

Спортивний одяг повинен зберігатися в спеціальних мішечках, які зручно можна підвісити. Рекомендується після занять просушувати одяг.

1. Яким вимогам має відповідати одяг дітей раннього та дошкільного віку?
2. Які вимоги висуваються до матеріалів, із яких виготовляється дитячий одяг?
3. Яким гігієнічним вимогам повинно відповідати взуття для дітей дошкільного віку?
4. Як потрібно доглядати за одягом і взуттям?
5. Які вимоги до спортивного одягу?

1. У прикріпленій групі дошкільного закладу перевірити відповідність дитячого одягу на прогулянці гігієнічним вимогам.
2. Перевірити відповідність спортивного одягу під час проведення занять температурі повітря?

РОЗДІЛ V. ГІГІЄНА ОКРЕМИХ ОРГАНІВ І СИСТЕМ. ДИТЯЧІ ХВОРОБИ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА В ДОШКІЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

5.1. ОСОБЛИВОСТІ ТА ГІГІЄНА НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Злагоджена діяльність організму людини, його зв'язок з навколишнім середовищем здійснюються центральною нервовою системою, а саме: головним мозком. Головний мозок складається з підкіркових відділів і кори. Спільну діяльність цих двох відділів І.П.Павлов назвав вищою нервовою діяльністю. Основу її складають процеси збудження та гальмування.

Нервова система людини – біологічний субстрат її психіки – інтенсивно розвивається протягом усього дошкільного дитинства. На момент народження порівняно з іншими органами і системами вона найменш розвинена й диференційована. Більш завершений за будовою спинний мозок; головний мозок продовжує рости і розвиватися.

З віком маса головного мозку збільшується, змінюється його топографічне розташування, форма, кількість і розміри борозен і звивин кори великих півкуль. Особливо інтенсивно процес розвитку мозку відбувається на 1-му році життя. У новонародженого маса мозку складає 350-400 г, до 6 міс. вона збільшується в 2 рази, до 9 міс - у 3 рази, після 5-6 років швидкість нарощування маси головного мозку зменшується. Після народження продовжуються зміни форми і величини борозен і звивин; особливо енергійно вони проходять у перші п'ять років життя. Число нервових клітин у півкулях великого мозку новонародженого таке ж, як і у дорослого, але за будовою вони ще незрілі. Повне диференціювання нервових клітин відбувається до 3 років, а у 8 років кора великого мозку відповідає за будовою корі дорослої людини. Але анатомічно й гістологічно мозкові структури дозрівають до 20 років. Мієлінізація нервової системи завершується в основному до 3-5 років. Однак і в старших дітей окремі волокна ще залишаються без мієлінової оболонки.

Однією з важливих передумов правильного розвитку мозку в новонароджених є наявність безумовних рефлексів, на базі яких

формуються умовні рефлекси. Кора великого мозку в новонароджених має здатність утворювати умовні рефлекси. Спостерігається невелика сила і рухомість процесів збудження і гальмування, вони ще не концентруються, мають велику схильність до іррадіації, між процесами збудження і гальмування немає узгодженості.

У зв'язку з посиленням розвитком на 1-му році життя кори великих півкуль, таламуса, гіпоталамуса відбувається зміна форм рефлекторної діяльності.

Протягом 1-го року після народження з'являються і розвиваються умовні рефлекси першої сигнальної системи (згідно з учинням І.П.Павлова). Наприкінці 1-го року починає формуватися функція другої сигнальної системи, яка в подальшому забезпечує розвиток мови і спілкування дитини.

Розвиток головного мозку запрограмований генетично: в певній послідовності на кожному етапі розвитку дозрівають його певні структури. Дозрівання найбільш еволюційно молодих відділів проходить тільки під впливом зовнішнього середовища і залежить від надходження в мозок інформації. По мірі росту і дозрівання мозку ускладнюється його взаємодія із зовнішнім середовищем, що стимулює розвиток мозку, вдосконалює його структурно-функціональну організацію. Чим вищий рівень розвитку мозку, тим складнішими і різноманітнішими стають психічні реакції, тим більшого значення в регуляції поведінки набуває життєвий досвід.

Отже, розвиток нервової системи і психіки дитини залежить не тільки від біологічної "програми", закладеної генетично, але й від впливу факторів навколишнього середовища, перш за все - соціального.

Розвиток особистості дитини проходить в сумісній з оточуючими людьми діяльності. Відомо, що нестача стимулюючого впливу на дитину в періоди становлення важливих психічних функцій може призвести до затримки і порушення їх формування. В психології існує поняття сенситивних періодів, у які організм, що розвивається найбільш чутливий до різних впливів навколишнього середовища. Сенситивні періоди - це періоди оптимальних строків розвитку окремих мозкових структур, пов'язаних з формуванням психіки. Наприклад, відомо, що при неповноцінному, недостатньому

спілкуванні з дитиною в період становлення мови її мовний розвиток затримується. Відновити такий недолік розвитку в більш старшому віці складно і повністю не завжди можливо. У віці близько п'яти років діти особливо чутливі до розвитку фонематичного слуху, а в більш старшому віці ця чутливість падає, тому неправильне сприйняття звуків при різних логопедичних дефектах найліпше всього піддають корекції саме в цьому віці.

Недостатні умови для моторного розвитку в перші три роки (обмеження рухливості, відсутність стимулів для рухового розвитку) призводять до затримки формування координації рухів, тонких диференційованих рухів.

5.2. ОСОБЛИВОСТІ ВИЩОЇ НЕРВОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ (ВНД) У РАНЬОМУ ВІЦІ

Взаємодія організму з навколишнім середовищем здійснюється за допомогою безумовних (вроджених) і умовних (набутих) рефлексів. За принципом умовних рефлексів формуються поведінкові реакції. Умовні рефлекси можуть бути вироблені як на безпосередній подразник дійсності (запах, звук, вид і т.ін.) - перша сигнальна система, так і на слова, що замінюють безпосередньо подразники, - друга сигнальна система. Вища нервова діяльність дитини раннього віку має свої особливості, знання яких допоможе уникнути багатьох помилок у вихованні дитини. Які ж це особливості?

1. Умовні рефлекси виникають у дітей порівняно швидко, але закріплюються вони повільно. Багато умовних рефлексів, а отже, уміння, звички, правила поведінки навіть до трьох років не є досить стійкими. І якщо їх не підкріплювати, вони легко руйнуються. Тому формування звичок, правил поведінки в дитини можливе лише при постійному вправленні, нагадуванні про них і при єдності вимог до дитини з боку всіх дорослих, що виховують її.

2. Вища нервова діяльність дітей раннього віку характеризується нерівноваженістю двох основних нервових процесів. Процеси збудження переважають над процесами гальмування. Позитивні умовні рефлекси виробляються швидше, ніж гальмівні. Дитину значно легше навчити щось робити, ніж навчити втримуватися від бажаної

дії. Гальмівні умовні рефлекси вимагають більшого числа повторень, чим позитивні умовні рефлекси. Саме через ці особливості маленькій дитині дуже важко зберігати тривалий час гальмівні стани (наприклад, спокійно стояти біля мами і чекати, коли вона розв'яже усі проблеми з приятелькою). Дитина крутиться, а від мами йдуть розпорядження, що вона виконати не може: "Так постій же ти спокійно! Не крутись!"

Однак у ранньому віці дитина повинна навчитися розуміти значення слів "треба", "можна", "не можна" і відповідно поводитися.

Починати формувати гальмові умовні рефлекси, що затримують діяльність дитини на слово "не можна", потрібно наприкінці 1-го року життя. Слово "не можна" повинно обов'язково супроводжуватися припиненням діяльності дитини. От він тягнеться до ножа, що лежить на столі, а йому кажуть "не можна" і забирають ніж, замінюючи його безпечним предметом. У даному випадку використовується метод відволікання. Але цим методом можна користуватися тільки на 1-му році життя. На 2-3-му році необхідно дитині пояснювати, чому не можна брати той чи інший предмет, чому треба припинити дії. "Танюша, ніж брати не можна. Він гострий. Можеш порізатися, буде боляче", "Ірочка, грай, будь ласка, потишше, не кричи так голосно: бабуся відпочиває". У дітей 2-го, а тим більше 3-го року життя можна виробити значне число гальмівних умовних рефлексів. Але робити це потрібно дуже обережно. Не можна постійно забороняти дитині, переривати її діяльність: "Не бігай, не кричи, поклади на місце" і т.д. Такі заборони можуть привести до зриву нервової системи: дитина в цьому випадку буває занадто збудливою чи, навпаки, пасивною. І те й інше - погано.

Отже, формувати гальмові рефлекси варто починати в ранньому віці, але робити це обережно і поступово, між активністю і заборонами - значить вирішити головне питання виховання, тобто виховати дитину активною особистістю, що вміє стримувати шкідливі бажання.

3. До особливостей вищої нервової діяльності дітей відноситься порівняно слабка рухливість нервових процесів. Діти не можуть швидко почати чи загальмувати яку-небудь дію. Тому не можна чекати від них швидкого переключення з одного виду діяльності на інший.

4. При правильному вихованні в дітей раннього віку переважає бадьора активна поведінка. Вони рухливі, багато посміхаються, що відповідає оптимальному стану збудливості їхньої нервової системи. Але треба мати на увазі, що в ранньому віці стан збудливості нервової системи нестійкий. Оптимальний стан може навіть від незначних причин переходити у фазу підвищеної чи зниженої збудливості. Поведінка дитини в цьому випадку різко порушується. Дитина може голосно кричати, відмовлятися виконувати звичні для неї дії, вередувати, чи, навпаки, стає млявою, байдужою до всього навколишнього. Підвищення чи зниження збудливості спостерігається в дітей порівняно часто. Однак це не можна визнати природним для даного вікового періоду. Зміна збудливості найчастіше є результатом помилок виховання (порушення режиму, непосильні вимоги до дитини, часті заборони і т.д.). Врівноважена поведінка дітей може мінятися і внаслідок хвороби, неповного задоволення їхніх органічних потреб, дії несприємних дітям фізичних подразників. Постерігайте за дитиною, постарайтеся вчасно зрозуміти причини зміни поведінки дитини й усунути їх. Підвищене чи знижене збудження нервової системи, а отже, невивноважена поведінка дитини може негативно позначатися не тільки на її здоров'ї, але й на розвитку.

Отже, при вихованні дитини необхідно враховувати основні особливості нервової системи дитини, тоді дитина ростиме здоровою, врівноваженою, веселою, а її розвиток буде відповідати віковим нормам.

5.3. НЕРВОВО-ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ, ЇХ ПРОФІЛАКТИКА

Причини дитячої нервовості. Порушення нервово-психічного здоров'я дітей дошкільного віку виникає з різних причин. Спадкова схильність, конституційні особливості нервової системи, особливості темпераменту й умови виховання відіграють важливу роль у виникненні різних нервово-психічних розладів.

Розрізняють дитячу нервовість вроджену і набуту. Схильність до вродженої нервовості може виникнути у плода ще до народження під впливом несприятливих умов внутрішньоутробного

розвитку: хвороба матері під час вагітності, порушення нею харчування, вживання алкоголю, наркотиків, деяких ліків та інших порушень нормального способу життя. Прояви нервовості можуть виникати вже в перші дні після народження дитини. Найбільш поширеним видом вродженої дитячої нервовості є невротатія, яка зустрічається переважно у дітей раннього віку (до 3 років).

Набута нервовість розвивається у дітей внаслідок різних її причин, які впливають на дитину після її народження. Це може бути все, що послаблює організм дитини, і особливо її нервову систему: пологова травма, неправильне харчування, порушення режиму сну і неспання, захворювання, особливо хронічні, психотравми, одноразове сильне потрясіння (переляк) або хронічна стресова ситуація. Часто дитина стає нервовою з вини оточуючих її людей.

Перші міцні умовні рефлекси у дитини виникають з 2-місячного віку, а в 6 місяців вони утворюються вже з усіх аналізаторів. Тому правильне виховання дітей повинно починатися з пелюшок. Це веде до утворення умовних рефлексів, які з роками стають все міцнішими. І якщо дитина з неурівноваженням і слабким типом нервової діяльності з раннього віку не отримала задатки правильного виховання, то набуті навички поведінки можуть виявитися надалі невротичними проявами. Від виховання в певній мірі залежить формування рис майбутнього характеру дитини. Виховання дитини без врахування її індивідуальних особливостей, насильне нав'язування її такої поведінки, яка не відповідає її потребам, ігнорування її як особистості, часті психотравмуючі ситуації, захворювання, послаблюючі нервову систему, призводять до стійких проявів нервозності, які вже виходять за рамки норм неадекватної поведінки, закріплюються як патологічні стани – *неврози*.

Нервові процеси у дітей (збудження гальмування) за силою, глибиною неоднакові в різні вікові періоди. Чим менша дитина, тим слабші ці процеси, тим більш слабкі подразники можуть викликати перенапруження та призвести до розвитку невротичних станів.

У ранньому дитячому віці навіть недотримання режиму сну у дитини часто приводять до того, що вона стає примхливою, плаксивою. Порушення режиму прийому їжі приводить спочатку до відмови від їжі, а потім до поганого апетиту і постійних примх.

Починаючи з річного віку, нервозність у дітей часто виникає внаслідок змін побутових умов. Якщо дитина звикла до постійного спілкування з матір'ю, тривала і часта її відсутність може призвести до розвитку невротичних явищ, пов'язаних з тривалим і тривожним очікуванням.

У більш старшому віці причинами нервовості у дітей є помилки, допущені при вихованні дітей. Неврівноваженість у взаємодіючих з дитиною, суворість змінювана ніжністю, надмірна вимогливість поряд розбещеністю – все це вражає дитячу психіку, створює перенапруження нервових процесів. Часті невротичні реакції є результатом неоднакового відношення до дитини батьків: дуже суворий батько і безмежно ласкава мати. Тут, з одного боку, постійні заборони і осадження, що веде до подуплення ініціативи дитини, а з іншого – “сліпа” любов, пестощі і погулювання в будь-яких примхах, перешкоджають тренуванню і зміцненню волі.

Велику психічну травму наносять дитині сварки і бійки в сім'ї, непорозуміння між батьками.

По-різному сприймають діти народження в сім'ї другої дитини. Якщо до народження братика чи сестрички дитина росла розбещеною увагою батьків, то поява в сім'ї новонародженого викликає тяжкі переживання і роздратування. Виникають ревності і часто агресивні реакції у ставленні до новонародженого. В цьому, звичайно, і вина батьків, оскільки турбота про немовля віднімає весь їх час, позбавляючи цим необхідної ласки першу дитину.

Однією з частих причин виникнення неврозів, особливо у дітей зі слабким типом вищої нервової діяльності, є перенесені захворювання внутрішніх органів, різні травми голови.

В ранньому віці однією з найчастіших причин прояву нервозності дитини є *розлади сну*. Дитина або довго не може заснути, або сон її тривожний і неспокійний, переривається частим пробудженням. Перед сном такі діти примхливі, плачуть, а іноді надмірно жартують.

