

**Государственное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад №51 компенсирующего вида Приморского района Санкт - Петербурга**

**Принята**

Педагогическим Советом №1  
ГБДОУ детский сад №51  
Приморского района Санкт – Петербурга  
протокол №1 от 30.08.2019

**Утверждаю**

Заведующий ГБДОУ детский сад №51  
Приморского района Санкт - Петербурга  
Краевая С.В.  
приказ № 136-Д от 30.08.2019



**Оздоровительная программа  
«Здоровый дошкольник»**

Разработчики:

Багдасарова Л.К. воспитатель диабетгруппы

Кудрявцева В.В. медицинская диетическая сестра

Мусиенко А.Э. старший воспитатель

Соколова Е.Е. инструктор по физической культуре

Шоферова С.А. врач

## Содержание

№	Название	страница
	Введение	
1.	<b>Целевой раздел</b>	3
1.1.	Пояснительная записка	5
1.1.1.	Цель и задачи Программы	6
1.1.2.	Принципы построения Программы	7
1.1.3.	Возрастные особенности обучающихся	7
1.1.4.	Особенности обучающихся с ОВЗ	12
1.2.	Планируемые результаты Программы	14
2	<b>Содержательный раздел</b>	16
2.1.	Диетотерапия	16
2.2.	Материально – техническое обеспечение реализации программы	16
2.3.	Медицинские и педагогические кадры	19
3.	Основные направления Программы	19
3.1.	Профилактическая работа	19
3.2.	Физкультурно - оздоровительная работа	26
3.3.	Информационно - просветительская работа	33
4.	<b>Организационный раздел</b>	34
	Литература	38
	Приложения	39

## Введение

*“Я не боюсь еще и еще раз повторить: забота о здоровье – это важнейший труд воспитателя. От жизнерадостности, бодрости детей зависит их духовная жизнь, мировоззрение, умственное развитие, прочность знаний, вера в свои силы”.*

*В.А.Сухомлинский*

Произошедшие в нашем обществе перемены отразились на состоянии здоровья всех возрастных групп. Наибольшую тревогу вызывает здоровье детей и подростков. У каждого ребенка в возрасте до года можно определить не менее трех различных заболеваний. Самым распространенным заболеванием на сегодняшний день считается - **аллергия**. Это связано с загрязнением окружающей среды, выхлопными газами, выбросами отходов промышленного производства, с увеличивающимся применением антибиотиков и других лекарственных средств; бурным развитием химической промышленности, в результате чего появилось большое количество синтетических материалов, красителей моющих средств и других веществ, многие из которых являются аллергенами. Способствуют развитию аллергии психоэмоциональные перегрузки, гиподинамия, нерациональное питание. Аллергенами могут быть различные соединения. Одни из них попадают в организм извне (экзогенные аллергены), другие образуются в самом организме (эндогенные аллергены, или аутоаллергены). Экзогенные аллергены бывают неинфекционного (бытовая пыль, шерсть животных, лекарственные средства и другие химические вещества, пыльца растений, животные и растительные пищевые продукты) и инфекционного (бактерии, вирусы, грибки и продукты их жизнедеятельности) происхождения. Выделяют биологические, лекарственные, бытовые, пыльцевые, пищевые и промышленные аллергены.

К *биологическим* аллергенам относятся бактерии, вирусы, грибки, гельминты, сыворотки, вакцины и аллергены насекомых.

Аллергеном может быть практически любой *лекарственный препарат*. Так, при применении кодеина аллергические реакции наблюдаются примерно в 1,5% случаев, ацетилсалициловой кислоты — около 2%, сульфаниламидов — около 7%. Нередко аллергические реакции возникают в ответ на введение новокаина, витамина В<sub>1</sub> и многих других препаратов. Наиболее часто вызывают аллергические реакции антибиотики, и в первую очередь пенициллин (до 16% случаев).

Среди *бытовых аллергенов* основную роль играет домашняя пыль — пылевые частицы с ковров, одежды, постельного белья, частички домашних насекомых, грибки (в сырых помещениях), бактерии. Возрастает число аллергических реакций на препараты бытовой химии, особенно на синтетические моющие средства. Бытовые аллергены чаще всего вызывают аллергические заболевания дыхательных путей (бронхиальную астму, аллергический ринит).

При попадании в организм *пыльцы* некоторых видов растений, чаще ветроопыляемых, появляются насморк, конъюнктивит и другие проявления поллинозов. Сильными аллергизирующими свойствами обладает пыльца амброзии.

*Пищевыми аллергенами* могут быть чуть ли не все пищевые продукты. Значительное увеличение количества промышленных аллергенов обусловило возникновение разных по своему характеру аллергических реакций, главным образом поражений кожи — аллергических дерматитов. *Промышленными аллергенами* могут быть скипидар, минеральные масла, никель, хром, мышьяк, деготь, дубильные вещества, азоксифеноловые и прочие красители, лаки, инсектофунгициды, вещества, содержащие бакелит, формалин, мочевины, а также эпоксидные смолы, детергенты, аминбензолы, производные хинолина, хлорбензола и многие другие вещества. Аллергенами могут быть стиральные порошки, красители для волос, бровей и ресниц, парфюмерные средства, жидкости для волос; в фотолабораториях — метол, гидрохинон, соединения брома.

По данным Международной Федерации Диабета (The International Diabetes Federation) и «Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии», Министерства Здравоохранения Российской Федерации число детей с заболеванием **сахарный диабет** неуклонно растет. Данное заболевание заняло второе место по уровню распространения среди других заболеваний хронической формы течения. Сахарный диабет - это болезнь, характеризующаяся хроническим повышением уровня сахара в крови (гипергликемией), развивающаяся в результате недостаточной выработки (секреции) инсулина или уменьшения чувствительности клеток организма к инсулину.

Сахарный диабет встречается примерно у 1-3% населения. У детей частота сахарного диабета ниже: 0,1-0,3%. Ежегодно число больных сахарным диабетом увеличивается на 6-10%. Это приводит к удвоению числа больных каждые 10-15 лет.

Все чаще мы стали слышать непонятное слово - **целиакия**. Целиакия — это врожденное хроническое заболевание, при котором происходит неполное расщепление особого белка клейковины злаков (глютена).

Почему это происходит, до сих пор не выявлено. Но при этом повреждается слизистая оболочка тонкого кишечника токсическими продуктами обмена и значительно нарушается процесс всасывания жиров и углеводов. Основой лечения целиакии является строгое соблюдение диеты. Строгое соблюдение диеты при своевременном начале лечения позволяет обеспечить нормальное развитие ребенка. Но требуется пожизненное соблюдение диеты, так как отход от нее не только чреват возможным обострением процесса, но значительно повышает риск развития злокачественных новообразований, в том числе лимфом кишечника. В общей структуре аллергических заболеваний **атопический дерматит** занимает одно из ведущих мест. В разных странах, по данным эпидемиологических исследований atopическим дерматитом страдает от 10 до 28 % детского населения. Приблизительно в 40—60 % случаев atopического дерматита сочетается с респираторными проявлениями.

Согласно данным, полученным за последние 10 лет, проблема atopического дерматита является одной из важных проблем здравоохранения в Европе.

В связи ухудшения здоровья населения страны и особенно детей проблема здоровья, здорового образа жизни, становится национальной. Подписание президентом

России В.В. Путиным Постановления “О повышении роли физической культуры и спорта в формировании здорового образа жизни населения” показывает беспокойство государства за будущее страны.

