь класс предпочитает заниматься в режиме телесной вертикали (за конторками), рекомендуется в классной комнате иметь хотя бы один свободный стол, за который ребенок мог бы в любой момент присесть.

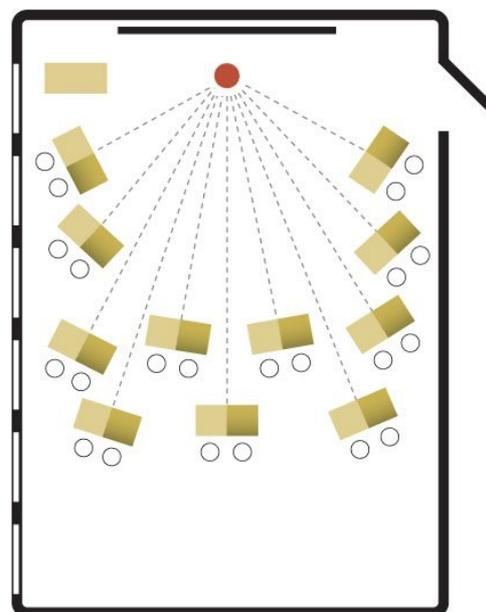
Режим меняющихся рабочих мест учащихся

Проведенный анализ эмоционального самочувствия детей убедил, что существующая практика размещения рабочих мест учащихся по строго фиксированным рядам оказался наименее благоприятным. Более эффективным оказался тот режим, при котором расстановка столов (конторок) меняется 1-2 раза в месяц. Мы предлагаем следующие варианты расстановки рабочих столов (конторок) — рис. Безусловно, определенные ограничения могут накладываться размеры классной комнаты и число учащихся.

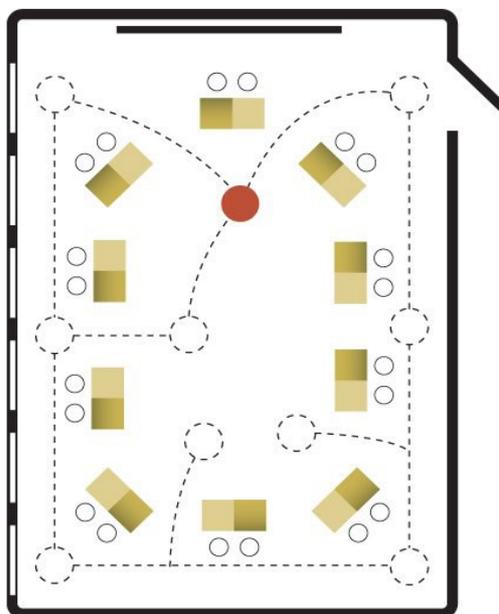
Опыт показал, что дети (да и взрослые тоже) с восторгом работают за конторкой, При этом не только укрепляется весь опорно-двигательный аппарат, нет искривления позвоночника и болей в спине, но повышаются психическая устойчивость, внимание, творческие способности и иммунитет, исчезает утомляемость. Дети растут равномерно в течение всего года, а не только в период летних каникул. А главное улучшается умственная деятельность детей. Они растут стойкими, способными преодолевать жизненные испытания. И я уверен, такие люди выстоят. А это, согласитесь, немаловажно.



Традиционное размещение столов



Радиальное размещение столов



Размещение столов в условиях проведения занятий в режиме коллективного сотворчества



## Фильм «Обездвиженность - болезнь цивилизации»

В фильме Валерия Берчуна на большом историческом, научном и практическом опыте рассказывается о ведущей роли движения в жизни человека, особенно ребенка. Раскрывается негативное влияние «обездвиженности» современного человека, в первую очередь детей в семье, детском саду и школе на их гармоничное развитие.

В фильме принимают участие ведущие специалисты России по самым распространенным патологиям. Мнение врачей и учёных однозначно: движение -- это жизнь, и нарушение этого универсального закона мироздания, является первопричиной стойкой общемировой тенденции резкого «омоложения» и роста патологий, особенно нервно-психической сферы, сердечнососудистой, дыхательной костно-мышечной и репродуктивных систем. Причём патологии эти закладываются именно в детском возрасте и обусловлены влиянием среды в образовательных учреждениях.

В фильме показаны результативные отечественные методики профилактики детской заболеваемости и гармоничного развития учащихся в системе образования, которые Россия может предложить мировому сообществу.

[www.obrzdrav.ru](http://www.obrzdrav.ru)

Ссылка для просмотра:

<http://www.kultobraz.ru/media.php?mID=116>



## Фильм «Верность поющему детству»

Как вернуть музыку в систему воспитания ребенка? Об этом вы узнаете, посмотрев фильм *«Верность поющему детству»*. В нем рассказано об удивительном человеке, воспитавшем за полвека в созданной им хоровой студии «Пионерия» более 10 тысяч ребят, написавшем около 300 музыкальных произведений.

Георгий Александрович Струве — композитор, хормейстер, дирижёр, педагог и просветитель, общественный деятель, народный артист России. Основатель студийного движения в стране как основной формы всеобщего музыкального воспитания детей и юношества. Создатель уникальной системы массового обучения музыке и хоровому пению. Его опыт убеждает, что все дети способны, все могут петь и играть на музыкальных инструментах. *Продолжительность фильма — 2 часа.*

*Фильм-концерт* рассказывает о фестивале песенной и хоровой музыки, посвященном 70-летию со дня рождения и 50-летию творческой деятельности Г.А. Струве.

Видеосборник рекомендован Министерством образования и науки РФ, Министерством культуры и массовых коммуникаций РФ (письмо от 31.05.04 № 697-06-032) для использования в работе общеобразовательных учреждений.

***Продолжительность фильма-концерта — 3 часа.***

Ссылка для просмотра:

<http://www.kultobraz.ru/media.php?mID=120>

Владимир Филиппович Базарный  
**ЗДОРОВЬЕ И РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА:  
ЭКСПРЕСС-КОНТРОЛЬ В ШКОЛЕ И ДОМА**  
Практическое пособие

Главный редактор	<i><b>И.Ю. Синельников</b></i>
Ответственный за выпуск	<i><b>В.Е. Дрёмин</b></i>
Редактор	<i><b>И.В. Сецкая</b></i>
Корректор	<i><b>М.Л. Тихомирова Л.В.</b></i>
Верстка	<i><b>Аникина</b></i>
Оформление обложки	<i><b>И.В. Орлова</b></i>

Лицензия серия ИД № 04186 от 06.03.2001. Подписано к печати 20.10.2005  
Формат 60х90/16. Гарнитура Школьная. Объем 11 п.л.  
Печать офсетная. Бумага офсетная. Тираж 5 000 экз. Заказ № 3192,  
Налоговая льгота  
(Постановление Правительства РФ № 41 от 23.01.03)  
Издательство «АРКТИ»  
125212, Москва, Головинское шоссе, д. 8, корп. 2. Тел.: (095) 742-1848

Отпечатано в полном соответствии  
с качеством предоставленных диапозитивов в ФГУП ДПК Роспатента  
142001, г. Домодедово. Каширское шоссе, 4, корп. 1.