Іншим проявом невротичного стану є *нічні страхи*. Вони виникають у дітей 3-5 років і, як правило, пов'язані із залякуванням їх різними “вовками і людодіями”, або коли батьки кричать і б'ють дітей. Дуже часто батьки розповідають дітям страшні казки, читають книжки або показують малюнки залякуючого змісту. У

таку дитину вселяється почуття страху. Все це викликає кошмарні сновидіння. Дитина зіскакує з ліжка, плаче, кричить, не пізнає оточуючих. Заспокоєна батьками вона знову засинає, а вранці не пам'ятає, що з нею було.

Залюбування дитини нерідко приводить до виникнення страху темряви, самотності, якогось предмета чи живої істоти.

Досить поширеними причинами неврозів у дітей, особливо у пубертантному віці, є різкість у поведінці, грубість, схильність до сліз, інертизм, нерішучість, негативізм.

Із рухових невротичних проявів найбільш поширені тікозні посмикування обличчя, кінцівок або тулуба. Причиною цих гіперкінезів найчастіше є рухи, пов'язані з тісним незручним одягом та взуттям, або несприятливими відчуттями в різних частинах тіла. Нерідко проявом нервозності у дітей буває заїкання.

Особливо шкідливо впливає на дітей штучне прискорення їх розумового розвитку і мови. До такого прискореного розвитку призводить багато іграшок, книжок, раннє запам'ятовування віршів, розповідь великої кількості казок. Особливо часто таке прискорення розумового розвитку буває у віці 2-4 років, коли діти стикаються з несвідомим, дуже багато запитують. Існує термін *"інформаційні неврози"*. Вони розвиваються від перевантаження мозку інформацією, перенапруги основних нервових процесів.

Великий всезростаючий об'єм інформації потребує нових підходів до виховання і навчання дітей. Майже кожен рік у процесі навчання дитини вводяться нові вимоги, які перевантажують індивідуальні можливості дитячої психіки. За даними статистики, кількість інформаційних неврозів з кожним роком збільшується.

Найчастіше перевантаження нервової системи дітей буває в інтелігентних сім'ях, особливо, коли дитина єдина і росте в оточенні декількох дорослих людей.

Несприятливо відображаються на дітях позбавлення дитячого товариства і постійне перебування серед дорослих. У таких випадках у дітей розвивається наслідування, надмірна серйозність.

Причиною виникнення невротичних станів у дітей може бути раннє статське дозрівання. Цьому сприяють занадто часті ласки, надмірно

м'яка постіль, загальна постіль, переїдання на ніч, умови, які дозволяють спостерігати інтимне життя батьків та ін.

Але про які б невротичні розлади не йшла мова, основна причина їх виникнення – психогенні нервові зриви. Невротичні стани можуть виникати у будь-якому віці. До числа найбільш загальних причин нервових зривів відносяться одночасні заняття декількома різними справами, коли дитина не встигає зосередитися на одному, вимушена перекочуватися на інше. Важливою причиною є також швидка зміна радісного стану тяжким хвилюванням.

Невропатія – вроджена дитяча нервовість (ослабленість), яка поступово зменшується з віком, якщо створені сприятливі умови для психічного розвитку дітей в сім'ї і в дитячому колективі.

Причинами невропатії є: вегето-судинна дистонія, нервова перетвота, хвилювання і тривога вагітної жінки; токсикози вагітності, загроза зриву вагітності. Однією з основних причин невропатії є невротичні стани жінки під час вагітності, які викликані сімейними і виробничими конфліктами, хвилюванням у зв'язку з побутовою невлаштованістю, скаргами, нестачею часу і сну, суєтою при підвищеному почутті відповідальності. Внаслідок негативних хвилювань стрес (дистрес) приводить до гормональних порушень в організмі жінки, що через загальний кровообіг несприятливо впливає на стан плоду і розвиток його нервово-гуморальних, адаптаційних систем. Після народження така дитина часто схочлюється від незначного звуку і неспокійно спить. До року прояви невропатії стають яскраво вираженими і продовжуються протягом декількох років.

Основні прояви невропатії: підвищена схильність до неспокою (хвилювання) на фоні загостреної емоційної чутливості та лабільності (нестійкості) настрою; швидка втомлюваність; загальна нервова невинновислівистість (погано переносить шум, яскраве світло, душне приміщення); порушення сну (поверхневий, чутливий, неспокійний або надмірно глибокий з мимовільними сечовипусканнями, важке засинання, зменшена потреба в денному сні – відмова в 2-3 роки); вегето-судинна дистонія (з'являється пониження артеріального тиску, погане самопочуття, головний біль, головокружіння, блювання і спазми (ларингоспазм – "несправжній" круп), а також підвищена

підливість, серцебиття і нестійкість пульсу; соматична ослабленість, зумовлена загальним пониженням реактивності організму, його захисних імунних сил; порушений обмін речовин (пониження або підвищення маси тіла, блідість шкіри, в'ялість); недостатня ферментативна активність і алергія у вигляді ексудативно-катарального діатезу; велика легкість виникнення психомоторних розладів у вигляді рухливого неспокою, снуризу, заїкання, нервових тіків. Чим більше ознак, тим сильніше виражена нєвропатія.

Діти з нєвропатією заслуговують особливої уваги, постільки вони мають підвищену емоційну чутливість, схильні до неспокою, порушення сну і апетиту. Вони загострено реагують на покарання, часто ображаються і плачуть. Тому емоційний стан таких дітей повинен знаходитися під постійним контролем педагога. Діти з нєвропатією швидко збуджуються навіть від незначного шуму. Тому тривалість їх перебування в групі повинна бути обмеженою, бажано, щоб батьки забирали при можливості таких дітей з дитячого колективу раніше.

Проблемою у дітей з нєвропатією є і поганий апетит. Схильність до спазмів і недостатня ферментативна активність травних соків створюють таку картину, коли дитина завжди залишається за столом останньою. Умовляння не допомагають, оскільки внаслідок нервового напруження ще більше зменшується виділення ферментів. Найрозумніша тактика в даному випадку – не підганяти дитину, не створювати навколо неї атмосфери уваги й осуду її нездатності бути як усі. Таке неправильне відношення проявляється в повній мірі вдома і нерідко є одним із суттєвих психотравмуючих факторів, доводячи дитину до нервового зриву у вигляді відмови від їжі, страх перед їжею.

Не менш важливою у дітей з нєвропатією є і проблема зі сном. Як правило, такі діти вже в 2-3 роки відмовляються спати вдень. При нєвропатії дитина, збуджуючись вдень, довго не може заснути ввечері, хоч і втомилася, а дорослому здається, що сон у неї настає повільно. Чим менше вона спить, тим більше втомлюється і збуджується на наступний день, і так до того часу, доки дитина, як мовиться, не звалиться з ніг. Через деякий час цикл повторється знову.

Розрізняють такі форми нєвропатії: а) астенічну; б) гіперстенічну (збудливу). *Астенія* (слабкість, безсилля) – нервово-психічна слабкість. Це стан природженої слабкості, в'ялості, почуття втомлюваності, звуження кола інтересів, труднощі в зосередженні уваги, непереносимість голосних звуків, яскравого світла, великої кількості людей, сонливість удень. Збудливий (реактивний) стан виникає під впливом психотравмуючих факторів великої сили і значення і характеризується неспокою, нетерпимістю, нестійкістю уваги, непосидючістю, мимовільним прискоренням мислення і мови.

Аутизм. Дитячий негативізм. У дошкільному віці ранній дитячий аутизм – порівняно рідка форма патології. Основним проявом аутизму є повна відсутність потреби або бажання контакту з оточуючими, емоційна холодність і байдужість до всього. Але у такої дитини може бути й емоційний сплеск, в основному за рахунок негативних емоцій: страх новизни, переміни обстановки, активне протистояння незвичному стилю життя. На цьому фоні можуть виникати розлади мови в різних проявах: від небажання розмовляти (аутизму) до заїкання.

Найбільш виражено ознаки раннього дитячого аутизму проявляються від 2 до 5 років. Проявом можливого його розвитку у грудних дітей є відсутність властивого здоровим дітям "комплексу поживлення": при контакті з матір'ю, близькими у них не з'являється на обличчі посмішка. У них може бути відсутня орієнтувальна реакція на зовнішні подразники, що іноді приймається за дефект органів чуття. У більш старших дітей може з'являтися і соматовегетативна недостатність: порушення сну, погіршення апетиту тощо. Такі діти протестують проти змін звичної для них обстановки, проти нової іграшки, нового одягу, виражаючи свій протест агресивністю (активний протест) або плачем (пасивний протест). Для них характерні одноманітні рухи: годинами можуть гратися однією іграшкою, переливати воду із посуду в посуд. Пізніше можуть з'являтися патологічні форми мови – *ехолалія* (багаторазове повторення слів), неправильна промова слів тощо.

Негативізм – вікова особливість дітей раннього віку, проявляється реакцією протесту, коли діти все роблять наперекір бажанням тих, хто з ними спілкується. Вони вередливі, роздратовані, неслухняні, іноді схильні до афективного емоційного вибуху.

Для попередження негативізму рекомендується доброзичливе спілкування з дитиною, розмовляти з нею необхідно спокійним тоном, без роздратованості, не наказуючи, не примушуючи, а пропонуючи за її бажанням виконати роботу в зручний для неї час. Особливо обережно потрібно підходити до покарань, не можна застосовувати фізичне покарання, принижувати або ображати дитину, що особливо травмує її нервову систему.

Невротичне заїкання (логоневроз) – порушення ритму, темпу та плавності мови, пов'язане з судомами м'язів, що беруть участь у мовному акті.

Заїкання буває природженим, проте частіше зустрічається як прояв неврозу в дитячому віці. У народі є думка, що заїкання буває від переляку. Однак, нам добре відомо, що заїканню в основному, сприяє перевантаження кори головного мозку і зриву в тому відділі кори, який визначається за І. П. Павловим як “друга сигнальна система”, здійснююча мову. Переляк або інша причина є лише поштовхом для прояву заїкання. Розлад мови може виникати також при травмі, внаслідок виснаження нервової системи після різних захворювань. Заїканням частіше страждають вразливі, зі слабкою нервовою системою діти. Сприятливими умовами для розвитку заїкання є особливості нервово-психічного розвитку, сімейна схильність до заїканню, помилки в вихованні, перевантаження дитини мовною інформацією, черепна травма, нейроінфекція тощо.

Заїкання частіше зустрічається у хлопчиків, ніж у дівчаток (по даним різних авторів, співвідношення коливається від 2:1 до 10:1). Розлад частіше розвивається в 4-5 років, коли проходить значне ускладнення фразової мови, пов'язаний з інтенсивним формуванням мислення. В цей час дитина починає задавати особливо багато питань пізнавального характеру. Заїкання може розвинути і раніше, особливо в період становлення мови – в 2-3 роки.

Велике значення в розвитку заїкання відводиться фактору наслідування. У цьому випадку заїкання легко закріплюється за типом негативного умовного рефлексу.

Значну роль у закріпленні дефекту мови грає вразливість і спостережливість дитини. При невротичному заїканні дитина виявляє характерну реакцію оточуючих на свій дефект. Ця реакція залежить

від віку, в якому настало заїкання, і від особливостей нервової діяльності. Дитина при цьому починає уникати мовного спілкування, особливо з незнайомими людьми. При спробі говорити у неї від хвилювання виникають вегето-судинні порушення (підвищена пітливість, серцебиття, неритмічне дихання та ін.) і супровідні рухи, що викликає посилення дефекту мови і його рефлексорне закріплення. При цьому виникають негативні психічні реакції.

Залежно від характеру судом м'язів розрізняють тонічне та клонічне заїкання.

Тонічна судова характеризується тривалим напруженням скорочених м'язів, клонічна – супроводжується короткочасним скороченням м'язів з подальшим їх розслабленням.

У разі тонічного заїкання дитина не може розтулити рот і почати мову. Тому, наприклад, слово “мама” вона вимовляє як м-а-ма.

Якщо заїкання клонічне, то на початку мови виникає клонічна судова мовних м'язів і слово “мама” дитина вимовляє як м-а-а-ма. Частіше буває змішана форма заїкання – тоніко-клонічна (з переважанням тонічного спазму) або клоніко-тонічна (з переважанням клонічних судом).

Дитина зупиняється, перш ніж вимовити два наступних слова або посередній слова, найчастіше під час вимовляння голосних звуків. Вона докладає зусиль, аби продовжити мову, робить один за одним кілька вдихів, повторює кілька разів останній звук. Мова стає незрозумілою, нечіткою. Дитина вимовляє зайві букви, склади. Часто повторює перші звуки та склади. Мова супроводжується поверхневим та швидким видихом. Повітря видихають до початку мови або відразу після вимовляння кількох слів. Доводиться робити дихальні паузи, що призводить до порушення плавності та виразності мови.

Вад мови нерідко супроводжуються мимовільними рухами м'язів обличчя, язика та кінцівок, гримасами. Заїкання посилюється у разі нервового збудження, переляку, збентеження.

Заїкання розвивається в дитячому віці, отже треба звертати увагу на правильність мови дитини і, якщо виявлено цю патологію, своєчасно почати лікування.

Лікування невротичного заїкання повинно бути раннім і комплексним. Основним лікуванням є психотерапія.

При виникненні патології мови в зв'язку з психотравмою лікування потрібно починати з режиму мовчання протягом 7-10 днів з поступовим включенням дитину в мовну діяльність. Передусім важливо навчити дитину правильно дихати, бо це є неодмінною умовою плавної мови. Треба стежити, щоб дитина спокійно вимовляла окремі склади, а потім переходила до слова, і зрештою, цілого речення. Несміливих, сором'язливих треба підбадьорити, заохотити.

Якщо розлади мови природжені, дітей навчають у спеціальних логопедичних закладах. Коли ж заїкання виникло внаслідок психічної травми, переляку, одночасно зі спеціальним навчанням використовують психотерапію, загальноозміцнювальне лікування.

При нервовому збудженні у дітей, що заїкаються, заспокоїливу дію виявляє валеріана лікарська.

Під час читання, розмови треба ретельно виправляти огріхи в артикуляції (процеси формування звуків мови), частіше примушувати дитину читати вголос, завчасно напам'ять вірші, абзаци з тексту.

З раннього дитинства з дітьми потрібно розмовляти правильно, не роблячи забави з лепету малюка. Боротися з сором'язливістю, обережати дитину від глузування товаришів, вселяти впевненість у собі. Не варто забувати, що для дітей старшого віку це тяжке випробування. Ваді мови заважають навчанню, іноді навіть стають причиною відставання в розумовому розвитку.

При спілкуванні з дитиною та її навчанні важливо дотримувати необхідного навантаження, щоб не викликати втоми. Усувати втому дитини ліпше природними, а не лікарськими засобами. Якщо сон у дитини за тривалістю нормальний, а рухова активність достатня, то розумова втома швидко проходить, працездатність відновлюється.

Профілактикою перевтоми дітей є рухомі ігри, прогулянки на свіжому повітрі, спортивні ігри з урахуванням віку. Велике значення має оздоровчий комплекс: гігієнічний режим, свіже повітря, виключення перебування в накуреному приміщенні та ін.