Новая социально-экономическая действительность диктует необходимость формирования культа здоровья в сознании подрастающего поколения. Несомненно, проблема раннего формирования культуры здоровья актуальна, своевременна и достаточно сложна. Необходимо создавать условия пребывания ребенка с ограниченными возможностями здоровья в дошкольном учреждении, научить ребенка жить с данным заболеванием, объяснить ему, что он такой же, как и все дети, ничем не отличается от других детей, создать безболезненный переход дошкольника из детского сада в школу, способствовать формированию физической культуры ребенка, прививать навыки здорового образа жизни.

## **I. ЦЕЛЕВОЙ РАЗДЕЛ**

### **1.1. Пояснительная записка**

Программа разработана на основании следующих **нормативных правовых документов**, регламентирующих функционирование системы дошкольного образования в Российской Федерации:

1. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
2. Приказ Минобрнауки России от 17.10.2013 г. № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования».
3. Комментарии Минобрнауки России к ФГОС дошкольного образования от 28.02.2014 г. № 08-249.
4. Приказ Минобрнауки России от 30.08.2013 г. № 1014 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам — образовательным программам дошкольного образования».
5. Приказ Минобрнауки России от 28.12.2010 г. № 2106 «Об утверждении и введении в действие федеральных требований к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников».
6. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 15.05.2013 г. № 26 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций» (СанПиН 2.4.1.3049-13) и др.

**Программа определяет** объем, содержание, планируемые результаты и организационно-педагогические условия образовательной деятельности по физкультурно – оздоровительному развитию дошкольников 2–7 лет с учетом их возрастных, индивидуальных, психологических и физиологических особенностей.

**Программа предусмотрена** для реализации в группах оздоровительной и компенсирующей направленностей.

**Содержание Программы** разработано с учетом динамики физического развития детей от раннего дошкольного возраста до поступления в школу:

- **2-ая группа раннего возраста** – от 2 до 3 лет;
- **младший дошкольный возраст** — от 3 до 4 лет (младшая группа);
- **средний дошкольный возраст** — от 4 до 5 лет (средняя группа);
- **старший дошкольный возраст** — от 5 до 6 лет (старшая группа);
- **подготовительная к школе группа** - от 6 до 7 лет.

Содержание Программы представлено в соответствии с тремя основными направлениями работы

- Профилактическая работа
- Физкультурно – оздоровительная работа
- Информационно - просветительская работа

### **1.1.1. Цели и задачи реализации Программы**

**Цель программы:** сохранение и укрепление здоровья дошкольников, создание гипоаллергенной среды, благоприятных условий, максимально обеспечивающих полноценное проживание детьми с ОВЗ (дети с пищевой аллергией, с целиакией, нарушениями в работе эндокринной системе - сахарный диабет, атопический дерматит, бронхиальная астма) дошкольного детства в современном обществе, приобщение обучающихся и родителей к здоровому образу жизни.

#### **Задачи:**

- сохранение и укрепление здоровья детей; обеспечение их физической и психологической безопасности, эмоционального благополучия;
- купирование симптомов аллергии и поддержание как можно более длительной ремиссии;
- создание развивающей предметно – пространственной среды и гипоаллергенных условий, предусматривающих осуществление профилактических, закаливающих и оздоровительных мероприятий, обеспечивающих комфортное пребывание ребенка в детском саду в соответствии с его индивидуальными особенностями и состоянием здоровья;
- создание условий для реализации потребности детей в двигательной активности с соблюдением индивидуальных и возрастных особенностей обучающихся;
- воспитание потребности в здоровом образе жизни, обучение детей на занятиях по валеологическому воспитанию;
- воспитание здорового дошкольника совместными усилиями детского сада и семьи через информирование родителей о здоровом образе жизни, просвещении и привлечении к совместным мероприятиям, проводимым в ДОУ;

- повышение профессионального уровня педагогических и медицинских работников для организации и реализации системы профилактических, физкультурно - оздоровительных мероприятий и процедур, направленных на сохранение, укрепление и ремиссию здоровья детей.

### **1.1.2. Принципы построения Программы**

1. Принцип психологической комфортности: взаимоотношения между детьми и взрослыми строятся на основе доброжелательности, поддержки и взаимопомощи;
2. Принцип индивидуальности – подход к каждому ребенку с учетом его возрастных и индивидуальных особенностей и возможностей, подбирая оздоровительные мероприятия и процедуры, способствующие лучшему усвоению детьми ценностей здоровья и здорового образа жизни;
3. Принцип систематичности и последовательности – планирование физкультурно – оздоровительной работы с детьми, постепенная подача материала от простого к сложному; повторение усвоенных правил и норм, поддержание связей между возрастными группами;
4. Принцип целостности: стратегия и тактика образовательной деятельности с детьми опирается на представление о целостной жизнедеятельности ребенка (у ребенка формируется целостное представление о мире, себе самом, своих физических возможностях, ценностях ЗОЖ);
5. Принцип творчества: образовательная деятельность ориентирована на развитие творческих способностей каждого ребенка, приобретение им собственного опыта двигательной деятельности и активности;
6. Принцип вариативности: детям предоставляются возможности выбора видов двигательной активности, участников совместной деятельности, материалов и атрибутов, способа действия и др.;

### **1.1.3. Возрастные особенности физического развития обучающихся**

#### ***Ранний возраст (от 2 до 3 лет)***

Продолжается интенсивный темп физического развития. К трем годам масса тела ребенка составляет от 13,1 до 16,9 кг, рост — 91—99 см. Ребенок становится более самостоятельным, движения его более координированными.

Характерной особенностью этого возраста является потребность в разнообразных движениях, интерес и желание воспитанников их выполнять. Физические нагрузки необходимы им для полноценного развития всех систем и функций, чувственного познания окружающего мира. Однако параметры развития воспитанников, качественная характеристика и темп овладения ими разными видами движений (ходьбой, бегом, прыжками, лазаньем, метанием) индивидуальны. Важным для здоровья ребенка является гармоническое соотношение показателей физического развития: роста, веса, окружности груди, двигательной активности.

Ребенок хорошо ходит, бегает, прыгает на двух ногах, приседает и сидит на корточках, кувыркается, поднимается и ходит на цыпочках, перешагивает через препятствия и проползает под ними, уверенно спрыгивает с небольшой высоты, залезает на шведскую стенку. Недолго балансирует и прыгает на одной ноге, может пройти по наклонной доске, стоя подбирает предметы, поднимается, не теряя равновесия, вверх по лестнице чередующимися шагами.

Ловит мяч двумя руками, при броске попадает в цель (кольцо, корзина), перебрасывает его через препятствия, бьет ногой по мячу, не теряя равновесия, осваивает трехколесный велосипед, самокат, приобретает первые навыки плавания, катания на коньках и лыжах.

Разнообразный двигательный опыт стимулирует формирование равновесия, координации, осанки, походки. В процессе двигательной деятельности важно целенаправленно действовать на физические качества: силу, ловкость, быстроту. От того насколько развиты у ребенка эти качества, зависит освоение им необходимых умений и навыков.