Енурез – нічне нетримання сечі. Свідомий контроль сечовипускання і вираження неспокою при стриманні позивів звичайно більш активно дитина починає проявляти після 1-1,5 року. Вважають, що це залежить від багатьох причин: від стану здоров'я і, особливо

нервової системи дитини, її водного режиму, від приучування її до дотримання гігієни тіла (своєчасна зміна пелюшок, підмивання тощо). Мимовільне сечовипускання до 3-річного віку (нерідко буває при захопленні грою, при збудженні, коли контроль за функціями організму ослаблений) вважається фізіологічною нормою і не лікується. Вважають, що це пояснюється недостатньою сформованістю нервових процесів: процеси збудження в корі головного мозку дитини значно сильніші, ніж процеси гальмування. Тому вихователі повинні пояснювати це батькам і до 3-річного віку не одобрявати лікування дитини від енурезу.

Нетримання сечі буває частковим, постійним, тимчасовим і нічним. Нічне нетримання сечі спостерігається в основному у дітей. У хворого сеча витікає мимовільно, і він не відчуває позиву до сечовипускання.

Енурез - найчастіше це невроз, за якого межа чутливості нервової системи настільки знижена, що навіть за невеликої кількості сечі вмикається рефлекс спорожнення сечового міхура. У дитини відбувається мимовільне виділення сечі під час сну. Нетримання сечі спостерігається також при епілепсії, слабкості сечового міхура, при дефектах хребетного стовпа, запаленні сечових шляхів, розладу водного обміну.

Енурез може виникати і внаслідок неправильного виховання дитини в ранньому віці – недостатнім розвитком у неї гігієнічних навиків, а також бути наслідком інтоксикації організму (глисти, нейроінфекція).

Передусім треба уточнити причину хвороби, обов'язково дослідити сечу, зробити рентгенівський знімок попереково-крижового відділу хребетного стовпа.

Оскільки при нічному енурезі страждає психіка дитини, потрібно забезпечити їй спокій, огордити від конфліктів, виключити фізичні покарання. У жодному разі не можна карати дитину за мокру постіль. Корисно проявляти ласку, уважне, спокійне відношення до дитини, не лякати і не загрожувати дитині, не соромити її в присутності інших дітей, не забороняти прогулянки.

Значну роль у лікуванні енурезу відіграє дієта. Метод дієтотерапії М. І. Красногорського побудований на регулюванні

водно-електролітного обміну. Хворому до 15-ї години дозволяють їсти різноманітні страви і за бажанням пити рідину. У другій половині дня кількість води та рідких страв різко обмежують. О 18-ї години дитині дають вечерю без рідини. Дозволяють їсти м'ясо, свіжу рибу, масло, яйця, хліб. Забороняють овочі, фрукти, каші, а також сіль та солоні страви, оскільки сіль затримує воду у тканинах. За такої умови рідина, випита до 15-ї години, буде виведена з організму до настання ночі. Перед сном, о 20-ї години, дитині дають солону їжу: бутерброд з шинкою, ковбасою, сиром, оселедці. Оскільки вода затримується в тканинах, у сечовому міхурі збирається невелика кількість сечі, а тому сечовипускання під час сну не відбувається.

Такий дієтичний режим у поєднанні з прийомом препаратів лікарських рослин призначають на початку лікування (3 - 4 тиж).

Дитину примушують мочитися перед сном. Постіль повинна бути жорсткою. Малюк повинен спати на боці, а не на спині.

Хвору на снуз снуз дитину в жодному разі не можна вночі будити та пропонувати спорожнити сечовий міхур. Це виснажує нервову систему хворого і може посилити прояви снузсу, особливо якщо захворювання розвинулося внаслідок неврозу.

Дуже важливо ліквідувати причину нічного нетримання сечі. Дитині треба приділяти якомога більше уваги, вселити переконання, що вона може самостійно позбутися недуги.

За умови адекватного лікування хвороба минає, якщо не раніше, то у перехідному віці, неодмінно. Для прискорення одужання використовують комплекс загальнозміцнювальних і заспокоїливих заходів. Серед них – лікувальна фізкультура (3-4 міс).

Невротичні розлади сну. Фізіологічно тривалість сну значно змінюється з віком: від 16-18 год. на добу в дитини 1-го року життя до 10,5-11 год. у віці 7-10 років. Крім того, з віком проходить зсув сну в сторону переважно нічного часу, в зв'язку з чим переважна частина дітей, старших 7 років, не потребує бажання спати в денні години. Для виявлення розладу сну має значення не стільки тривалість, скільки глибина сну, яка визначається швидкістю пробудження під впливом зовнішніх подразників, а також тривалістю засинання.

В етіології невротичних розладів сну причинну роль грають загальні для всіх психогенних захворювань психотравмуючі

моменти. У дітей дошкільного віку розлад сну викликають різні психотравмуючі фактори, які впливають на дитину у вечірні години, незадовго до сну: сварки батьків у цей час, різні повідомлення, які можуть лякати дитину, перегляди телепередач тощо.

Невротичні розлади сну характеризуються порушенням засинання, глибини сну, частими нічними пробудженнями, нічними страхами, а також сноходінням і сноговорінням.

Порушення засинання виражається в повільному переході від неспання до сну. Засинання може тривати до 1-2 год. Нерідко повільне засинання поєднується з різними страхами і небезпеками (страх темноти, страх задихнутися під час сну тощо), патологічними звичними діями (смоктання пальця, накручування волосся), нав'язливими ритуалами (багаторазове побажання спокійної ночі, повторення стереотипних запитань до батьків, укладання в постіль окремих іграшок та ін.).

Рідше зустрічаються тривалі нічні пробудження, властиві частіше дітям молодшого віку. Після пробудження дитина залишається спокійною, може довго гратися своїми пальцями, ковдрою, тихо наспівувати. Такий стан може тривати до 1-2 год.

Більш вивчені невротичні нічні страхи, які бувають в основному у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку.

Нерідким проявом невротичних розладів сну є сноходіння (сомнамбулізм) і сноговоріння. Як правило, вони пов'язані зі змістом сновидінь, нерідко відображують окремі психотравмуючі переживання. При цьому часто можливий контакт з дитиною, що не властиво, наприклад, сноходінню і сноговорінню епілептичного генезу.

Для усунення невротичних розладів сну найбільш ефективні психотерапевтичні заходи – сімейна психотерапія, корекція режиму дитини у вечірні години.

Невротичні тіки. Невротичними тіками називають різноманітні автоматичні (без свідомості) прості рухи, які часто повторюються (кліпання, зморщування лоба, носа, облизування губів, посмикування головою, плечима, різні рухи кінцівок, тулубом), а також покашлювання, хникання, "хрюкання" (так звані респіраторні тіки), які виникають внаслідок фіксації тієї чи іншої захисної дії, яка початково мала цілеспрямований характер.

При невротичних тіках переважають рухи в м'язах обличчя, шії, плечового поясу, вони доповнюються респіраторними тіками (спазми дихальних м'язів). У процесі захворювання тіки можуть багаторазово змінюватися. Суб'єктивно діти оцінюють тіки як своєрідну звичку. Дуже часто невротичні тіки поєднуються з невротичним заїканням і енурезом.

Психотерапевтичні заходи при невротичних тіках повинні бути спрямовані на усунення психотравмуючих моментів і нормалізацію виховного підходу до дитини як в сім'ї, так і в дошкільному закладі. Психотерапевтичне значення може мати створення у дитини емоційно нових інтересів і захоплень (самодіяльність, робота в кружках та ін.). Ефективні фізкультурні заняття.

У профілактиці невротичних тіків велике значення має нормалізація внутрішньосім'йних відносин, корекція неправильних методів виховання, усунення надмірно суворих вимог до дитини.

Патологічні звички – смоктання своїх пальців, колування в носі, розгойдування тіла, ніг, онанізм та ін. – виникають у ранньому віці, але можуть зберігатися і виникати значно пізніше.

Патологічні звички служать для заспокоєння дитини і посилюються, як правило, в моменти втоми, засинання і переживань. Основну роль в їх виникненні відіграє нестача уваги до дитини з боку дорослих, байдужість, суворе відношення, позбавлення дитини тактильних контактів, необхідних для сприятливого становлення її нервової системи і психіки. В тяжких випадках можуть зустрічатися такі прояви як висмикування свого волосся, шіпання себе та інші спрямовані на себе агресивні дії. Посилюють і закріплюють ці звички заборони, постійне осудження, залякування. Неправильна поведінка дорослих призводить до зворотного результату: дитина фіксує увагу на своїх діях, при кожному зауваженні дорослого відчуває почуття страху, провини, від чого її невротичний стан ще більше посилюється.

Особливої уваги потребують діти з проявами *гіперактивності*. Проявляється вона тим, що дитина ні хвилини не сидить спокійно, не може ні на чому зосередитись, постійно метушиться, відволікається. Для такої дитини характерні: загальний руховий неспокій, непосидючість, надлишок зайвих рухів, недостатня

цілеспрямованість і імпульсивність поступків, підвищена збудливість. Усе це поєднується з труднощами в засвоєнні читання, письма, лічби.

Перші прояви гіперактивності дають про себе знати з перших днів життя дитини: діти часто мають підвищений тонус м'язів, надмірно чутливі до всіх подразників (світла, шуму), погано сплять, під час неспання рухомі і збудливі. В 3-4 роки дитина не може зосередитися на чомусь, вона не може спокійно слухати казку, не здатна грати в ігри, які потребують зосередження уваги, її діяльність носить переважно хаотичний характер. Особливо це стає помітним у ситуаціях, які потребують організованої поведінки дитини (на заняттях, під час проведення свят тощо).

Гіперактивна дитина викликає неспокій і роздратованість дорослих, які нерідко вважають, що вона не хоче зосереджено працювати і підкорятися дисциплінарним правилам. Але дорослі повинні пам'ятати, що в основі такої поведінки дитини, як правило, лежить більш або менш виражена органічна недостатність нервової системи. Тому кожна дитина з проявами гіперактивності повинна бути проконсультувана психоневрологом. При організації занять з цими дітьми дуже важливий принцип відповідності труднощів рекомендованого заняття реальним можливостям дитини з урахуванням її порушеної уваги. Заняття потрібно будувати так, щоб діяльність дитини була успішною, а мета – досягнутою.

Емоційна напруга, властива гіперактивним дітям, схильність гостро переживати труднощі, які виникають у дитячому колективі, призводять до того, що у дитини легко формується і фіксується негативна самооцінка і ворожість до всього, що пов'язано з дитячим закладом. Звідси виникають протестні реакції, вторинні невротоподібні розлади (тіки, енурез, страхи), які посилюють дезадаптацію. Розвиток вторинних порушень у значній мірі залежить від оточуючого дитину середовища. Воно визначається тим, наскільки дорослі здатні зрозуміти труднощі, які виникають через хворобливо підвищену активність, емоційну нестриманість, і створити для їх корекції атмосферу доброзичливої уваги та підтримки.

Гіперактивні діти особливо важкі для педагога, оскільки постійно привертають його увагу, заважають іншим дітям. Якщо педагог розуміє причини неправильної поведінки маленького "порушника",

не вважає його свідомим зловмисником, у нього більше шансів установити доброзичливий контакт і допомогти дитині.

До поширеного виду нервозності у дітей належать і *неврози*. Головне, що відрізняє неврози від нервозності, це визначна роль у їх походженні психогенних факторів – психічних травм, хвилювань і напружень, з якими не може справитися дитина, і які, подібно до стресу, приводять до хворобливого розладу нейрорегуляторних і адаптаційних функцій організму. Функціональний характер нервово-психічних розладів при неврозах, їх психологічна зумовленість і поширеність потребують особливої уваги з боку педагогів.

Найбільш поширені види неврозів такі: неврастенія, невроз нав'язливих станів та істеричний невроз.

Неврастенія – найчастіший вид неврозу у дітей. Розвивається, як правило, після перенесеної психотравми.

В етіології неврозу у дітей основна роль належить стресу або хронічним психотравмам, найчастіше пов'язаним із конфліктами в сім'ї. Важливу роль у розвитку неврастенії дітей відіграє також неправильний підхід батьків до виховання, надмірні вимоги та надлишкові обмеження, які перевищують можливості дитини. Поряд з цими факторами має значення послаблення здоров'я дитини внаслідок частих захворювань, спадкова схильність. Розвитку неврастенії сприяє також перевантаження дитини різними заняттями, в першу чергу інтелектуальними.

Розрізняють дві форми неврастенії: 1. Гіперстенічну, для якої характерні в першу чергу підвищена збудливість, запальність, агресивність, поганий сон та інші прояви подразнення нервової системи. 2. Астенічну, що характеризується плаксивістю, швидкою втомлюваністю, труднощами в зосередженні уваги, загальною в'ялістю, іншими ознаками слабкості нервової системи.

Неврастеніки, як правило, переживають цілий ряд тривожних відчуттів (серцебиття, тремтіння, головний біль та ін.). Вони погано переносять різні зовнішні подразники (шум, звук, яскраве світло). В основі захворювання лежить зниження порога збудливості нервової системи. Тому відчуття, що йдуть від органів особистого тіла і від впливу факторів навколишнього середовища, які не помічає здорова дитина, для неврастеніка виявляються настільки сильними, що

выводять його з рівноваги. Тобто неврастенік не якісно, а лише кількісно відрізняється від людини з міцними нервами, оскільки для будь-якої людини сила подразника може перевищити витривалість його нервової системи.

Неврастенія розвивається, якщо дитина живе в постійному напруженні, тривозі, неспокійності. Це зустрічається в таких випадках, коли дитина постійно відчуває небезпеку: одна боїться, що не справляється з домашніми завданнями або розгубиться завтра біля дошки, друга – що перепаде за випадково зробленим помилку, третя – за суперечки між батьками, приходу додому п'яного батька, четверту при прищепленні гігієнічних навичок залякують небезпекою мікробів, гельмінтів тощо.

Неврастенія частіше зустрічається у дітей, де в сім'ях надмірно суворе та вимогливе виховання. Якщо батьки часто самі нервують, плачуть, то і діти переймають цю поведінку. Тому батькам самим потрібно навчитися і навчити своїх дітей при конфліктах, неприємностях штучно створювати спокійну обстановку. Навчити дитину спокійно вирішувати конфліктні ситуації, не травмувати нервову систему ні собі, ні оточуючим – один із основних заходів профілактики неврастенії. Дитина повинна відчувати, що її завжди зрозуміють, прийдуть на допомогу, що її ніколи не покарають, якщо вона її здійснить щось недозволене.

Невроз нав'язливих станів. У дітей дошкільного віку невротична нав'язливість може виникати під впливом стресу, переляку. Першим станом захворювання є невротична реакція у формі так званого невротичного переляку, яка в подальшому набуває характеру нав'язливих страхів.

Поряд з психотравмуючими факторами в етіології неврозу нав'язливих станів велике значення мають тривожно-вразливі риси характеру дитини. Вважається, що невроз нав'язливості більш тісно пов'язаний з особливостями особистості, ніж інші неврози. Діти, в яких розвивається невроз нав'язливості, уже в ранньому віці відрізняються підвищеним страхом перед усім новим, невідомим. У дошкільному віці в них з'являються тривожність, вразливість, страх заразитися, схильність створювати собі різні заборони, віра в прикмети, ігри, правила яких подібні до нав'язливих дій, тощо.

Неврози нав'язливості у дітей проявляються найчастіше у вигляді нав'язливих страхів або нав'язливих рухів.

При нав'язливих страхах одні діти бояться темноти, другі - замкнутого простору, треті - перейти відкриту галявину, четверті - якого-небудь предмета домашнього побуту, п'яті - тварин, казкових героїв та ін. При нав'язливих рухах одні мружать очі, другі - похитують головою, треті - приплямкують, причому одні нав'язливі рухи можуть змінюватись іншими, проходять і знову відновлюватись. Ніякі умовляння, пояснення, вимоги, покарання при нав'язливих страхах або рухах не допомагають, а часто навіть поширюють їх.

Невроз нав'язливих станів частіше виникає у дітей інертного типу вищої нервової діяльності.

При неврозах нав'язливості не потрібно соромити, сварити дітей за нав'язливі страхи або рухи – це тільки погіршує справу, але не можна також, щоб вони приносили вигоду, інакше вони закріпляться за правилом вигідності або приємності.

Невроз нав'язливості більше, ніж інші неврози, залежить від природженого типу вищої нервової діяльності (інертності нервової системи) і від послаблюючих організм соматичних захворювань. Тому він гірше від інших неврозів піддається лікуванню. У 80% випадків цей невроз з віком проходить сам, по мірі загального зміцнення організму та його нервової системи.

Важливе значення в профілактиці неврозу нав'язливості має спеціально підібрана музична ритміка, лікувальна фізкультура.

Істеричний невроз. Істеричні розлади у дітей викликаються перенесеним стресом або хронічною психотравмуючою ситуацією, часто пов'язаною з протиріччям між бажаним і реально досягнутим, незадоволенням своїм положенням в колективі і роллю в сім'ї, вимогами, які перевищують можливості. Разом з тим у дітей дошкільного і молодшого віку істеричні розлади можуть виникати безпосередньо у відповідь на психотравму: покарання, зауваження, висловлене в різкому тоні, категорична відмова виконувати яке-небудь прохання, розлука з матір'ю тощо. Істеричний припадок звичайно буває в присутності дорослих і спрямований на привернення їх уваги.

При істеричному неврозі на перший план виступають розлади настрою, вередливість, сгоїзм, фіксація уваги на своєму хворобливому стані.

Серед істеричних розладів у дитячому віці переважають моторні та соматовегетативні порушення. Частим руховим розладом є нездатність стояти і ходити при збереженні активних і пасивних рухів у лежачому положенні (астазія-абазія). Вважають, що в генезі (механізмі розвитку) цієї хвороби бере участь механізм патологічної фіксації суб'єктивного відчуття слабкості в кінцівках, який виникає в момент сильного страху або стресу. Значно рідше у дітей зустрічаються істеричні парези (послаблення рухів) і паралічі кінцівок (відсутність рухів), які охоплюють або всю кінцівку, або частину її. Ще рідше зустрічаються парези рухомих м'язів очей, які проявляються косоокістю; істерична афонія (втрата мови), пов'язана з тимчасовим парезом або паралічем голосових зв'язок. Рідкою формою рухових істеричних розладів у дитячому віці є істеричні гіперкінези (хореїчні швидкі мимовільні рухи, тремор).

У дітей майже не зустрічаються розгорнуті психомоторні припадки класичного типу, описані у дорослих. Але стерті форми істеричних психомоторних припадків спостерігаються нерідко в ранньому і дошкільному віці. Виникають вони при незадоволенні дитини чим-небудь, відмові виконати її вимогу, пов'язані з прагненням добитися бажаного, звернути на себе увагу.

У маленьких дітей тип вищої нервової діяльності ще слабкий, а друга сигнальна система недостатньо розвинена, тому таке поєднання приводить до виникнення істерії у вигляді вередливості. Дитині щось не дають, не виконують її бажань, і вона падає на підлогу, починає кричати, бити ногами, розкидати іграшки, щоб досягти від оточуючих бажаного. І за механізмом свого виникнення, і за проявами – це типовий істеричний припадок. У деяких дітей подібні припадки виникають до 15-20 разів на день. А батьки, часто не розуміючи, задовольняють цей "каприз", завдаючи ще більшої шкоди здоров'ю дитини. Істерична реакція, що принесла вигоду дитині, закріплюється, і в наступний раз, коли дитині щось потрібно, вона вже не старається попросити спокійно, а сразу ж дає істеричну реакцію.

Коли дитина стає старшою, сила нервових процесів і роль другої сигнальної системи зростає, і маленькі дитячі конфлікти вже не доходять до істеричного припадка та коли вона стане дорослою і

зіткнеться з серйозними життєвими труднощами, то, незалежно від її волі, прокинеться дрімаючий механізм істеричної реакції, закріплений потураннями “капризам” у ранньому дитинстві, і це призведе до виникнення тяжких проявів істерії. Тому потрібно спокійно виконувати прохання дитини, задовольняти її бажання і доставити як можна більше радості, свободи, любові, щоб не доводити до істеричної реакції. Але коли вона виникла у дитини, то ніколи не задовольняти її вимоги. Будьте якомога добрішими до дитини, але безпощадні до її істеричних проявів. Тут не можна йти ні на які компроміси.

Особливу форму примітивних істеричних випадків у дітей раннього віку (приблизно від 6 місяців до 3 років) являють афект-респіраторні випадки. Вони виникають у зв'язку з якою-небудь ситуацією, яка викликає у дитини незадоволення, образу. Приступ починається за типом описаних вище істеричних випадків, але вслід за цим настають переривчасті глибокі зітхання, які закінчуються повною зупинкою дихання (в зв'язку із судорожним скороченням м'язів гортані), зі швидким розвитком ціанозу (синюшності). Свідомість повністю не виключається. Приступ закінчується глибоким вдихом. Після цього нерідко відновлюється плач або дитина стає в'ялою.

Соматовегетативні істеричні розлади зустрічаються у дітей значно частіше від рухових порушень. Прояви їх різноманітні: болі в животі, в ділянці серця, головний біль, блювання, порушення ковтання, запори, затримка сечовипускання тощо.

Особливу, яка зустрічається переважно у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, форму істеричних розладів являє *істеричний мутизм* (небажання розмовляти). Дана форма мутизму розвивається у дітей з мовною та інтелектуальною недостатністю в умовах підвищених вимог до мовної й інтелектуальної діяльності, наприклад, при вступі дитини до дитячого садка або школи.

Профілактика неврозів у дітей - важливе завдання вихователів дошкільних закладів.

Організація правильного догляду, дотримання раціонального режиму сну, харчування, відпочинку сприяють підвищенню адаптаційних можливостей дитини і служать ефективним попередженням нервово-психічних порушень.

Необхідно виключати ситуації, які травмують психіку дитини. Батьки і вихователі повинні розмовляти з дитиною спокійним тоном, без роздратованості, не застосовувати тілесних покарань. Не можна забувати, що травми бувають не тільки фізичні, але й духовні – від грубого слова, несправедливого відношення. І навпаки, спокійне, доброзичливе відношення створює у дитини почуття надійності, захищеності, формують у неї позитивну самооцінку, сприяє гармонійному розвитку особистості.

Попередження неврозів повинно включати і психогігієнічні заходи, спрямовані на нормалізацію внутрішньосімейних стосунків, оскільки їх порушення займають одне із основних місць в етіології неврозів дитячого віку. Велике значення має боротьба з алкоголізмом батьків, у сім'ях яких діти найчастіше хворіють неврозами.

Важливу роль відіграє також корекція неправильного виховання дітей у сім'ї, особливо таких видів його, як гіперпротекція, батьківський деспотизм, застосування фізичних покарань, підвищені вимоги або байдуже відношення до дитини. Певне значення в профілактиці невротичних реакцій у дітей раннього віку має недопущення таких виховних помилок, як залякування дитини з метою добитися виконання батьківських вимог, штучна ізоляція дитини від ровесників, ігнорування психологічної підготовки дитини до вступу в дошкільний заклад, школу.

Враховуючи важливу роль в етіології неврозів внутрішніх факторів, перш за все особливостей характеру дитини, доцільні заходи з психічного загартовування дітей. До таких заходів відносяться формування активності, ініціативи, вивчення самостійному подолання труднощів (темноти, тимчасової розлуки з батьками, контакт з незнайомими людьми та ін.).

Психічне загартовування дітей – завдання не тільки батьків, але й вихователів дитячих дошкільних закладів. Важливе значення в профілактиці неврозів мають заходи зі зміцнення фізичного здоров'я, загартовувальні процедури, турпоходи тощо.

1. Як особливості нервової системи потрібно враховувати при вихованні дітей раннього і дошкільного віку?

2. Які особливості ВНД раннього віку і як вони впливають на нервово-психічний розвиток?
3. Які причини і прояви дитячої нервовості?
4. Які причини і прояви невропатії як вродженої дитячої нервовості?
5. Які причини, прояви і профілактика логоневрозу?
6. Що є причиною енурезу і яка його профілактика?
7. Які причини, прояви та профілактика неврастенії у дітей?
8. Як бувають прояви і форми неврозу страху у дітей?
9. Як проявляється істеричний невроз у дитячому віці?
10. Які заходи з попередження неврозів у дітей проводяться в дошкільному закладі?

особливо інтенсивно проходить між першим і п'ятим роками життя дитини. В цей період відбувається формування очниці, в основному завершується збільшення очної щільності, досягає нормальних розмірів рогівка, збільшується кришталик, продовжується розвиток ціліарного м'яза. На кінець п'ятого року життя дитини помітно збільшується розмір ока, вага очного яблука, заломлююча сила ока. Також поступово розвивається така важлива функція ока, як гострота зору.

Гострота зору. *Гострота зору – основна функція зору людини.* Це здатність ока сприйняти предмети навколишнього світу, їх розміри, форму, положення в просторі.

Таблиця 14

Зміна гостроти зору з віком (по Є.І.Ковалевському)

| Вік дитини | Гострота зору (в одиницях) |
|------------|----------------------------|
| 1 тиждень | 0,004-0,02 |
| 1 місяць | 0,008-0,03 |
| 3 місяці | 0,05-0,1 |
| 6 місяців | 0,1-0,3 |
| 1 рік | 0,3-0,6 |
| 2 роки | 0,4-0,7 |
| 3 роки | 0,6-1,0 |
| 4 роки | 0,7-1,0 |
| 5 років | 0,8-1,0 |
| 7 років | 0,9-1,0 |

Нормальна гострота зору, або нормальна рефракція (еметронія) характерна тим, що промені світла після заломлення в рогівці і кришталику збираються на сітківці, в ділянці жовтої плями. При цьому спостерігається найбільша контрастність (різкість) і найвища гострота зору.

Нормальна гострота зору формується у дітей не зразу і помітно коливається залежно від їх віку. В перші дні, тижні і навіть місяці життя гострота зору дуже низька. Тільки на кінець першого року життя у дитини з'являється здатність розпізнавати геометричні форми, а на 2-3-ому році життя – зображення предметів. З віком гострота зору поступово розвивається і приблизно в 5 років вона досягає максимуму (таблиця №14).

5.4. ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ГІПЕНА ОРГАНІВ ЗОРУ ТА СЛУХУ

5.4.1. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІВ ЗОРУ ТА СЛУХУ У ДІТЕЙ

У виховній роботі з дітьми працівники дошкільних закладів повинні пам'ятати про охорону зору та слуху дитини, знати порушення зорових і слухових функцій, які часто зустрічаються, щоб своєчасно виявити і попередити їх.

Найбільш значний розвиток орган зору проходить у перші роки життя дитини, коли паралельно з ростом і розвитком організму спостерігається зміна всіх частин ока. Це тривалий процес,

Дослідження гостроти зору – обов'язкове і важливе завдання в оцінці загального стану здоров'я дитини, тому проводиться при поглибленому медичному огляді дитини.

Гостроту зору досліджують ще в періоді немовляти. Це здійснюється різними методами: реакція зиніці і загальна рухлива реакція (змикання повік, закривання очей доверху, відхилення, повороти голови, реакція на світло, на появу в полі зору матері, тобто реакція впізнання, реакція стеження за яскравими предметами, віддаленими на різній відстані від очей).

Із 3-річного віку гостроту зору визначають за спеціальними таблицями із зображенням різних фігурок. Кращою вважається таблиця С.М. Орлова.

З 5-річного віку гостроту зору досліджують за таблицею Головіна-Сівцова з кільцевими зображеннями.

При дослідженні гостроти зору таблицю необхідно помістити в спеціальний освітлювальний апарат Рота з електричною лампочкою напруги 40 Вт. Тільки в такому випадку можна отримати постійну освітленість на таблиці. Якщо не дотримуватись постійності умов освітлення, то отримані дані дослідження не будуть відображати фактичну картину: показники можуть бути заниженими при недостатній освітленості і, навпаки, підвищеними при великій освітленості. Таблицю потрібно помістити на таку висоту, щоб нижній ряд її знаків був на рівні очей дитини.

Гостроту зору досліджують монокулярно (для кожного ока). Фігурки, або кільця на таблиці показують врозбівку, починають з нижнього рядка, який відповідає нормальній гостроті зору 1,0. Якщо дитина неправильно називає фігурки нижнього рядка, то переходять до наступного рядка, який відповідає гостроті зору 0,9. Так поступують до тих пір, доки не будуть правильно названі фігурки якого-небудь рядка.

При дослідженні у деяких дітей спостерігається гострота зору вище 1,0 (1,5-2,0). При гостроті зору менше 0,1 (верхній рядок) дитину наближають на таку відстань, на якій вона бачить перший рядок. Якщо вона бачить перший рядок з відстані 4 м, то її гострота зору становить 0,08; з відстані 3 м – 0,06; з 2,5 – 0,05; з 2 м – 0,04 і з 1 м – 0,02.

Діти, які мають гостроту зору менше 1,0, повинні бути під наглядом лікаря-офтальмолога.

Орган слуху на момент народження в цілому майже сформований, а в віці 2-2,5 місяця дитина вже ловить звук у просторі.

Із анатомо-фізіологічних особливостей органу слуху потрібно звернути особливу увагу на ті, які впливають на велику частоту захворювань вуха у дітей, особливо першого року життя.

У новонароджених і грудних дітей зовнішній слуховий прохід короткий, внаслідок недорозвитку його кісткової частини, має вигляд вузької щілини. Барабанна перетинка новонародженого товстіша, ніж у дорослого, лежить майже горизонтально. Слухова труба у дітей раннього віку широка і коротка, займає горизонтальне положення, що полегшує проникнення інфекції із носоглотки в середнє вуха і спричиняє виникнення його запалення – отиту.

5.4.2. ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ЗОРУ

Заходи з попередження порушень зору і слуху потрібно розпочинати ще до народження дитини – піклування про здоров'я вагітної жінки важливе для правильного формування зорового та слухового аналізатора.

З другого місяця життя у дитини формуються предметний зір, тому її ліжечко потрібно розміщати в найбільш освітленій частині кімнати, але при цьому стежити, щоб світло сонця і лампи не засліплювало очі.