#### ***Младший дошкольный возраст (от 3 до 4 лет)***

В младшем дошкольном возрасте происходит физическое развитие детского организма, совершенствуются все физиологические функции и процессы. По данным Всемирной организации здравоохранения (*далее — ВОЗ*), средние антропометрические показатели к четверем годам следующие: мальчики весят 16,3 кг при росте 102,4 см, а девочки весят 15,9 кг при росте 100,7 см. При этом главный показатель нормы — комфорт и хорошее самочувствие ребенка. По сравнению с ранним возрастом, ***движения детей*** четвертого года жизни становятся более разнообразными и координированными. Они активно двигаются, часто упражняются в ходьбе, беге, прыжках, ползании и лазании, катании, бросании и ловле предметов. Однако большинство детей не в полной мере согласуют движения рук и ног в процессе ***ходьбы и бега***. Дети в этом возрасте часто опускают голову и плечи, смотрят себе под ноги, походка остается еще тяжелой. В то же время ходьба становится более уверенной: уменьшаются раскачивания и повороты плеч в сторону шага, свободнее становятся движения рук. Малыши очень любят ходить и бегать враспынную, по кругу, за воспитателем, но их бег еще неравномерен, движения рук неэнергичны. Дети данного возраста с удовольствием подпрыгивают на месте, вверх, доставая предмет, подвешенный выше поднятых рук; перепрыгивают из обруча в обруч; продвигаются вперед ***прыжками***; прыгают в длину с места и спрыгивают с небольшой высоты. всю ступню и неуверенно спрыгивают с высоты (как правило, на прямые ноги).

Дети 3–4 лет в самостоятельной деятельности широко используют разные виды ***ползания***: на четвереньках, опираясь на колени и ладони, ступни и ладони, колени и предплечья. Движения ползания достаточно уверенные. ***Лазание*** по лесенке, стремянке, гимнастической стенке требует от детей большого напряжения: они передвигаются достаточно медленно и в произвольном темпе, используя приставной шаг. Упражнения в ***бросании и ловле*** мяча, предметов вдаль, в горизонтальную цель, друг другу становятся



у детей все более координированными. К четырем годам появляется подготовительная фаза движений бросания: отведение руки вниз, назад и в сторону и т.д. Однако замах рукой еще слабый, между замахом и броском отмечается длительная пауза. У малышей остается неуверенность в бросании и ловле мяча и разных предметов: они напрягают руки и плечи, сжимают крепко пальцы или, наоборот, широко их расставляют.

На четвертом году жизни у детей формируются элементарные **навыки совместной игровой и двигательной деятельности**. В самостоятельной деятельности дети начинают все больше использовать разные упражнения в ходьбе, беге, прыжках, бросании и ловле мяча, ползании и лазании.

Обладая определенным запасом движений, дети еще не способны заботиться о результатах своих действий, они поглощены самим процессом. Наряду с этим движения детей постепенно приобретают все более акцентированный характер. Они уже способны выполнять различные движения по своему усмотрению и по указанию воспитателя. Малыши начинают и заканчивают движение в соответствии с музыкой или по сигналу, ритмично ходят и бегают под музыку.

Детям младшего дошкольного возраста свойственна **подражательная деятельность**. Это объясняется тем, что накопленный ребенком двигательный опыт позволяет ему управлять своими движениями, ориентируясь на образец. Формирование двигательных навыков и умений продолжается на основе подражания действиям знакомых образов. Дети более сознательно следят за показом движений педагога, стараясь выслушивать все его пояснения.

Сюжеты **подвижных игр** становятся более разнообразными. Однако основным их содержанием продолжает оставаться воспроизведение действий животных, птиц, движения транспортных средств различных видов, предметной деятельности людей («Кот и мыши», «Поезд», «Наседка и цыплята», «Автомобиль», «Лошадки» и др.). У детей четвертого года жизни происходит развертывание разных видов деятельности, что способствует значительному увеличению **двигательной активности** в течение дня (по данным шагометрии, 11–12,5 тыс. движений). На занятиях по физическому развитию показатели двигательной активности детей 3–4 лет колеблются от 850 до 1370 движений в зависимости от состояния здоровья, а также индивидуальных возможностей (функциональных и двигательных).

#### **Средний дошкольный возраст (от 4 до 5 лет)**

На пятом году жизни происходит дальнейшее развитие детского организма, совершенствуются все физиологические функции и процессы. По данным ВОЗ, средние антропометрические показатели к пяти годам следующие: мальчики весят 18,6 кг при росте 109,0 см, а девочки весят 17,9 кг при росте 107,6 см. У детей интенсивно развиваются моторные функции. Их **движения** носят преднамеренный и целеустремленный характер. Детям интересны наиболее сложные движения и двигательные задания, требующие проявления скорости, ловкости и точности выполнения. Они владеют в общих чертах всеми видами основных движений, которые становятся более координированными. Достаточно хорошо освоены разные виды **ходьбы**. У детей оформляется структура **бега**, отмечается устойчивая фаза полета. Однако беговой шаг остается еще недостаточно равномерным, скорость невысока,

отталкивание несильное, полет короткий. Дальность прыжка еще ограничена слабостью мышц, связок, суставов ног, недостаточным умением концентрировать свои усилия. При **метании** предмета еще недостаточно проявляется слитность замаха и броска, но в результате развития координации движений и глазомера дети приобретают способность регулировать направление полета и силу броска. От 4 до 5 лет у детей **формируются навыки** ходьбы на лыжах, катания на санках, скольжения на ледяных дорожках, езды на велосипеде и самокате. Дети пытаются соблюдать определенные интервалы во время передвижения в разных построениях, стараясь не отставать от впереди идущего, быть ведущим в колонне, ориентироваться в пространстве. На пятом году жизни у детей возникает большая потребность в **двигательных импровизациях** под музыку. Растущее двигательное воображение детей является одним из важных стимулов увеличения двигательной активности за счет хорошо освоенных способов действий с использованием разных пособий (под музыкальное сопровождение).

Достаточно высокая двигательная активность детей проявляется в **подвижных играх**, которые позволяют формировать ответственность за выполнение правил и достижение определенного результата. Дети берутся за выполнение любой двигательной задачи, но часто не соразмеряют свои силы, не учитывают реальные возможности. Для большинства детей 4–5 лет характерно недостаточно четкое и правильное выполнение двигательных заданий, что обусловлено неустойчивостью волевых усилий по преодолению трудностей. Внимание детей приобретает все более устойчивый характер, совершенствуется зрительное, слуховое, осязательное восприятие. Они уже способны различать **разные виды движений**, представляют себе их смысл, назначение, овладевают умением выделять наиболее существенные элементы, выполнять их в соответствии с образцом. Это дает возможность педагогу приступать к процессу обучения технике основных видов движений. Происходит развертывание разных видов детской деятельности, что способствует значительному увеличению **двигательной активности** детей в течение дня (по данным шагометрии, от 11 до 13 тысяч движений). На занятиях по физическому развитию разного типа показатели двигательной активности детей 4–5 лет могут колебаться от 1100 до 1700 движений в зависимости от состояния здоровья, функциональных и двигательных возможностей.

### **Старший дошкольный возраст (от 5 до 6 лет)**

На шестом году жизни совершенствуется физическое развитие детей: стабилизируются физиологические функции и процессы, укрепляется нервная система. По данным ВОЗ, средние антропометрические показатели к шести годам следующие: мальчики весят 20,9 кг при росте 115,5 см, вес девочек составляет 20,2 кг при росте 114,7 см. При этом главный показатель нормы — комфорт и хорошее самочувствие ребенка. Детям 5–6 лет свойственна высокая потребность в **движениях**. Двигательная активность становится все более целенаправленной, зависимой от эмоционального состояния и мотивов деятельности. Дети овладевают сложными видами движений и различными способами их выполнения, а также некоторыми элементами техники. Во время **ходьбы** у

большинства детей наблюдаются согласованные движения рук и ног, уверенный широкий шаг и хорошая ориентировка в пространстве. **Бег** пятилетнего ребенка отличается хорошей координацией движений, прямолинейностью, возрастающей равномерностью и стремительностью. К шести годам бег становится правильным: поза непринужденная, голова приподнята, плечи не разворачиваются, движения рук и ног хорошо согласованы. Дети уже владеют разными способами бега. Дошкольники 5–6 лет упражняются в разных видах **прыжков** (в длину с места, в высоту и в длину с разбега, вверх). Значительно улучшается согласованность и энергичность движений рук и ног при отталкивании, увеличивается фаза полета и дальность прыжка. Старшие дошкольники владеют всеми способами **катания, бросания и ловли, метания** в цель и вдаль. Значительно улучшаются навыки владения мячом: свободно его бросают и ловят, передают и перебрасывают друг другу двумя руками, снизу, от груди, сверху, а также двумя руками с отскоком от земли. У детей совершенствуются навыки ведения мяча правой и левой рукой. На шестом году жизни значительно улучшаются показатели **ловкости**. Дети овладевают более сложными координационными движениями (прыжки на батуте, ходьба и бег по наклонным бумам), быстро приспосабливаются к изменяющимся ситуациям, сохраняют устойчивое положение тела в различных вариантах игр и упражнений. Объем **двигательной активности** детей 5–6 лет за время пребывания в детском саду (с 7.00 до 19.00 часов) колеблется от 13000 до 14500 движений (по шагомеру). Продолжительность двигательной активности детей составляет в среднем 4 часа, интенсивность достигает 50 движений в минуту.

#### **Подготовительная к школе группа (от 6 до 7 лет)**

На седьмом году жизни происходит дальнейшее развитие детского организма: стабилизируются все физиологические функции и процессы, совершенствуется нервная система, повышается двигательная культура. По данным ВОЗ, средние антропометрические показатели к семи годам следующие: мальчики весят 23,0 кг при росте 121,7 см, а девочки весят 22,7 кг при росте 121,6 см. При этом главный показатель нормы — комфорт и хорошее самочувствие ребенка. **Движения** детей 6–7 лет становятся все более осмысленными, мотивированными и целенаправленными. Старшие дошкольники осознанно упражняются в различных действиях, пытаются ставить двигательную задачу, выбирая разные способы ее решения. В процессе выполнения двигательных заданий проявляют скоростные, скоростно-силовые качества, гибкость, ловкость и выносливость. К семи годам улучшается гибкость, возрастает амплитуда движений, отмечается высокая подвижность суставов за счет эластичности мышц и связок. Отмечаются **высокие темпы прироста показателей**, характеризующих быстроту движений и времени двигательной реакции, скорости однократных движений, частоты повторяющихся движений. Значителен прирост физической работоспособности и выносливости. Дети способны к продолжительной **двигательной деятельности** низкой и средней интенсивности, готовы к незначительным статичным нагрузкам. На основе

совершенствования разных видов движений и физических качеств у детей происходит преобразование моторной сферы. Им доступно произвольное регулирование двигательной активности, стремление достичь положительного результата, а также осознанное отношение к качеству выполнения упражнений. В результате успешного достижения цели и преодоления трудностей дети способны получать «мышечную радость» и удовлетворение. Им свойствен широкий круг специальных знаний, умений анализировать свои действия, изменять и перестраивать их в зависимости от ситуации и получаемого результата. Все это содействует увеличению двигательной активности детей, проявлению их инициативы, выдержки, настойчивости, решительности и смелости. В то же время у старших дошкольников появляется умение самостоятельно пользоваться приобретенным двигательным опытом в различных условиях (в лесу, в парке, на спортивной площадке) и ситуациях (на прогулке, экскурсии, в путешествии). Объем *двигательной активности* детей 6–7 лет за время пребывания в детском саду (с 7.00 до 19.00 часов) колеблется от 13000 до 15500 движений (по шагомеру). Продолжительность двигательной активности составляет в среднем 4,5 и более часов, интенсивность достигает 65 движений в минуту.

#### ***1.1.4. Общая характеристика особенностей физического и психического развития обучающихся ДОО компенсирующего вида с сахарным диабетом, целиакией, пищевой аллергией, атопическим дерматитом, бронхиальной астмой.***

Обучающиеся дошкольного учреждения компенсирующего вида имеют 2, 3, 4, 5 группы здоровья (5 группа здоровья — это дети инвалиды). Большинство воспитанников с *аллергопатологией*. Это заболевание часто приводит к нарушению равновесия у детей между процессами возбуждения и торможения, появляется повышенная эмоциональность, двигательное беспокойство. Любые, даже незначительные стрессовые ситуации перегружают их нервную систему. Например, признаки *целиакии* самые разные, но в более чем половине случаев преобладают дисфункции желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, газообразование, надутый живот). Дети отстают в физическом развитии (вес уменьшенный, не соответствует норме), слабый мышечный корсет. Проявляется снижение памяти, быстрая утомляемость, дети не переносят физические нагрузки, очень плохо спят и испытывают серьезный синдром «отсутствия чувства отдыха». Среди менее частых, но значительно ухудшающих самочувствие детей симптомов, отмечают: мигрени, задержка развития речи, невроз и неврастения, дефицит массы тела, снижение самооценки. Судорожный синдром, остеопатия, патология щитовидной железы, хронический блефарит и ринит, энурез (неконтролируемое мочеиспускание) и энкопрез (недержание кала, неспособность контролировать акт дефекации).

Основой лечения целиакии и пищевой аллергии является строгое соблюдение диеты, эмоциональное благополучие, отсутствие стрессов, что позволяет при своевременном начале лечения обеспечить нормальное развитие ребенка.

Обучающиеся с *диагнозом сахарный диабет 1 типа* требуют особого внимания и отношения к себе. При данном заболевании существует прямая угроза для жизни

ребенка, который может при несоблюдении инсулинотерапии погибнуть от кетоацидотической комы.

Воспитанники с сахарным диабетом I типа постоянно носят помпу. Инсулиновая помпа Акку-Чек (помповый насос). Этот прибор подаёт инсулин по заданной программе и имитирует работу здоровой поджелудочной железы. Все программы индивидуальны для каждого ребёнка. Крепятся такие помпы в чехле на ремешке на теле ребёнка. Тefлоновой иглой крепится на теле ребёнка и обеспечивает подачу инсулина из помпы по катетеру подкожно. При выполнении физических упражнений, спортивных упражнений, подвижной игры, педагогам необходимо постоянно контролировать, чтобы воспитанники не повредили помпу. Наблюдать за самочувствием детей (от перевозбуждения, от радости, от физической нагрузки, от дополнительной физической нагрузки способствует снижению сахара в крови. Это может стать причиной гипогликемии. может упасть сахар в крови. Психологические особенности детей, страдающих сахарным диабетом, очень нестабильны. Дети бывают агрессивны, тревожны, раздражительны (страхи, фобии), самооценка на средне-зрелом уровне, уровень притязаний низкий, проявляется неуверенность в себе, социальная адаптация затруднена, возникают конфликты из-за частого перепада настроения, могут быть безответственными, эмоциональное состояние не стабильно, снижение уровня общего развития.

Обучающиеся с *симптомами бронхиальной астмы* представляют собой чрезмерную хроническую реакцию на эмоции. Саму эту чрезмерную реакцию обуславливает эмоциональный стимул, который вытесняется в бессознательное, поскольку является, не приемлемым для сознания человека. До обнаружения аллергических феноменов астма считалась главным образом нервным заболеванием. При выполнении физических упражнений с обучающимися с диагнозом бронхиальная астма, необходимо строго дозировать упражнения, следить за самочувствием ребенка, его настроением. При первых признаках: свистящие хрипы, появление одышки, чувства заложенности в груди и кашля, прекратить выполнять задания и вызвать врача. Учитывая, что большинство аллергенов содержатся в воздухе: пыль, пылевые клещи, пыльца и т.д, помещение физкультурного зала должно быть хорошо проветрено, проведена влажная уборка, вымыт весь спортивный инвентарь, который будет использоваться на занятии. У большинства детей, болеющих бронхиальной астмой, имеются отклонения в физическом развитии. Они имеют более низкие показатели роста, и бывает более высокие показатели массы тела. Имеется склонность к ожирению.