Іграшки потрібно показувати на відстані 25-30 см від обличчя дитини, тоді вони не будуть займати всього поля зору, і дитина при цьому може відвести погляд і розслабити м'язи кришталика.

З півторарічного віку потрібно привчати дитину правильно сидіти за столом під час настільної гри, при ліпленні, малюванні. Через кожні 15 хвилин потрібно робити перерву і займати малюка рухливими іграми. Загальна тривалість таких занять не повинна перевищувати для дітей до 3 років 30 хвилин, з 3 до 5 років – 40 хвилин, в 6-7 років – однієї години. В перервах між заняттями корисно запропонувати дитині підійти до вікна і протягом 2-3 хвилин подивитися вдалину.

Достатня рухова активність і перебування на свіжому повітрі, систематичне загартовування, раціональне харчування сприяють хорошему функціональному стану нервової системи, що забезпечує хороший стан зору. Будь-яке захворювання організму може вплинути на орган зору, особливо спостерігається зв'язок між травмами і розвитком короткозорості.

Додаткові зорові навантаження – перегляд діафільмів, відео- і телесередоч, комп'ютерні ігри – значно впливають на стан зору.

Для охорони зору в дошкільних закладах необхідно дотримуватись гігієнічних вимог щодо організації перегляду діапозитивних фільмів і телевізійних передач.

Діапозитивні фільми повинні за змістом відповідати віку дітей. Кількість кадрів у фільмі не повинна перевищувати:

- для молодших груп дитячого закладу - 25-30;
- для середніх груп дитячого закладу - 35-40;
- для старших груп дитячого закладу - 45-50.

Дітям 3-5 років можна показати 1-2 діафільми протягом 12-15 хв., старшим два фільми протягом 20-25 хв.

Екрани для показу діафільмів повинні бути білими (можна використовувати біле полотно або ватманський папір). Найліпше використовувати спеціальні екрани з коефіцієнтом відображення 0,8. Центр екрана повинен бути на рівні очей дошкільників.

Перший ряд стільців розмістити від екрана на відстані, подвійній його ширині, останній – не більше 4 метрів від екрана.

Дітям дошкільного віку рекомендується дивитись телевізійні передачі не більше два рази у тиждень. Телевізор ставлять на столі висотою 1-1,2 м над підлогою. Стільці розміщують так, щоб перший їх ряд стояв не ближче 2 м, а останній – не далі 5 м від екрану. Тривалість телевізійної передачі для дітей 3-4 р. не більше 10-15 хв., для дітей 5-7 р. – не більше 25-30 хв.

У приміщенні, крім увімкненого телевізора, рекомендується мати невелике джерело світла, розміщене за спиною глядачів. Це допоміжне освітлення знижує втому зору при перегляді телевізійних передач.

Максимальна тривалість безперервної роботи на комп'ютері не повинна перевищувати 15 хв., а у випадках порушення зору – 10 хв.

5.4.3. ОСНОВНІ ВИДИ ПОРУШЕНЬ ЗОРУ У ДІТЕЙ

До найбільш поширених порушень рефракції ока у дітей дошкільного віку відноситься далекозорість і короткозорість.

При **далекозорості, або слабкій рефракції**, промені світла збираються за сітківкою. При цьому можливе зниження зору. Віддалені, а особливо близькі предмети, можуть бути розпливчастими.

Маленьким дітям властива далекозорість, оскільки у них передньозадній діаметр очного яблука вкорочений. У 90% новонароджених дітей спостерігається далекозорість. Ця хвороба – рефракція ока новонародженого. Як правило, вона з віком компенсується великою силою заломлюючих середовищ ока і не потребує окулярів; лише при сильній далекозорості дитині виписують окуляри.

Прогресування далекозорості є наслідком затримки росту очного яблука.

Короткозорість (міопія), або сильна рефракція, має протилежну далекозорості особливість: промені світла збираються перед сітківкою. При цьому хороша гострота зору можлива тільки зблизька, віддалені предмети розпливчасті.

Серед дітей, які йдуть до школи в перший клас, уже 4% мають короткозорість. Це найбільш поширений дефект зору. Серед причин короткозорості виділяють такі: спадковість, недостатня освітленість робочих місць, робота на близькій відстані. У виникненні короткозорості неабияке значення має посилення напруги органу зору під час розгляду картинок, вишивання та інших занять. Напруга зору особливо зростає у тих випадках, коли на заняттях не дотримуються гігієнічні норми до посадки дітей, освітлення приміщення, навчальних і наукових посібників, іграшок (малі за розміром, неяскраві). У виникненні короткозорості має значення також загальний стан здоров'я дитини, режим, харчування, спосіб життя (дитина мало рухається, мало буває на свіжому повітрі), спадкові фактори.

Короткозорість може змінити поведінку і навіть характер дитини: вона швидко втомлюється, близько підносить предмети до очей, жмуриться, ходить з низько опущеною головою, починає горбитися.

Крім того, дитина може скаржитись на біль в очах, головний біль, на те, що предмети перед очима розпливаються, двояться. Деякі діти під час розгляду предметів втомлюються і починають косити. Дитину з указаними симптомами потрібно направити до лікаря-офтальмолога (окуліста).

Короткозорість характеризується за величиною (ступенем), яку визначають у таких одиницях, як діоптрія. Чим більша величина короткозорості, тим гірше дитина бачить вдаль. Міопія до 3 діоптрій вважається слабкою, від 3 до 6 – середньою і більше 6 – високою.

Дітей з поганим зором під час занять завжди садять ближче до джерела світла. Вихователь повинен стежити за тим, щоб діти, яким виписані окуляри, обов'язково користувались ними. Окуляри повинні бути правильно підібрані до очей дитини (центри стекел повинні точно збігатися з центром очей, зручно держатися за вухами). При постійному перекосі, сповзанні окулярів вони можуть виявитись безкорисними і навіть шкідливими.

Якщо дотримуватись гігієнічних норм органу зору, то короткозорість може не прогресувати протягом багатьох років.

Дуже корисні для профілактики короткозорості та її прогресування фізичні вправи для очей, спрямовані на тренування апарату акомодатії ("мітка на склі", гімнастика "зоркість" за А.І.Даншевським та ін). Для дошкільників повинні бути запропоновані прості й доступні варіанти вправ. Мета їх полягає в розгляданні різновіддалених предметів. Дітям пропонують швидко переводити погляд з близько розміщених об'єктів (палець, олівець, точка на віконному склі та ін.) на віддалені (будинки, дерево, дах тощо) і навпаки. Ці вправи дошкільно виконувати протягом 0,5-1 хв. всередині заняття з посиленням зоровим навантаженням, а також удома. Систематичне виконання вправ забезпечує вдосконалення акомодатії, усуває початкові ознаки її порушення, є засобом лікування та профілактики.

Наведемо декілька найбільш ефективних і доступних комплексів вправ для очей, які знімають зорову втому. Їх можна використовувати як в умовах дошкільного закладу, так і вдома.

Комплекс 1.

1. Виконується сидячи: міцно зажмурити очі на 3 сек., відкрити на 3 сек.; повторити 5 разів.

2. Виконується сидячи: швидко кліпати очима протягом 10 секунд.
3. Виконується стоячи: голова нерухома, відвести напівзігнуту праву руку, повільно пересувати палець справа наліво і стежити очима за пальцем; повторити 10 разів.
4. Виконується сидячи: дивитися вдаль перед собою протягом 2 сек., потім перевести погляд на кінчик носа і дивитися протягом 3 сек.; повторити 6 разів.
5. Виконується сидячи: голова нерухома, витягнути напівзігнуту руку вперед і вправо, проводити на відстані 40-50 см від ока повільні кругові рухи за годинниковою стрілкою і стежити при цьому очима за кінчиком пальця. Зробити таку ж вправу з правою рукою, роблячи нею кругові рухи проти годинникової стрілки. Повторити 4 рази.
6. Виконується стоячи: голова нерухома, підняти очі до верху, потім опустити вниз; повернуть очі вправо, потім вліво: повторити 6 разів.
7. Виконується сидячи: голова нерухома, підняти очі до верху, зробити ними декілька кругових рухів проти годинникової стрілки; повторити 3 рази.
8. Виконується стоячи: ноги поставити на ширині плечей, голову опустити – подивитися на носок лівої ноги, підняти голову – подивитися в правий верхній кутку кімнати; опустити голову – подивитися на носок правої ноги, підняти голову – подивитися у верхній лівий кутку кімнати. Повторити 3 рази.

Комплекс 2.

1. Голова нерухома, рухаються лише очі, у витягнутій руці олівець. По широкій амплітуді він багаторазово рухається вправо-вліво-вгору-вниз. Потрібно, не відриваючись, стежити за ним очима.
2. Стати біля стіни і, не повертаючи голови, швидко переводити погляд із правого верхнього кутка у лівий нижній, із лівого верхнього – у правий нижній. Рухи повторити не менше 50 разів.
3. Ноги на ширині плечей, руки на поясі. Різкі повороти вправо-вліво. Погляд спрямований по ходу руху – 40 обертів.

4. Протягом трьох секунд дивитися на яскраве світло, потім закрити очі для відпочинку, повторити 15 разів.
5. Подивитися у вікно на дуже віддалений предмет, роздивлятися його протягом 10 секунд, перевести погляд на близький предмет, повторити 15 разів.

Іноді діти з нормальною гостротою зору низько нахиляються над столом, періодично скаржаться на головний біль у кінці дня. Біль виникає внаслідок втоми м'язів ока при роботі на близькій відстані. Такий стан називається **спазмом акомодатції**. Дитина зі спазмом акомодатції потребує обстеження та лікування в офтальмолога. Як правило, при правильному лікуванні та дотриманні гігієни зору це порушення зору проходить. При недотриманні рекомендацій лікаря може прогресувати і передувати розвитку короткозорості.

Дітей 6-7 років, у яких навіть маленька близорукість, не рекомендується віддавати до спеціальних шкіл; недопустимо, щоб вони посиджували заняття в школі із заняттями музикою. Потрібно обмежувати їх зорові навантаження, більше приділяти уваги фізичному розвитку, загартовуванню, іграм на свіжому повітрі, харчуванню. Особливо корисно вживати моркву або сік з неї, ягоди чорниці, горобини, інші корисні продукти.

Косоокість виникає при неправильній від народження або порушенні протягом життя будові оптичної системи одного або обох очей (далекозорість, короткозорість), а також при порушенні злагодженого руху обох очних яблук. При цьому предмети перед очима починають розпливатися, двоїтися, дитина не бачить їх чіткого зображення. Намагаючись знайти для очей таке положення, при якому всі предмети було б видно чітко, дитина починає косити. Спочатку така косоокість буває під час сну, збудження, а далі вона може посилитися і стати постійною після важкої хвороби або переляку. Гострота зору ока, яке косить, різко знижується, погіршується можливість правильно визначити відстань між предметами, їх розміри, об'єм, користуватися стереоскопічними приладами.

В початковій стадії косоокість можна повністю вилікувати, для цього потрібно вчасно її помітити і показати дитину лікарю.

Лікування косоокості починається з призначення дитині навіть у віці 1-2 роки окулярів. Для правильного підбору окулярів дітям протягом 10-ти днів у обидва очі вводяться ліки, які розширюють зіницю і дозволяють точно виявити ступінь порушення зору.

Потрібно також стежити за тим, щоб призначені окуляри діти носили постійно, знімали їх тільки під час умивання або перед сном.

Порушення функції кольоровідчуття (дальтонізм)

Здатність здорових дітей розрізняти кольори переважно залежить від того, яку увагу будуть приділяти цьому питанню дорослі.

Кольоровий зір розвивається одночасно з удосконаленням гостроти зору, оскільки він є результатом діяльності колбочок – фотоактивних елементів, розміщених у центрі сітківки. Вважають, що колбочки дуже чутливі до оранжевого, червоного, зеленого і жовтого кольорів. Тому для розвитку кольорового зору з раннього віку потрібно давати дітям іграшки, пофарбовані в ці кольори, використовувати також предмети, пофарбовані в голубий, синій і фіолетовий кольори. Грілянди кульок в дитячій колясці потрібно вішати на відстані 30-50 см від очей дитини. До того ж у центрі розмішати оранжеві й зелені, а по боках – червоні, жовті, голубі, сині та фіолетові. При правильному розвитку і вихованні дітей до третього року життя дитина добре розуміється в трьох основних кольорах і може засвоювати інші. Але якщо у дитини є відхилення в функції кольорового відчуття, вона може на заняттях малювання або в іграх з кубиками плутати кольори. Недосвідчені працівники дитячих закладів помилки дітей сприймають за неуважність, роблять їм зауваження. Все це може тяжко відобразитися на нервовій системі дитини, вплинути на її подальший розвиток і поведінку. Тому в таких випадках, коли дитина плутає або довго не може засвоїти ті чи інші кольори, її необхідно показати лікарю-спеціалісту, щоб з'ясувати, чи не є це результатом вродженого дефекту зору.

Деякі діти не можуть сприймати зелений колір, плутають світло-зелений з темно-червоним, зелений із синім і т.д. Такий розлад зору носить назву "**дальтонізм**". Дальтонізм передається по спадковості і, як правило, зберігається протягом усього життя, причому обидва очі страждають.

Кольоровий зір у дитини можна розвивати, якщо давати їй іграшки різного кольору, особливо різної їх яскравості.

Чим раніше виявляється у дітей порушення зорових функцій, тим легше їх вилікувати. Першу перевірку зору у дітей проводять у віці 1-1,5 р.; наступну – в 3-4 р. і в 6-7 р. перед вступом до школи.

5.4.4. ГОСТРЕ ТА ХРОНІЧНЕ ЗАПАЛЕННЯ ОКА ТА СЕРЕДЬНОГО ВУХА, ЇХ ПРОФІЛАКТИКА

Кон'юнктивіт – це запалення слизової оболонки (кон'юнктиви), яка покриває внутрішню поверхню повік і передню частину очного яблука. Причиною кон'юнктивіту є хвороботворні бактерії і віруси, які можуть передаватися від хворої дитини до здорової, а також алергени (пух, пилок з дерев, квітів та ін.). Інфекція може бути занесена в око брудними руками, рушниками, носовими хустками.

Починається захворювання гостро з підвищення слезоточі, світлобоязні, почуття печії та різі в очах, відчуття “піску” в очах. Пізніше спостерігаються гнійні виділення, які можуть склеювати вій так, що дитина зранку не може відкрити очі. Іноді кон'юнктивіт супроводжується нежиттю, головним болем, підвищенням температури.

Хвору дитину потрібно ізолювати від здорових дітей. Для профілактики захворювання необхідно чітко дотримуватись правил особистої гігієни дітей і персоналу, індивідуалізація предметів особистого користування дітей, проведення планових прибирання і дезінфекційних заходів у групі.

Гостре запалення середнього вуха (отит) може бути катаральним і гнійним. Виникає гострий отит і як самостійне захворювання (причиною є різна мікробна флора), і як ускладнення після ряду інфекційних хвороб (грип, кір, скарлатина та ін.).

При катаральному отиті гнійних виділень із вуха не спостерігається, при гострому гнійному отиті – із зовнішнього слухового проходу виділяються слизово-гнійні виділення.