У обучающиеся с *атопическим дерматитом* заболевание развивается у лиц с генетической предрасположенностью к атопии, имеет рецидивирующее течение. Запускают болезнь провоцирующие факторы: инфекционное заболевание, стресс, физическое переутомление и другие чрезмерные нагрузки на организм. При выполнении физических и спортивных упражнений, педагоги следят за тем, чтобы ребенок не утомился, не устал. Так как элементы сыпи проявляются папулами, волдырями, шелушением, мокнущими корочками или язвочками, нельзя допускать соприкосновение поверхности пола, спортивных атрибутов с поверхностью кожи ребенка. Высыпания

могут располагаться на отдельном участке тела или быть обширными. Вид высыпаний и их распространенность зависят от интенсивности воспаления.

Целевые ориентиры физического развития представлены для двух *этапов* развития дошкольников:

- на этапе завершения раннего образования (к 3 годам), в виде примерной характеристики общего развития детей на момент начала освоения Программы;
- на этапе завершения дошкольного образования (к 7 годам), в виде планируемых результатов освоения Программы (*таблица 1*).

Целевые ориентиры помогут определить, в каком направлении вести физическое развитие детей, как спроектировать индивидуальный образовательный маршрут для каждого ребенка.

## 1.2. Планируемые результаты

1. Сохранение и укрепление здоровья и физической культуры дошкольников, валеологическая компетентность детей и взрослых;
2. Снижение уровня заболеваемости через проведение оздоровительных мероприятий и процедур;
3. Создание условий и гипоаллергенной среды в ДООУ для воспитанников;
4. Преимущество в работе детского сада и школы по созданию условий для полноценного воспитания и обучения детей с ограниченными возможностями здоровья;
5. Развитие самоконтроля у детей по отношению к здоровому образу жизни, через осознание своего поведения;
6. Разработка гипоаллергенного меню;
7. Взаимодействие семьи и детского сада в процессе сохранения и укрепления здоровья детей дошкольного возраста;
8. Наступление стойкой ремиссии у обучающихся.

### *Целевые ориентиры физического развития дошкольников*

*Таблица №1*

<b>Целевые ориентиры на этапе завершения раннего образования</b>	<b>Целевые ориентиры на этапе завершения дошкольного образования</b>
Ребенок интересуется окружающими предметами и активно действует с ними; эмоционально вовлечен в действия с игрушками и другими предметами,	У ребенка развита крупная и мелкая моторика, подвижен, вынослив, владеет основными движениями; Имеет представление о ценности здоровья;

<p>стремится проявлять настойчивость в достижении результата своих действий.</p> <p>Ребенок владеет простейшими навыками самообслуживания; стремится проявлять самостоятельность в бытовом и игровом поведении.</p> <p>Ребенок стремится к общению с взрослыми и активно подражает им в движениях и действиях; появляются игры, в которых ребенок воспроизводит действия взрослого.</p> <p>Ребенок проявляет интерес к сверстникам; наблюдает за их действиями и подражает им.</p> <p>Ребенок стремится двигаться под музыку; эмоционально откликается на различные произведения культуры и искусства.</p> <p>У ребенка развита крупная моторика, он стремится осваивать различные виды движения (бег, лазание, перешагивание и пр.)</p>	<p>сформировано желание вести ЗОЖ. Ребенок имеет представление о том, что утренняя зарядка, игры, физические упражнения вызывают хорошее настроение; с помощью сна восстанавливаются силы.</p> <p>Ребенок знаком с упражнениями, укрепляющими различные органы и системы организма; имеет представление о необходимости закаливания.</p> <p>У ребенка наблюдается повышение выносливости к осуществлению динамической работы за счет упорядочения характера мышечной активности.</p> <p>У ребенка повышаются способности к предварительному программированию как пространственных, так и временных параметров движения; после выполнения движений ребенок способен самостоятельно подключиться к анализу полученных результатов и установлению необходимых корректировок.</p> <p>Ребенок при соответствующих условиях может быстро достигать высокого результата в точности выполнения сложных движений.</p> <p>Ребенок может создавать условия для двигательной деятельности непосредственно в образовательной деятельности (<i>далее — НОД</i>) и в повседневной жизни, организовывать не только собственную двигательную активность, но и подвижные игры, физические упражнения со своими сверстниками, с более младшими дошкольниками. На основе приобретенного опыта и знаний детям становится доступным проведение утренней гимнастики со всей группой детей, творческое включение двигательных действий в сюжетно-ролевые игры.</p>
--	--

	Ребенок умеет выполнять движения в соответствии со средствами музыкальной выразительности; дети могут создавать разнообразные вариации движений в зависимости от выбранного образа.
--	---

## 2. Содержательный раздел

### Условия реализации программы

Условия реализации Программы соответствуют требованиям определяемым санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами. Средства обучения и воспитания соответствуют возрастным и индивидуальным особенностям развития детей.

- 1) Диетотерапия, аллергопитание;
- 2) Материально – техническое обеспечение реализации программы;
- 3) Требованиям к кадровым условиям.

#### 2.1. Диетотерапия.

Учреждением разрабатывается меню для каждого диетстола. Питание соответствует показаниям детей диабет группы, аллергостол, безглютеновое питание.

В диабет группе питание детей рассчитывает диет сестра по хлебным единицам. Детям в этом возрасте по нормам полагается в день 12 ХЕ. Во время пребывания в детском саду они получают 8 ХЕ: 3ХЕ на завтрак, 1ХЕ на второй завтрак, 3ХЕ на обед и 1ХЕ на полдник. Согласно этой схеме помощник воспитателя на весах взвешивает еду, медицинская сестра контролирует данный процесс.

(Приложение №7 меню)

#### 2.2. Материально – техническое обеспечение реализации программы

назначение	функциональное использование	площадь	оборудование
Групповые комнаты 12	Игровая, образовательная деятельность, выполнение двигательного режима, оздоровительные и закалывающие мероприятия, утренняя гимнастика.	570,4	Спортивные уголки, спортивные, настольно-печатные игры спортивный инвентарь, пособия и материал для использования здоровьесберегающих технологий, картотеки: подвижных игр, различных видов гимнастики, здоровьесберегающих



			технологий, электронные ресурсы. Материал для ознакомления детей с ЗОЖ.
Раздевалки для воспитанников - 12	Хранение верхней одежды, спортивная одежда и обувь. Информационный уголок для родителей, просвещение родителей по ЗОЖ, консультации специалистов.	227,6	Набор детской мебели, стенды.
Спальная комната - 12	Дневной сон, оздоровительные мероприятия, бодрящая гимнастика после сна.	482,3	Детские кровати, оборудование для проведения оздоровительных мероприятий и бодрящей гимнастики.
Музыкальный зал	Образовательная деятельность по музыкальному развитию. Досуги, праздники, развлечения. Двигательная активность.	75,0	Пианино, проектор, экраны (большой и малый), музыкальный центр, магнитофон, телевизор, наборы народных музыкальных инструментов, фонотека, нотный материал, библиотека методической литературы по всем разделам.
Спортивный зал	Проведение физкультурно-оздоровительной работы, утренней гимнастики, занятий физической культурой, спортивных развлечений, праздников, досугов. Оздоровительные мероприятия. Реализация двигательного режима. Лечебная физкультура.	74,0	Стандартное и нетрадиционное оборудование для проведения занятий физической культурой; ЛФК, музыкальный центр, ИКТ.
Медицинский блок	Анализ заболеваемости детей. Осмотр детей врачом-педиатром, врачами-специалистами. Прививки. Изоляция	47,2	Материал по санитарно-просветительской, лечебно-профилактической работе. Медицинский материал для оказания первой медицинской