Особливо тяжко протікає отит у дітей раннього віку. Дитина часто просинається вночі, плаче, неспокійна, крутить головкою, у неї висока температура тіла.

При **хронічних гнійних отитах** середнього вуха утворюється отвір (перфорація) в барабанній перстинці, через який періодично виходять слизово-гнійні виділення. У таких хворих, як правило, погіршується слух.

Вихователі дошкільних закладів повинні знати, що гострі та хронічні отити середнього вуха можуть не тільки спричинити порушення слухової функції, але і стати причиною тяжких і небезпечних для життя внутрішньочерепних ускладнень – запалення мозкових оболонок, мозку та ін.

Лікування хворих дітей з гострими і хронічними отитами проводиться або в умовах стаціонарних закладів, або амбулаторно, але під обов'язковим контролем лікаря-отоларинголога.

Дітей допускають у дитячий колектив після повного одужання.

Профілактика отитів полягає в проведенні загартовування дітей з метою підвищення їх імунітету. Важливе значення має також нормальне носове дихання дитини. Дітей з порушенням носового дихання вихователі повинен направити на консультацію до отоларинголога.

У повсякденній роботі вихователі дошкільних закладів повинні враховувати, що при захворюванні вуха у дитини може бути знижений слух. Це зобов'язує їх застосовувати до таких дітей відповідний медико-педагогічний підхід. Крім того, діти з пониженим слухом повинні знаходитися під диспансерним спостереженням отоларинголога.

ЗАПИТАННЯ

1. Які особливості органу зору та слуху у дітей раннього і дошкільного віку?
2. Які заходи з попередження порушень органу зору та слуху проводяться в дошкільних закладах?
3. Як проводиться дослідження гостроти зору у дітей?
4. Які причини зниження гостроти зору?
5. Що таке порушення рефракції? Які його види ви знаєте?
6. Як проявляються різні види порушення рефракції?
7. Що таке спазм акомодатції та які його наслідки?
8. Як проявляється косокосість? Які можуть бути наслідки не своєчасного лікування косокосості?

9. Як проявляються порушення кольоровідчуття у дітей?
10. Як прояви і профілактика кон'юнктивіту?
11. Як прояви і профілактика отитів у дітей?

1. Провести спостереження в прикріпленій групі і вияснити, які заходи проводяться з охорони зору та слуху у дітей.
2. Виявити в прикріпленій групі дітей, які мають порушення зору. Розробити план корекційних і лікувальних заходів з цими дітьми.

5.5. ОСОБЛИВОСТІ ТА ПІПЕНА ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

5.5.1. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ДІТЕЙ РАНЬНОГО ТА ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

У розвитку дитини велике значення має стан опорно-рухового апарату – кісткового скелета, суглобів, зв'язок, м'язів.

Окостеніння, тобто заміна сполучної та хрящової тканини на кісткову, починається ще у внутрішньоутробному періоді і триває до настання статевої зрілості.

Кістки дитини, порівняно з дорослими, містять більше води і менше мінеральних речовин, м'якші, еластичніші та менш ламкі. Маленькі діти часто переносять значні травми без переломів кісток. Поява точок окостеніння, які можна виявити за допомогою рентенологічного дослідження, має певну закономірність. У практичній діяльності необхідно знати фізіологічні строки закриття тім'ячок і швів черепа, а також час прорізування зубів, які відображають перебіг процесів окостеніння.

Пропорції дитячого черепа відрізняються від пропорцій черепа дорослої людини. У дітей значно переважає мозкова частина. На голові новонародженого розрізняють такі шви: лобовий шов (між лобними кістками), вінцевий (між обома лобними і обома тім'яними), стрілуватий, або сагітальний (між тім'яними), і ламбдоподібний (між обома тім'яними і потиличною кістками), тім'яно-сосковий (між висковою і тім'яною кістками з кожного боку).

Переднє тім'ячко знаходиться в місці стику вінцевого і стрілуватого швів. Воно з'єднує 4 кістки (2 лобні і 2 тім'яні) і має ромбоподібну форму. Гострий кут ромба спрямований уперед, а тупий – назад. Заднє тім'ячко розташоване на місці з'єднання стрілуватого і ламбдоподібного швів і має трикутну форму. Бічних тім'ячок налічується по два з кожного боку, причому клиноподібні тім'ячка визначаються на місці сходження тім'яної, лобної, скроневі та великого крила клиноподібної кісток, а соскоподібні розміщені на стику тім'яної, потиличної та скроневі кісток і мають правильну форму.

Після народження у дітей відкритими є переднє тім'ячко і шви черепа, у 25 % новонароджених - заднє тім'ячко, бічні тім'ячка бувають відкриті тільки у глибоко недоношених новонароджених. Шви черепа остаточно закриваються після 2 років. Заднє тім'ячко закривається протягом першого тижня, іноді закриття триває до 3 міс. Строки закриття переднього тім'ячка у здорових дітей становлять 8-18 міс. При захворюванні на рахіт закриття переднього тім'ячка затримується, у разі мікроцефалії воно настає передчасно. Враховуючи великі індивідуальні коливання, робити діагностичні висновки на основі одних тільки строків закриття переднього тім'ячка треба дуже обережно.

Показником правильності розвитку і формування кісткової системи є процес прорізування зубів, що відбувається в два етапи: поява молочних зубів і заміна їх постійними. Молочних зубів 20, постійних - 32. Строки прорізування зубів у різних дітей неоднакові. Перші молочні зуби (медіальні різці) починають прорізуватися у 6-8 міс, проте у здорових дітей можливі відхилення (4-9 міс). Латеральні різці прорізуються, як правило, у 9-12 міс; перші корінні зуби - у 12-15 міс, ікла - у 17-20 міс, другі корінні - у 21-24 міс.

Отже, прорізування молочних зубів закінчується у 2-2,5 роки. Це фізіологічний процес, який не спричиняє захворювань. Досить постійним є порядок прорізування зубів, однак і тут можливі відхилення. Для молочних зубів порядок прорізування схематично можна зобразити за такою формулою:

$$\begin{array}{cccccc} 7 & 5 & 6 & 3 & 2 & | & 2 & 3 & 6 & 5 \\ 7 & 5 & 6 & 4 & 1 & | & 1 & 4 & 6 & 5 \end{array}$$

У 5-8 років прорізаються перші постійні зуби – великі корінні (моляри), а з 7-8 років починається заміна молочних зубів постійними, яка відбувається в тому самому порядку, що й прорізування.

Хребет новонародженої дитини прямий, складається з хрящів і не має вигинів. Перший вигин – шийний лордоз з'являється, коли дитина починає тримати голову (1,5-2 місяці). У 6-7 місяців, коли дитина починає сидіти, формується грудний кіфоз. Поперековий лордоз формується у 10-12 місяців, коли дитина починає стояти і ходити. У 3-4 роки встановлюється повна конфігурація хребта, але кістки і зв'язки ще еластичні, тому вигини при лежачому положенні вирівнюються. Повністю вигини формуються в шийному і грудному відділах у 7 років, поперековому – 12 років. Повне ж окостеніння хребта завершується до 20 років.

Грудна клітка у новонароджених дітей має округло-циліндричну форму, передньо-задній і поперечний діаметр її майже однакові. Ребра лежать горизонтально, майже під прямим кутом до хребта, що обмежує экскурсію грудної клітки. Коли дитина починає ходити, ребра набувають косого положення. Ці особливості дитячої грудної клітки згладжуються до 6-7 років. До 12-13 років формування грудної клітки завершується, і вона відрізняється від грудної клітки дорослої людини лише розмірами.

Процес окостеніння скелета верхніх кінцівок у дітей відбувається нерівномірно. В педагогічній практиці особливо важливо знати процес окостеніння кисті руки, бо за допомогою кисті дитина вчиться писати і виконувати різні трудові рухи. У новонародженої дитини ще немає зап'ясткових кісток. Вони розвиваються поступово і стають добре помітними при просвічуванні рентгєнівськими променями лише на сьомому році життя дитини. Але і в цьому віці кістки зап'ястка ще не цілком розвинені. Лише в 10-13 років закінчується процес їх окостеніння. Окостеніння фаланг пальців руки закінчується у 9-11 років.

Знання особливостей окостеніння кисті руки має важливе значення для правильної постановки навчання дітей письма і трудових процесів. Тому не можна перевантажувати дітей дошкільного віку письмовою роботою.

Як бачимо, процеси окостеніння скелета ще не повністю закінчені у дітей дошкільного віку. А це вимагає певних гігієнічних правил при організації навчально-виховної роботи і праці.

М'язова система. М'язові волокна у дітей товщі, ніж у дорослих. У новонароджених м'язова маса становить 24 % маси тіла, тоді як у дорослих – близько 42 %. М'язи ростуть інтенсивніше за інші органи. Ріст м'язової маси відбувається майже повністю внаслідок потовщення, а не збільшення кількості м'язових волокон, до того ж найбільш інтенсивно в період статевого дозрівання.

У новонароджених дітей спостерігається фізіологічне підвищення м'язового тонуусу згиначів, яке утримується до 2 міс на верхніх кінцівках і до 3-4 міс. на нижніх.

М'язи у дітей розвиваються нерівномірно. Так, у перші роки життя розвиваються великі м'язи тулуба і кінцівок, зв'язані з ходінням і рухами рук, але ще зовсім не розвинені м'язи кисті руки. Тому точні рухи пальців і кисті у цьому віці дітям ще не доступні. Дрібні м'язи кисті рук починають розвиватися лише у 6-7 років, коли дитина може вже виконувати такі роботи, як ліплення, плетіння та інші. У зв'язку з розвитком м'язів кисті у цьому віці можна починати навчати дитину письма.

У дітей м'язи під час роботи стомлюються швидше, ніж у дорослих. Але завдяки швидкому обміну й ліпшому кровопостачанню, стомлення м'язів у дітей проходить швидше. Тому при організації й проведенні фізичних вправ, спортивних занять і фізичної праці з дітьми дошкільного віку не можна переобтяжувати їх мускулатуру, треба правильно дозувати навантаження і проводити ці заняття в уповільненому темпі з відповідними паузами для відпочинку.

5.5.2. ФОРМУВАННЯ ПРАВИЛЬНОЇ ПОСТАВИ

Батьки і вихователі завжди хочуть бачити своїх дітей здоровими, стрункими і сильними. Проте не кожна дитина задовольняє їхні бажання. В чому ж причина? Насамперед у помилках, допущених у системі виховання в сім'ї, дитсадку та школі. Щоб дитина нормально розвивалася розумово й фізично, їй необхідно створити правильний, ритмічний режим життя і діяльності, сформувати в неї необхідні вміння і навички, "виліпити" правильну поставу. Бо красива, струнка постава не виникає сама по собі, її виховують і формують, як і будь-яку іншу рухову навичку, з раннього дитинства.

розглядати як щось постійне, таке, що не піддається змінам. У різні періоди життя дітей, під впливом умов побуту, навчання, постава може змінюватися як у кращий, так і в гірший бік, тому різні порушення її, особливо на ранніх порах, можна виправити.

У дитсадку і школі будь-яка робота – читання, малювання, писання, слухання пояснень вихователя чи вчителя, робота в майстерні – вимагає від дитини певної робочої пози, тобто пропорційного розташування частин тіла, яке забезпечує тривалу працездатність. Недотримання цієї фізіологічної вимоги, як правило, призводить до швидкої втоми і порушення постави.

Дошкільнята і школярі щоденно проводять у нерухомому стані від двох до шести годин. Причому вони не тільки сидять, а мають слухати, писати, рахувати, думати. Нерухомість для дитячого організму особливо стомлива. Бігаючи і стрибаючи на заняттях фізкультурою, дитина стомлюється менше, ніж під час інших занять, де вона змушена сидіти нерухомо.

Встановлено, що тривале статичне напруження м'язів негативно позначається на діяльності центральної нервової системи, міцності умовних рефлексів, координації рухів, а якщо воно супроводжується ще й незручною позою, тоді в дитини знижується продуктивність праці, настає втома, фіксуються викривлення хребта.

Яка ж поза найменш втомлює дитину? Фахівцями доведено, що природна робоча поза дитини – вільна, з легким нахилом тулуба вперед, симетричним положенням голови і плечового поясу, а також опорою для тулуба, рук і ніг. Така поза має забезпечуватися конструкцією стільця і стола. Необхідно, щоб довжина сидіння стільця відповідала довжині стегон, щоб воно вміщувало весь таз і сидниці, а висота ніжок відповідала довжині гомілок дитини. У спинки стільця має бути невеликий нахил назад, щоб була можливість відкинутися на неї, аби дати хребту відпочити і розвантажитися. Ступні мають стояти на підлозі. Гомілковостопний, колінний суглоби при сидінні створюють прямий кут. Відстань від краю стола (парти) до грудної клітки дитини – 1-2 см. Освітлення – зліва і зверху.

Під час писання дитина має сидіти з однаковим навантаженням на обидві сидниці. Хребет спирається на спинку стільця. Передпліччя тримаються симетрично і вільно, впираючись у стіл трохи нижче

ліктьових суглобів на його поверхні (бажано, щоб стіл був нахилений до дитини на 2-3°). Плечі дитини мають перебувати на одному рівні, а голова – злегка нахиленою вперед. Відстань від очей до стола (до зошита) – 35 см. Зошит при писанні має лежати під кутом 30° (кут, відкритий вправо, створюється краєм стола і нижнім краєм зошита), нижній кут його перебуває проти середини грудей дитини. Ліва рука підтримує і рухає зошит знизу вгору. Праву руку не змищують. Зошит пересувають, коли заповнена половина сторінки.

Під час читання передпліччя симетрично розташовують на поверхні стола (парти), кисті підтримують книжку з нахилом відносно очей. І все-таки таке читання стомлює. Тому для зручності книжку кладуть на стіл під кутом 15° (під неї кладуть іншу книжку). Тоді дитина зможе обертися ліктями об стіл, а кистями підтримувати підборіддя. Це найбільш полегшена поза.

При відсутності спеціальних дитячих меблів дитині організовують робоче місце за звичайним обіднім столом. Якщо сидіння стільця довше від її стегон, тоді між спинкою стільця і спиною дитини кладуть спеціально зроблений фанерний ящик, а під ноги ставлять підставку.

Стояти дитина має вільно, без напруження, розставивши ноги на ширину плечей під рівномірною розподілу на них маси тіла. Перенесення маси тіла на одну ногу і повороти тулуба при фіксованих ногах порушують поставу. Тому перед поворотом тулуба переставляють ноги.

Під час ходьби плечі втримують на одному рівні, грудну клітку розправляють, лопатки трохи (без напруження) зводять, живіт злегка підтягують, голову тримають прямо, йдуть, не горбячись, стрімкою, енергійною ходою, з легкими змахами руками. Повільна ж ходьба має бути спокійною, невимушеною, красивою.

Часто опорно-руховий апарат дитини деформується під впливом власної маси. А з вантажем деформація прискорюється. Ось чому дітям не можна дозволити переносити вантаж. Якщо ж це конче необхідно, то його несуть на спині (зокрема, в рюкзаці).