	заболевших детей до прихода родителей.		помощи и проведения вакцинации
Пищеблок	Обеспечение горячим питанием, диетология.	69,0	Кухонное оборудование.
Кабинет логопеда	Проведение коррекционных занятий по развитию речи	18	Интерактивная доска, проектор, магнитофон, дидактический и игровой материал для дошкольников, пособия, игрушки, методический материал, детская мебель.
Кабинет психолога	Проведение индивидуальной и подгрупповой работы с дошкольниками по коррекции психолого-педагогической работы.	17,4	Доска, магнитофон, детская мебель, пособия, методические материалы, игры, игрушки.
Кабинет заведующего	Приём родителей и сотрудников, проведение совещаний администрации	18.0	Мебель, компьютер, МФУ, документы. Свободный доступ в Интернет
Методический кабинет.	Индивидуальные, подгрупповые консультирования. Библиотека. Работа творческих групп.	17,4	1 компьютер, 1 МФУ; методический материал по работе с педагогами и воспитанниками, наглядный и раздаточный материал к занятиям, пособия и методическая литература.
Зимний сад	Релаксация, чтение художественной литературы, слушание музыки, тематические беседы.	12,0	Мягкая мебель, магнитофон, зеленые растения, аквариум с рыбками (имитация, искусственный).
Галотерапия (соляная пещера)	Комната с имитацией морского климата: усиливает защитные функции организма, повышает иммунитет, релаксация.	19,5	Аппарат аэрозолевого оздоровления «Аэросольгенератор сом – 02»  Детские кресла, музыкальный центр, картинки сказочных сюжетов с цветной подсветкой

Процедурный кабинет в диабет группе	Инсулиноterapia	10,0	Мебель, холодильник, умывальник.
-------------------------------------	-----------------	------	----------------------------------

### ***Процедурный кабинет в диабет группе***

Для детей с диагнозом сахарный диабет 1 типа созданы специальные условия в группе. В режиме дня (приложение №4) отводится время для проведения медицинских процедур (инсулиноterapia) по 15-20 минут 4 раза в день. В группе оборудован процедурный кабинет, который соответствует всем требованиям СанПиНа. Здесь проводится процедура забора крови на определение уровня сахара, введения инсулина посредством инсулиновой помпы. Глюкометры, которые дети приносят каждый день, обрабатываются и хранятся в процедурном кабинете. На каждого ребёнка заведена «тревожная коробочка». Там хранятся запасные инфузионные наборы для помпы, батарейки, шприцы. Инсулин хранится в холодильнике. В процедурном кабинете, в течение дня заполняется лист показаний уровня сахара крови (Приложение № 5). Лист показаний сахара крови вывешивается вместе с меню на доске информации для родителей.

### ***2.3. Медицинские и педагогические кадры***

- врач – эндокринолог
- медицинская сестра
- медицинская диетическая сестра
- врач
- медицинская сестра по лечебной физкультуре

Педагогические кадры, работающие с детьми с сахарным диабетом, проходят обучение в «Школе диабета» в городском детском эндокринологическом центре на Суворовском проспекте дом 4. Так же можно пройти обучение в «Школе диабета» на эндокринологическом отделении в детской городской больнице №19 имени К.А. Раухфуса.

Педагоги соответствуют профессиональному стандарту. Имеют педагогическое образование, курсы повышения квалификации, владеют ИКТ.

## **3. Основные направления программы**

1. Профилактическая работа
2. Физкультурно-оздоровительная работа
3. Информационно-просветительская работа

### **3.1.Профилактическая работа.**

- Обеспечение благоприятного течения адаптации ребенка в детском саду.

- Диета, аллергопитание
- Соблюдение режима.
- Создание гипоаллергенной среды
- Соблюдение ортопедического режима
- Вакцинация (проведение плановых профилактических прививок)
- Обеспечение экологической безопасности
- Фитоаэрионизация
- Соляная пещера (галотерапия)
- В теплый период максимальное количество времени пребывания детей на свежем воздухе
- Диспансеризация
- Аэроионотерапия
- Летняя оздоровительная работа

**3.1.1. Для обеспечения благоприятного течения адаптации** у ребенка в детском саду (психосоматические заболевания: психологический фактор выступает пусковым механизмом обострения, увеличения, ускорения аллергических реакций) используется адаптационный и щадящий режимы пребывания в ДОО. Ежедневно заполняется адаптационный лист на каждого вновь поступившего в учреждение ребенка (Приложение №2).

На каждую группу выдаётся заполненный врачом ДОО лист здоровья (Приложение №6), на основании которого проводятся все физкультурно – оздоровительные, профилактические мероприятия, соблюдение ортопедического режима.

В группах педагогами создаются все условия для благоприятной адаптации ребенка. Благополучное адаптационное поведение ребенка может стать одним из важных факторов снижения тяжести аллергических симптомов, а также снижение подверженности психологическим расстройствам, связанным с заболеванием. В связи с этим важно изучить особенности ребенка, его интересы, потребности.

**3.1.2. Организация питания** детям с аллергическими заболеваниями (приложение №1 – меню)

Режим питания является важной составляющей комплексного лечения аллергических заболеваний. Правильно подобранная и организованная диета позволяет быстрее миновать обострение заболевание и способствует более длительному сохранению ремиссии. Вклад диеты в комплексную терапию аллергических заболеваний, различен и зависит от особенностей сенсibilизации и действующих триггерных факторов. В целом оправдали себя следующие диетологические подходы:

При наличии *пищевой аллергии* элиминация причинно-значимого аллергена фактически является этиотропной терапией и определяет успех всего лечения. Соответственно, у этой категории больных элиминационная диета является основой комплексной терапии. Для детей с аллергией к белкам коровьего молока должна

использоваться гипоаллергенная безмолочная диета, для детей с аллергией к глютену – гипоаллергенная безглютеновая диета.

*Целиакия* является заболеванием тонкого кишечника, симптомы которого легко спутать с симптомами пищевой аллергии. Точный диагноз можно установить только с помощью биопсии тонкой кишки (взятия на пробу кусочка ткани тонкой кишки и ее микроскопического исследования). Непереносимость галактозы - тяжелое врожденное заболевание, связанное с нарушением обмена веществ, при котором поражаются печень, почки, страдает умственное развитие ребенка и быстро прогрессирует катаракта. (Галактоза - продукт, образующийся в результате расщепления лактозы в организме). Причина возникновения целиакии еще не получила полного научного объяснения, однако известно, что симптомы данного заболевания провоцируются элементами белка определенных сортов зерновых. Непереносимое вещество называется "глютен" и содержится в зернах пшеницы, ржи, овса, ячменя и спельты. Больные дети страдают от диареи, нарушений развития и коликов. При полном исключении содержащих глютен сортов зерновых из питания эти симптомы не проявляются. Но если даже продукты, в состав которых входит зерно в небольших количествах, и не всегда вызывают подобные симптомы, больному целиакией необходимо соблюдать диету на протяжении всей жизни, чтобы предотвратить дальнейшие последствия, опасные для здоровья.

В учреждении разработано специальное безглютеновое меню (Приложение №1)

Формирование рациона при аллергии к глютену.