Негативно позначається на поставі звичка тримати руки в кишенях штанів, куртки, пальта. Її наслідки – асиметрія плечового пояса, зміщення лопаток, згорблена спина тощо.

Не можна забувати про дітей зі зниженим зором, які мають сидіти за першими столами середнього ряду, адже поганий зір – частий супутник сколіозу. Діти, які користуються окулярами, мають перебувати на обліку в лікаря-окуліста і періодично звертатися до лікаря-ортопеда.

Як у дитсадку, школі, так і вдома, діти займаються ручною працею: вишивають, ліплять з пластиліну, шиють тощо. Це дуже корисні справи, бо розвивають м'язи пальців рук. Важливо, щоб дитина працювала обома руками. Значного напруження зору викликають шиття і вишивання. Періодично припиняють роботу і дивляться вдалину, аби дати відпочити м'язам очей. Адже їх тривала втома веде до косоокості.

У формуванні правильної постави великого значення набуває пасивний відпочинок для розвантаження опорно-рухового апарата. З дією метою корисно всередині дня годину-півтори побути в горизонтальному положенні.

Дитина має бути не тільки здоровою, а й красивою. Пропорційність частин її тіла, правильний розвиток кісткової системи та грудної клітки, стрункість фігури багато в чому залежать від вихователів і батьків. Дуже важливо постійно звертати увагу дітей і підлітків на стан їх постави, переконувати в тому, що всі погані звички, яких вони набувають, так чи інакше позначаються в майбутньому на їхній зовнішності та здоров'ї. Вони мають знати, що при порушенні постави погіршується функція дихання, можуть виникнути короткозорість, остеохондроз хребта та інші захворювання. Правильне ж положення тулуба залежить від рівномірного натягнення м'язів його задньої, передньої та бокових поверхонь.

Постава дитини формується під час росту її організму в тісному взаємозв'язку з розвитком усіх рухових якостей і залежить від гармонійної роботи м'язів, положення хребта, плечового пояса, таза і ніг. У формуванні постави значну роль відіграє не тільки сила, а й рівномірний розвиток м'язів, їхня гармонійна робота, правильний розподіл м'язових зусиль.

Формування правильної постави дитини залежить насамперед від раціонального режиму; вмілого чергування праці та відпочинку, сну, розумного розпорядку дня, повноцінного харчування, виконання

фізичних вправ і загартовування організму. В регламентованому режимі передбачають також заняття коригуючими вправами.

Що ж треба розуміти під поняттям “правильна постава”?

Правильна постава – звичне положення тіла під час стояння, сидіння, ходьби та іншої діяльності. Правильна постава створює сприятливі умови для роботи рухового апарата: м'язи, що утримують тіло в стані рівноваги перебувають у найменшому напруженні, їхній тонус рівномірний, що забезпечує готовність до рухової діяльності. Постава визначається положенням голови, формою хребта і грудної клітки, положенням кісток плечового пояса, нахилом таза, формою черевної стінки, положенням кісток нижніх кінцівок і формою ступнів. Вона формується з перших місяців життя до 19–20 років.

Головною ознакою постави є форма хребта – основи скелета тулуба людини. Профіль хребта утворює хвилеподібну лінію з рівномірними підвищеннями і заглибленнями однакової висоти. Постава залежить від таких фізичних даних: особливостей хребта і тонусу мускулатури, стану нервової і дихальної систем, загального стану здоров'я. Правильне положення тіла в основному визначається натягом м'язів і зв'язок, що оточують хребет. Порушення правильності постави найчастіше виникає внаслідок змін форми хребта.

5.5.3. ПОРУШЕННЯ ПОСТАВИ, ВИДИ ПОРУШЕНЬ ТА ЇХ ПРИЧИНИ

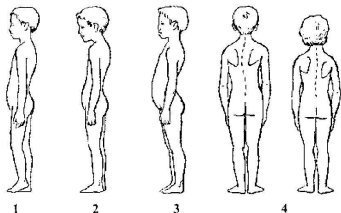
Деформація різних відділів скелета, недостатній або нерівномірний розвиток мускулатури, знижений тонус м'язів можуть призвести до порушення постави.

Порушення постави в дітей можуть призвести до серйозного розладу нормальної діяльності організму, а в запущених формах – до значних порушень у стані здоров'я. У таких дітей спостерігається підвищена втомлюваність, частий головний біль, поганий апетит; дитина стає в'ялою, апатичною, уникає рухових ігор.

Для ісправної постави характерні такі ознаки: витягнена за продольну вісь тіла голова (опущена або задерта); зведені вперед, напружено підняті плечі або асиметричне положення плечей, різні лінії талії, боковий вигин хребта; випнутий живіт, надто збільшений

попереків вигин; відставлений назад таз; кругла спина і запала грудна клітка; випинання або сплюснення одного з боків грудної клітки.

Види неправильної постави: сутулість, збільшення глибини натуральних вигинів хребта в грудній ділянці (кіфотична постава), в попереків ділянці (лордотична постава) і бічне викривлення хребта – сколіоз.



Мал. 6. Порушення постави: 1 – в'яла постава, 2 – сутулість (кіфотична постава), 3 – лордотична постава, 4 – сколіоз

Сутулість виникає при слабкому розвитку м'язової системи, в першу чергу м'язів спини. При цьому голова і шия нахилені вперед, грудна клітка сплюснена, плечі зведені вперед, живіт випуклий.

При **кіфотичній поставі** всі вказані вище ознаки виражені сильніше і помітніші. Крім слабого розвитку м'язів, спостерігаються зміни в зв'язковому апараті хребта: зв'язки розтягнуті, менш еластичні, що і сприяє збільшенню вигину хребта в грудній ділянці.

Для **лордотичної постави** характерно: сильно виражений вигин в попереків ділянці хребта, шийний вигин хребта зменшений, живіт випуклий. Цей тип порушення постави частіше зустрічається у дітей дошкільного віку, оскільки у них ще слабо розвинені м'язи живота.

У старшому дошкільному та молодшому шкільному віці з більшою частотою зустрічаються бічні викривлення хребта в поєднанні зі зсувом хребців навколо своєї осі – **сколіоз**, викривлення в передньозадньому напрямі – **лордоз**, **плоска** і **кругла спина**.

Розрізняють три ступені порушення постави. При порушенні першого ступеня змінюється лише тонус м'язів. Всі дефекти

постави зникають, коли людина випрямляється. Це порушення легко усувається при систематичних заняттях коригуючою гімнастикою.

При другому ступені порушення постави з'являються зміни в зв'язковому апараті хребта. Ці зміни можуть бути виправлені при тривалих заняттях коригуючою гімнастикою під керівництвом кваліфікованих медичних працівників у кабінетах лікувальної фізкультури.

Третій ступінь порушення постави характеризується стійкими змінами в міжхребцевих хрящах і кістках хребта. Ці порушення з допомогою коригуючої гімнастики не відновлюються.

Сколіоз буває природженим і набутиим. Він розвивається внаслідок змін у хребті, що призводить до порушення функцій нервово-м'язового апарату й деформації всього тулуба.

Сколіоз – загальне захворювання організму, яке вражає всі органи, а найбільш серйозно – кісткову і м'язову системи. Внаслідок цього неправильно функціонують органи, розташовані в грудній клітці і частково у черевній порожнині, порушується діяльність серця, органів дихання і травлення.

Приблизно від 6-7 до 13-15 років діти найчастіше хворіють на сколіоз. Дівчатка хворіють на нього в 4-5 разів частіше від хлопчиків.

Сколіоз може виникнути від спання на боці із зігнутим тулубом у м'якій постелі, тривалого стояння на одній нозі, звички робити все однією рукою. Причиною бічного викривлення хребта може бути також невідповідність меблів зростаючій дитині, неправильне сидіння в дитсадку і вдома, що призводить до зниження тонусу зв'язково-м'язового апарату хребта, його послаблення і швидкої втоми.

Набутиим вважають 95 відсотків сколіозів, серед яких можна виділити три основні форми: рахітичний, статичний і звичний.

Рахітичний сколіоз є наслідком перенесеного рахіту і починає виявлятися вже в перші роки життя дитини. Його утворенню сприяють різні порушення нормальних положень тулуба: раннє висаджування дитини, носіння її завжди на тій самій руці тощо. При рахітичному сколіозі виявляються не тільки викривлення хребта в бік, а й поворот його навколо своєї осі – торзія.

Статичний (або функціональний) сколіоз спричиняється різною довжиною ніг, а отже, косим положенням таза. Таке найчастіше

трапляється внаслідок переломів ніг. З метою запобігання розвитку статичного сколіозу потрібно своєчасно звертатися до лікаря-ортопеда.

Звичний сколіоз розвивається здебільшого в шкільні роки від неправильних звичних поз у школі і вдома, що призводить до розтягування м'язів на одному боці тулуба та скорочення їх на іншому й фіксації їх у цьому положенні. Тому батьки повинні навчати дітей правильному сидінню, стоянню, ходьбі, лежанні, систематично контролюючи ці пози і стан хребта.

Чим раніше сформувався сколіоз, тим більше часу він прогресує, тим гірше піддається лікуванню. У період статевого дозрівання сколіоз утворюється в 4-6 разів частіше, якщо не вживати профілактичних заходів.

Розрізняють чотири ступені сколіозу. При першому ступені хребет випрямляється під впливом маси тіла у висі без опори ногами. Другий ступінь характеризується стійкою деформацією хребта і грудної клітки, поворотом хребців і асиметрією грудної клітки. При третьому і четвертому ступенях ці дефекти значно посилені.

Сколіози бувають простими, при яких є одна дуга викривлення хребта, і S-подібними. В залежності від того, в якій частині хребта і з якого боку відбувся вигин, сколіози називають правостороннім, лівостороннім, поперековим тощо. Виникнення сколіозу в дитини можна встановити асиметричним положенням надпліччя, нижніх кутів лопаток і так званих трикутників – просторів між опущеними руками і талією.

Профілактика порушень постави насамперед полягає в дотриманні основних правил стояння, сидіння, лежання і ходіння, про що йшлося вище. Проте необхідно нагадати, що від спання в ліжку з розтягнутими пружинами, схожому на гамак, тіло дитини сильно згинається, бо таз провалюється, а голова і ноги високо підняті. Це може призвести не тільки до викривлень хребта, а й сприяти виникненню остеохондрозу. Тому спати потрібно на рівному і жорсткому матраці, висота подушки не повинна перевищувати 15-20 см. Тоді в положенні лежачи на боці голова не відхилятиметься в бік відносно тулуба.

Дітей у віці до 6 місяців, особливо хворих на рахіт, не можна садити, до 9-10 місяців надовго ставити на ніжки. При навчанні ходьбі

не потрібно водити дитину за ручку, оскільки при цьому положення її тіла стає асиметричним.

Маленькі діти не повинні стояти і сидіти тривалий час на одному місці навіпочіпки, ходити на великі відстані (під час прогулянок і екскурсій). Щоб діти, граючись з піском, не сиділи тривалий час навіпочіпки, пісочні ящики потрібно робити з лавочками. Меблі, яким користуються діти, мають відповідати їх зросту і пропорціям тіла. Вихователі і батьки повинні стежити за правильною позою дітей під час занять, прийому їжі, ігор, роботи на ділянці. Не потрібно дозволити дітям тривало стояти з опорою на одну ногу.

У вихованні правильної постави важливу роль відіграє і одяг. Він не має бути тісним, сковувати рухи, заважати прямому положенню тіла.

Багато дітей ходить з опущеною головою, що сприяє збільшенню грудного кіфозу – виникненню згорбленості.

Щоб плавно ходити, з піднятою головою і випрямленою спиною, необхідно систематично, не менше трьох разів на тиждень, працювати над тренуванням пози і зміцненням м'язів спини, черевного пресу і ніг. Ці вправи бажано вводити до комплексів ранкової гімнастики, проте їх можна виконувати й окремо.

Метою цих комплексів є збільшення сили і статичної витривалості м'язів. Бо зміцнівши, вони зможуть тривалий час витримувати хребет у прямому положенні з випрямленими ногами і підведеною головою.

Вправи доцільно виконувати в статичному режимі, чергуючи їх з динамічними. До статичних належать вправи, пов'язані з напруженням м'язів і утриманням пози протягом 3-10 сек. Після 8-10-секундної паузи для відпочинку вправу повторюють. Орієнтовне дозування кожної вправи - 3-16 разів у залежності від стану здоров'я і підготовки того, хто буде виконувати вправу. Потім переходять до нової вправи для тієї самої чи іншої групи м'язів. На одному занятті доцільно робити 3-4 статичні вправи. Починають з найпростіших, згодом їх ускладнюють за рахунок зміни висхідного положення, застосування обтяжень (гантелей, гирі, палиць тощо), збільшення дозування до 10 разів.

Динамічні вправи використовують для зміцнення різних м'язових груп, дозуючи їх залежно від віку, статі і стану здоров'я.

М'язи ший, спини, плечового пояса і грудної клітини, черевного преса і ніг розвиватимуться постійно, якщо систематично виконувати не тільки ранкову гімнастику, але й активно працювати на уроках фізичної культури, виконувати домашні завдання з фізичної культури і відвідувати спортивні секції. Це забезпечить створення м'язового корсета тіла. Хоча вправи для формування пози правильної постави необхідно робити всім, незалежно від стану постави: адже вони привчать триматися рівно, невимушено, красиво ходити і легко бігати, сприятимуть гармонійному розвитку.

Орієнтовні комплекси вправ для формування пози і правильної постави

Вправи біля вертикальної площини

1. Набрати положення правильної постави біля вертикальної площини (стіни, дверей). Запам'ятати це положення і, не порушуючи його, зробити крок уперед, а потім назад.
2. Те саме, але зробити 4-8 кроків.
3. Те саме, але перевірити положення постави перед дзеркалом, щоб його запам'ятати зорово.
4. Притиснувшись до стіни спиною, сідницями і п'ятами, присісти з прямою спиною, не припиняючи торкання стіни потилицею, спиною і сідницями, руки вгору, повернутися у вихідне положення.
5. Стоячи біля стіни в положенні правильної постави, підняти руки вгору, в сторони, вперед, покласти на пояс, не втрачаючи правильної пози і не відходячи від стіни.
6. Вихідне положення (в. п.) те ж саме. Зігнути праву ногу вперед, захопити голілку руками і притиснути до тулуба, не втрачаючи правильної пози і не відходячи від стіни. Те саме – лівою ногою.
7. В. п. - те ж саме. Підняти вперед руки і випрямлену ліву ногу, не відходячи від стіни. Те ж саме – правою ногою.
8. В.п. - те ж саме, руки на пояс, лікті притиснуті до стіни. Підняти вліво ліву ногу до горизонтального положення, не відходячи від стіни. Те ж саме – правою ногою.
9. В.п. - те ж саме, руки в сторони. Нахилитися до лівої ноги, не змінюючи положення рук і не відходячи від стіни. Те ж саме – до правої ноги. Кожну вправу виконують 8-10 разів.