При наличии аллергии к глютену ребенку должна быть организована безглютеновая диета. При аллергии к глютену исключаются:

- пшеничная и ржаная мука, перловая (ячневая) и овсяная (геркулес) крупы, хлеб белый и черный), выпечка,
- кондитерские и макаронные изделия из пшеничной муки, манная и пшеничная каши;

разрешаются:

- гречневая, рисовая, кукурузная, пшенная крупы и каши;
- сухие завтраки из гречи, риса, кукурузы;
- безглютеновые каши для детского питания промышленного производства,
- блюда из бобовых;
- безглютеновый хлеб и смеси для выпечки, безглютеновые макароны.

*Гипоаллергенная диета* у больных с аллергическими заболеваниями даже при отсутствии пищевой сенсibilизации как таковой способствует уменьшению суммарного действия триггерных факторов, способствующих развитию аллергической симптоматики. Поэтому гипоаллергенная диета может использоваться как базовая диета для детей с аллергическими заболеваниями.

Общий алгоритм диетологического сопровождения

Диагноз *аллергического заболевания и пищевой аллергии* должен быть установлен врачом-аллергологом, он же на основании клинических данных и обследования определяет круг причинно-значимых пищевых аллергенов.

При пищевой аллергии для формирования адекватного рациона необходимо проведение консультации врача-диетолога.

Соблюдение *диеты* должно обязательно сопровождаться мониторингом показателей физического развития ребенка.

#### *Диета при атопическом дерматите и ПА (пищевая аллергия)*

Исключение их питания причинно-значимых продуктов является этиологическим лечением ПА. В случаях легких проявлений ПА и ограниченного количества причинно-значимых белков элиминационная диета может применяться в качестве монотерапии. Роль диеты наиболее значима при атопическом дерматите (АтД), обусловленном пищевой аллергией, а также для пациентов с пыльцевой сенсibilизацией. Среди детей со среднетяжелым и тяжелым АтД частота пищевой аллергии составляет 37–50%. Еще выше она у детей с АтД раннего и младенческого возраста, у которых основными пищевыми аллергенами являются белки коровьего молока (БКМ) и куриного яйца. При пищевой аллергии элиминационная диетотерапия является основой комплексного лечения. Однако даже при отсутствии пищевой сенсibilизации и клинических реакций на пищу, гипоаллергенная диета у больных с АтД способствует уменьшению суммарного действия триггерных факторов, способствующих обострению кожного процесса.

Некоторые продукты могут содержать в своем составе так называемый «скрытый» глютен – то есть глютен, внесенный в состав продукта в соответствии с технологией для придания ему определенных свойств.

На этапе лечебной диеты из питания больных помимо продуктов с доказанной причинной значимостью исключаются также продукты, дающие перекрестно-аллергические реакции

Поскольку пища может содержать вещества, являющиеся триггерными факторами, способными усилить проявления АтД, ребенку формируется гипоаллергенный рацион. Поэтому на этапе выраженных клинических проявлений из питания исключаются не только причинно-значимые аллергены и продукты, дающие перекрестные реакции, но и ряд продуктов, способных неспецифическим образом внести свой вклад в общую клиническую картину и усиление зуда:

- продуктов, обладающих высокой сенсibilизирующей активностью или свойствами гистаминолибераторов, а также содержащих в своем составе большое количество гистамина и/или других биогенных аминов (яйцо, рыба, морепродукты, арахис, орехи, цитрусовые, тропические фрукты, клубника, малина, шоколад, квашеная капуста и др.)
- продуктов и блюд, содержащих экстрактивные вещества, пуриновые основания и обладающих свойствами неспецифических раздражителей ЖКТ (рыбные, мясные и грибные бульоны, все субпродукты, копчености, специи, маринованные овощи, лук, чеснок)
- продуктов, имеющих в своем составе искусственные пищевые добавки.

Неспецифические «ложноаллергические» реакции способны вызывать также ярко-окрашенные овощи и фрукты.

Поскольку в ряде случаев денатурация белка в процессе нагревания продукта приводит к тому, что белок снижает свою аллергенность. Поэтому в клинической практике часто встречаются случаи, когда фруктовые и овощные пюре, подвергшиеся высокотемпературной обработке, переносятся ребенком лучше, чем сырые фрукты или овощи.

Эффект от правильно подобранной и полностью выполненной элиминационной диеты является методом неинвазивной диагностики и позволяет достаточно быстро подтвердить или опровергнуть диагноз. Для детей с множественной пищевой аллергией чрезвычайно актуально ведение пищевого дневника.

Состав рациона должен быть откорректирован за счет переносимых продуктов, при необходимости длительной безмолочной диеты проводится курсовое назначение препаратов кальция. В качестве основы элиминационного рациона для детей старше года разработана неспецифическая гипоаллергенная диета №5 ГА (Организация лечебного питания детей в стационарах (пособие для врачей) / Под ред. А.А.Баранова, К.С.Ладодо. 2001 г.). Рекомендации по использованию различных продуктов и блюд в гипоаллергенной диете представлены в приложении 1.

Длительность диеты определяется в каждом конкретном случае исходя из особенностей клинического течения АтД, характера сенсibilизации, выраженности клинических реакций на пищу. При достижении полной или даже частичной ремиссии АтД питание должно по возможности постепенно расширяться за счет ранее исключенных продуктов и блюд. Однако следует отметить, что выявленные причинно-значимые аллергены, продукты, относящиеся к высоко аллергенным, а также продукты-гистаминолибераторы (см.выше) могут не вводиться в рацион в течение продолжительного времени, при этом длительность элиминации всегда определяется индивидуально.

Расширение рациона у детей с ПА

Расширение рациона детям с ПА проводят в соответствии с рекомендациями врача-аллерголога в соответствии со следующими принципами:

1.Каждый новый продукт вводят в питание ребенка постепенно, на адаптацию к нему дается 1-2 недели.

2. Используют только монокомпонентные продукты. Каждый новый продукт вводится в рацион поочередно.

3. Новый продукт впервые включается в рацион ребенка в количестве не более 5 мл (г), предпочтительно в утренние часы, чтобы иметь возможность в течение дня оценить его переносимость (появление или усиление кожных высыпаний, изменение характера стула и т.п.). В случае отсутствия аллергической реакции объем нового продукта ежедневно увеличивает на 10 – 30 г до достижения возрастного объема блюда в течение 5 - 7 дней.

- диета для детей болеющих сахарным диабетом. В учреждении строго **соблюдается диетотерапия, аллергопитание**. Медицинской диетической сестрой разработано специальное меню (Приложение№1) для:

- Групп с сахарным диабетом
- Для детей с пищевой аллергией
- Для детей с целиакией (безглютеновое питание) Диета, аллергопитание Меню для детей раннего возраста

**3.1.3. Соблюдение режима.** Все режимы (на холодный и теплый периоды, щадящий, адаптационный, режим на карантин, режим для диабет группы – Приложение № 6) построены с соблюдением «Санитарно - эпидемиологических правил и нормативов» (СанПиН 2.4.1.3049-13).

**3.1.4. Создание гипоаллергенной среды** является одной из главных задач учреждения. Учитывая, что обучающиеся большую часть своего времени проводят в дошкольном учреждении. Гипоаллергенная среда, созданная в ДООУ, предполагает наличие благоприятного воздушно-температурного режима, чистота помещений и оборудования, отсутствие растений, которые неприемлемы для детей – аллергиков (с сильным запахом, обильной пылью), отсутствие аквариумов с рыбками, животных, мягких игрушек из натуральных материалов и пр.). В помещениях применяются увлажнители воздуха, регулярно выполняется влажная уборка и проветривание по графику. Покрытия имеются в наличии только с гипоаллергенными свойствами. Учреждение закупает коврики пазлы - мягкий конструктор. Мягкий пол легко собирается. Не накапливает в себе то, что копит ковровый. Не впитывает влагу. Легко моется домашними чистящими средствами.