Вправи з предметами на голові

1. У положенні правильної постави, біля стіни покласти на голову мішочок з піском (200-300 г), книжку або інший предмет, пройти до протилежної стіни і назад, обійшовши стілець, стіл тощо, не втративши предмет і зберігши позу.
2. З положення стоячи з предметом на голові сісти на підлогу, встати на коліна і сісти на п'ятки, повернутися у в.п., не втративши предмет і зберігши позу. Те ж саме - із заплющеними очима.
3. З предметом на голові встати на стілець і зійти з нього.
4. В.п. - ступні на одній лінії (одна за одною), дотримуючись правильної пози й утримуючи предмет на голові, виконати різні рухи руками - руки в сторони, вгору, вперед, лицьові кола і т. д. Те ж саме – із заплющеними очима.
5. Тримуючи гімнастичну палицю на пальцях і предмет на голові, пройти 8-10 кроків, не втративши її і предмета з голови. Те ж саме - з поворотом- кругом.
6. Тримуючи гімнастичну палицю на долоні вертикально і предмет на голові, сісти на стілець, встати, не скинувши палицю і предмет з голови.
7. З предметом на голові зігнути ліву ногу вперед, якомога вище, не втративши його. Те ж саме - правою ногою.
8. В.п. – те ж саме. Зігнути праву ногу вперед, лівою рукою захопити коліно, праву руку відвести назад, не втративши предмет. Те ж саме - лівою ногою і правою рукою.
9. Стати на коліна з предметом на голові за півметра від стіни, впертися руками в стіну, тулуб тримати прямо. Поставити праву ногу в упор, не скинувши предмет. Те ж саме- лівою ногою. Кожну вправу виконати 8-10 разів.

Статичні вправи для м'язів спини (на підстилці, килимку, покривалі)

1. В. п. - лежачи на спині, із зігнутими і розведеними нарізно ногами, ступні впираються в підлогу, руки вздовж тулуба вниз, долоні на підлозі. Вигнутися в грудному відділі хребта, тримати 5-7 с., в. п. Зробити 4-8 разів.
2. В. п. - те ж саме, що у вправі І. Підняти таз з підлоги, тримати 5-7 с., в. п. Зробити 4-10 разів.

3. Те ж саме, що у вправі 2, але піднятий таз і грудну клітку по черзі пересувати в сторони (ноги в упорі нарізно). Виконати 3-8 разів.
4. В. п. - те ж саме, що в вправі 1. Підняти таз якомога вище, випираючись у підлогу ступнями і потилицею, тримати 5-7 с., в. п. Виконати 3-8 разів.
5. В. п. - лежачи на спині, руки в сторони, долоні на підлозі. Випираючись у підлогу п'ятками і руками, підняти якомога вище тулуб з підлоги, тримати 3-5 с., в. п. Зробити 3-7 разів.
6. В. п. - лежачи на грудях, кисті з'єднані за спиною. Віднести голову і плечі назад, руки назад-вгору, вигнутися, тримати 3-5 с., в. п. Виконати 4-10 разів.
7. В. п. - те ж саме, що у вправі 6. Підняти з підлоги якомога вище випрямлені ноги, тримати 3-5 с., в. п. Зробити 3-6 разів.
8. Те ж саме, що у вправі 6, але змінюючи положення рук і кисті на потилиці, руки в сторони і вгору, тримати 5-7 с., в. п. Виконати 4-7 разів.
9. Те ж саме, що у вправі 8, але в руках, піднятих вгору – надувний чаш набивний м'яч, гімнастична палиця та гантелі масою 1-3 кг тримати 3-4 с., в. п. Виконати 2-6 разів.
10. В. п. - лежачи грудьми на лаві, ноги на підлозі, в руках гантелі масою 2-3 кг. Повільно вигнутися, відвести голову назад, руки розвести в сторони, тримати 5-7 с., в. п. Виконати 6-10 разів.
11. В. п. - упор сидячи, позаду. Підняти таз, голову відвести назад, прогнутися, ноги не згинати, тримати 5-7 с., в. п. Виконати 6-10 разів. Те ж саме, але випираючись у підлогу однією ногою, іншу підвести вперед-вгору, тримати 3-4 с., в. п. Виконати 3-5 разів кожною ногою.

Вправи для м'язів черевного преса

1. В. п. - лежачи на спині або упор, сидячи позаду: а) повільно зігнути і випрямити обидві ноги, підняти ступні з підлоги; б) повільно підняти обидві ноги, тримати 10-15 с.; в) колові рухи з підняти випрямленими ногами. Ці вправи можна виконувати з навантаженням, затиснувши між ногами надувний чи набивний м'яч г) підняти ноги і виконати рухи, як під час їзди на велосипеді; д) розвести підняті випрямлені

- ноги в сторони і звести їх схрестивши “ножиці”; є) почергове піднімання однієї й опускання іншої ноги, не торкаючись ними підлоги.
2. В. п. - лежачи на спині, носки ніг закріплені, руки вниз: а) повільно сісти і лягти; б) підняти голову і тулуб, тримати 7-10 с., в. п.; в) повільно сісти, руки за голову або в сторони, в. п. Ці вправи можна виконувати з навантаженнями, тримаючи в руках м'яч або гантелі.
 3. В. п. - лежачи на спині, руки вниз. Зігнувши ноги, сісти, обхопивши гомілки руками, в. п.
 4. В. п. - лежачи на спині, руки вгору. Підняти випрямлені ноги і торкнутися ними підлоги за головою, в. п.
 5. В. п. - лежачи на спині, руки вниз. Стійка на лопатках (“берізка”), в. п.
 6. В. п. - стоячи на колінах, руки на поясі. Повільний нахил назад, не згинаючись у тазостегнових суглобах, в. п.
 7. В. п. - висіння на гімнастичній стінці (перекладині, кільцях). Повільно зігнути ноги, коліна якомога вище до грудей, в. п.
 8. В. п. - те ж саме. Підняти випрямлені ноги вперед, в. п.
- Вправи для зміцнення м'язів черевного преса виконують протягом 15-20 с., потім треба зробити паузу на 10-15 с. і знову повторити вправу. Дозування – 3-8 разів у залежності від віку, статі, стану здоров'я і підготовки того, хто виконує вправу. На цьому занятті рекомендуємо виконувати не менш 3-5 вправ з цього комплексу, по черзі - то статичні, то динамічні.

5.5.4. ПЛОСКОСТОПІСТЬ, ЇЇ ПРИЧИНИ І ПРОФІЛАКТИКА

Великий вплив на формування постави дитини має стан її стоп.

Форма стопи залежить в основному від стану її м'язів і зв'язок. При правильній формі стопи нога спирається на зовнішнє повздожне склепіння. Внутрішнє склепіння виконує роль ресора, з його допомогою забезпечується еластичність походки. Якщо м'язи, які підтримують нормальне склепіння стопи, розслабляються, все навантаження падає на зв'язки, які, розтягуючись, роблять стопу плоскою.

Стопа виконує роль ресора, яка захищає тіло від поштовхів і струсів під час ходьби, бігу і стрибках. При порушенні природної форми стіп – опущенні склепіння – неминуче порушується їх ресорна функція, від чого страждає весь організм.

Стопи людини витримують велике навантаження – тиск маси тіла, тому зв'язки і м'язи, що прикріплюються до різних частин стіп, мають бути дуже сильними. Адаже м'язи, напружуючись, натягують зв'язки і допомагають стопам зберігати форму і правильне положення.

Однак якщо м'язи стіп розвинуті слабо і не мають необхідного тонусу, зв'язки розтягуються і форма стіп змінюється. В результаті вони стають плоскими, що завдає дитині великих страждань.

Плоскостопість буває поздовжньою, поперечною, або одночасно поздовжньою й поперечною. Відомо, що нормальні, здорові стопи мають два викривлення, два вигини. Тому плоскостопістю називають стан стіп, в яких або зменшені, або зовсім відсутні ці вигини.

Основна ознака поздовжньої плоскостопості – зменшення або повне зникнення поздовжнього заглиблення стіп. Внаслідок чого вони швидко втомлюються не тільки під час ходьби, а й при тривалому стоянні. Згодом – больовий синдром в ікроножних м'язах і в склепіннях стіп, можливе часте їх підвертання. Опора на внутрішній край стіп призводить до клишоногості, від чого деформується взуття, зношується його внутрішній край – не тільки по довжині всієї підшви, а й на каблучці. Поздовжня плоскостопість може стати причиною травматичних ушкоджень, бо відвернення стіп може призвести до травм зв'язкового апарату й ахілового сухожилля, а також не виключені випадки переломів щиколотки чи ноги.

Поперечна плоскостопість виражається розпластаністю переднього відділу стопи і є однією з причин деформації пальців.

Плоскостопість у дитини може виникати дуже рано. Якщо вона мало рухається і скаржиться на біль у ногах, батькам треба звернути на це увагу. Проте дехто спокхватується пізно, тоді, коли в дитини вже виникла плоскостопість. А ця, на перший погляд, дрібниця, іноді призводить до інвалідності. Для її запобігання важливо своєчасно виявити деформацію стіп і використати всі можливі засоби як у дитячому садку, так і в домашніх умовах.

Для профілактики плоскостопості необхідно, по-перше, зміцнити м'язи, що підтримують склепіння стіп, і, по-друге, при вираженій патології обмежити навантаження на них.

Спостерігати за станом стіп дитини треба постійно.

Тож як визначити стан склепіння стіп?

Перший спосіб – відбити на аркуші паперу підшви стіп, змочених у воді, і злегка підфарбованих чорнилом чи марганцем, або ж водоємультійною фарбою. На слідах, що залишилися, можна побачити заглиблення, що відповідає внутрішньому ресорному склепінню стіп, звичайно, якщо вони в нормі. При плоских стопах відбиток буде суцільним.

Другий спосіб – стати на стілець у положення – ноги нарізно: якщо під внутрішній бік склепіння стопи можна вкласти два пальці, вона нормальна, один палець – сплюснена. При плоскій стопі підшва ноги щільно прилягає до опори та й сама стопа має сплюснений вигляд.

Третій спосіб – на гладку поверхню (картон, дошку) кладуть чистий аркуш паперу. Дитина стає на нього так, щоб носки і п'ятки обох стіп були паралельні, а відстань між ними дорівнювала приблизно ширині долоні дорослого. Потім роблять контури стіп, обводючи їх олівцем, і помічають цифрою 1. Після цього дитина піднімає праву ногу, а на лівій продовжує стояти, контур якої також обводять і помічають цифрою 2. Потім порівнюють обидва контури. Якщо вони збігають, стан стіп у межах норми.

Плоскостопість буває природженою і набутою. Природжена плоскостопість вимагає особливої уваги батьків і корекції стіп уже через два тижні після народження дитини. При кожному сповиванні, тобто 10-12 разів на день, доцільно обережно прогинати склепіння стіп, тримаючи однією рукою п'ятку і гомілку, а іншою – склепіння стопи і пальців. Вправу роблять 6-8 разів підряд у повільному темпі. Після цього масажують підшви стіп, тримаючи стопу двома руками й виконуючи масаж великими пальцями обох рук від п'ятки до пальців. Глибокий масаж кожної стопи роблять по 10-12 разів.

Коли малюк навчиться едіти, під склепіння стіп підкладають круглу палицю діаметром 1,5-2 см і вчать дитину прокочувати її по підлозі. Коли дитина починає вставати і робить перші кроки, починають вчити її стояти на палиці і ходити по ній боком так, щоб

палиця перебувала під склепінням стіп. А коли дитина навчиться ходити, їй заказують індивідуальні супінатори. Для цього купують взуття на номер більше, аби супінатори вільно вкладалися, виймалися і черевики не стискували ступні.

Необхідно також регулярно — 2-3 рази на день — виконувати комплекс рекомендованих вправ і робити масаж. У літню пору — обов'язкова ходьба по піску, умови для якої можна створити навіть у міській квартирі: на балконі, в лоджії. Для цього треба вимити і висушити два відра піску, додати до них 3/4 відра дрібної гальки, перемішати їх і створити доріжку довжиною 1,5-2 м. Ходити по такій природній піщаній доріжці треба босоніж двічі на день по 20-30 хв. Пасивні вигинання склепінь стіп, масаж, виконання вправ, рекомендованих при плоскостопості, носіння супінаторів не припиняють до 3-5-річного віку, поки не відновляється склепіння стіп. Спеціальні вправи для корекції стіп при плоскостопості необхідно робити протягом усього життя.

Для попередження плоскостопості важливо, щоб дитяче взуття не було тісним, щільно облягало ногу, мало еластичну підшву і каблук не більше 8 мм. Не рекомендується носити взуття з вузькими носками або жорсткою підшвою. Вдома дітям не дозволяти ходити в теплому взутті, бо перегрівання ніг ослаблює зв'язковий апарат стопи і при цьому сприяє розвитку плоскостопості. Потрібно кожен день мити ноги в теплій воді, а не гарчачій.

Для тих, хто має надлишкову масу тіла, потрібно знизити її і стежити за нормальною масою тіла.

Вправи для корекції плоскостопості

Лежачи на спині

1. По черзі витягувати носки з одночасним поворотом стопи всередину в гомілковостопному суглобі (супінування стіп).
2. Одночасно витягувати носки з супінуванням.
3. Ковзаючий рух стопою однієї ноги по гомілці другої, намагаючись підшвою стопи охопити гомілку.
4. Ноги зігнуті, коліна торкаються одне одного, носки разом, п'яти нарізно. Почергово відривати п'яти від підлоги.
5. Те ж саме, але п'яти відривати від підлоги одночасно.
6. Стегна розведені, ноги зігнуті, стопи торкаються підшвами. Максимально розводити й зводити п'ятки.

Лежачи на животі

7. Руки на поясі, ноги випрямлені, носки стіп повернуті всередину. Піднімати голову, вигинаючись у попереку і максимально витягуючи носки з супінацією стіп.
8. Руки спираються кистями на рівні плечових суглобів, ноги разом, носки витягнуті й повернуті всередину. Ледь піднявшись, спираючись на стопу й кисті рук.

Сидячи на стільці

9. Руки на поясі, стопи разом. Максимально розводити й зводити п'яти, не відриваючи носків від підлоги.
10. Максимально зводити носки до зіткнення й розводити їх, не відриваючи п'яти від підлоги.
11. Згинати й розгинати стопи.
12. Стопи на підлозі. Розвести коліна, поставивши стопи назовні. Максимально стиснути пальці ніг.

Сидячи на підлозі.

13. Сісти "по-турецькому", кисті рук спираються на підлогу. Спробувати встати, спираючись на тильну поверхню стіп і нахилиючи корпус уперед.
14. Розвести ноги, повертаючи стопи всередину, й супінувати їх, максимально напружуючи.
15. Почергово й одночасне згинання та розгинання стопи.

Стоячи.

16. Стоячи на одній нозі, піднятися на носок.
17. Перекочуватися з носка на п'ятку і навпаки.
18. Ледь підвестися на носках, поставити одну ногу вперед, другу — назад.
19. Стоячи попеременно на кожній нозі, повертати тулуб у бік опірної ноги.

Вправи з предметами

20. Стоячи на гімнастичній палиці, згинати ступні, охопити її, розгинаючи ступні, відпустити палицю.
21. Присідання на гімнастичній палиці з упором на спинку стільця рукою.
22. Накачування малого м'яча стопою почергово кожною ногою протягом 2-3 хв.