В спальнях комнатах используются подушки и тёплые одеяла с искусственными гипоаллергенными наполнителями. Они актуальны для детей, страдающих астмой и аллергией. Материалы и наполнители для них произведены из синтетических компонентов (полиэстер, тинсулейт, экофайбер). Их достоинства: высокая степень воздушности; оптимальный режим влажности; способность выдерживать частые стирки без потери свойств.

**3.1.5. Соблюдение ортопедического режима.** Мебель подбирается в каждой группе и в кабинетах специалистов в соответствии с ростом воспитанников, показатели берутся из карты здоровья группы. (по СанПиНу). Учитывая, что большинство детей имеет диагноз вальгусные стопы, необходима специальная ортопедическая обувь. Педагоги и специалисты на занятиях ЛФК, физкультурных занятиях и в группе, во время физкультурных минуток, в индивидуальной работе выполняют упражнения на коррекцию стопы по рекомендациям медицинской сестры лечебной физкультуры. Разработана специальная подборка упражнений (Приложение №8).

**3.1.6. Вакцинация** (проведение плановых профилактических прививок) проводится в медицинском кабинете медицинской сестрой по плану (с разрешения родителей, законных представителей). Это необходимая профилактическая процедура, вакцины стимулируют ответ иммунной системы. Иммунная система борется с «инфекцией» и запоминает микроорганизм, который ее вызвал. При этом, если микроб попадает вновь, организм ребенка эффективно с ним борется.

**3.1.7 Обеспечение экологической безопасности.** На все поступления (продукты и промышленные товары) имеется сертификат соответствия. Он является официальным документом, который подтверждает соответствие сертифицируемого товара необходимым требованиям качества и безопасности.



Так же, в учреждении установлены фильтры – очистители для воды с посеребрением.

Учреждение расположено в спальном районе, окружено домами, которые закрывают его от проезжей части. На территории высажено множество деревьев и кустарников, садовых цветов. На каждой площадке группы детского сада расположены удобные беседки, которые закрывают детей от дождя, ветра, солнца. Режим пребывания детей на солнце строго контролируется медицинскими работниками,

Наше учреждение расположено в экологически безопасной, зеленой зоне Приморского района. С восточной стороны находится Удельный парк. С юго- западной стороны расположены массивы Юнтоловского заповедника и чуть далее парк ЦПКиО. Рядом в районе нет ни одного промышленного предприятия, комбината или свалки. На проспекте Королева расположена автоматическая станция контроля качества атмосферного воздуха.

**3.1.8. Фитоаэризация.** В группах используются соляные лампы для профилактики бронхита, бронхиальной астмы, пневмонии. Помимо этого, соляная лампа благотворно влияет на здоровье: укрепляет иммунитет и повышает жизненный тонус, гармонизирует психику, повышает сопротивляемость организма к различным заболеваниям, весьма полезна в борьбе со стрессами, нервными потрясениями. Рекомендуют использование соляных ламп и для общего укрепления организма, при заболеваниях бронхиальной астмой и другими заболеваниями органов дыхания, для нормализации кровяного давления, для людей генетически предрасположенных к различным формам аллергии и кожным заболеваниям. Кроме того, соляная лампа обладает рядом других качеств: способствует спокойному сну у детей; уменьшает влияние электромагнитных полей, излучаемых компьютером и другими бытовыми приборами; снимает усталость; способствует расслаблению и восстанавливает душевное спокойствие; в местах повышенной влажности предотвращает появление плесени; устраняет неприятные запахи. Кристаллическая соль значительно помогает в лечении многих болезней.

В медицинском кабинете находятся переносные бактерицидные напольные лампы для обработки помещений от воздушно- капельной инфекции. Они переносятся в группы для обработки помещений в целях профилактики и во время карантина.

**3.1.9.** В учреждении осуществляется *галотерапия* по показаниям врачей (**Соляная пещера**). Воздух в соляных пещерах насыщен природной солью, и он воздействует на весь человеческий организм, сочетая в себе сразу несколько факторов влияния, не используются медикаментозные средства, и все действия направлены на стимуляцию защитных сил организма на быстро меняющиеся условия внешней среды.

Проникая глубоко в дыхательную систему ребенка, частички соли наводят там порядок: снимают отечность, помогают легким и бронхам удалять вредные продукты, которыми дети дышат в городе. Соль впитывает в себя излишки влаги, скапливающейся в дыхательных путях, что помогает страдающим астмой.

Лечебные свойства: прежде всего, это асептический воздух, насыщенный аэрозолями и аэронами, имеющий постоянные параметры температурно-влажностных

режимов. Галотерапия помогает воспитанникам ДООУ, страдающим заболеваниями верхних дыхательных путей, для лечения бронхитов, астмы. С помощью галотерапии лечатся также аллергические заболевания, полинозы, вазомоторные риниты, синуситы, фарингиты и так далее. Два раза в год дошкольники ДООУ проходят курс галотерапии под руководством медицинских работников.

**3.1.10. Аэроионотерапия** использует с лечебной целью отрицательно заряженные ионы газовых молекул воздуха. Метод способствует активизации метаболизма и местной защиты биологических тканей, стабилизирует процессы вегетативной регуляции, оказывает антистрессорное воздействие, благоприятно действует на слизистые оболочки дыхательной системы, восстанавливает функциональную активность мерцательного эпителия и совершенствует процессы саногенеза. Лечебные эффекты отрицательных аэроионов реализуются как кожно-висцеральными рефлексамии путем образования в коже биологически активных веществ, регулирующих вегетативное обеспечение деятельности внутренних органов и оптимизирующих процессы высшей нервной деятельности, так и путем их непосредственного воздействия на респираторный тракт, активацией антиоксидантной системы.

Предпочтение отдается биоуправляемой аэроионотерапии, использующей направленный поток легких отрицательных ионов воздуха с возможностью дозирования и контроля заданных параметров, что особенно актуально у детей младшего возраста.

Назначается с 2-х лет.

Применяется с целью профилактики; с лечебно-профилактической целью в период регресса катаральных симптомов ОРИ, у детей с хроническими болезнями ЛОР-органов в период регресса симптомов обострения болезни.

### **3.1.11. Летняя оздоровительная работа**

План летней оздоровительной работы составляется ежегодно.

## **3.2. Физкультурно - оздоровительная работа.**

1. Лечебная физкультура
2. Физкультурные занятия
3. Двигательный режим
4. Бодрящая гимнастика после сна
5. Закаливания (таблица №2)
6. Музыкальные занятия и ритмопластика
7. Утренняя гимнастика (музыкальное сопровождение) в группе, в музыкальном и физкультурном зале
8. Использование здоровьесберегающих технологий.
9. Физкультминутки
10. Прогулки: дневная; вечерняя.
11. Упражнения на профилактику плоскостопия (Приложение №8) + индивидуальная работа.

**3.2.1. Лечебная физкультура** (ЛФК) является одним из важнейших мероприятий в комплексной терапии работы с детьми. Лечебная физкультура даже при наличии самых современных методов лечения остается незаменимой. Помимо психо-терапевтического действия, лечебная гимнастика оказывает мощное *положительное влияние* на все компоненты патологического процесса.

Особенно заметно действие регулярных занятий на нервную систему ребенка: восстанавливаются нормальные взаимоотношения между всеми ее отделами. Происходит снижение чувствительности организма ребенка ко всякого рода раздражителям, снижается *аллергическая настроенность* и повышается общая сопротивляемость организма. Нормализуется работа всех органов и систем, вовлеченных в заболевание (сердечно-сосудистая система, органы пищеварения, эндокринная система), восстанавливаются обменные процессы. Сон и аппетит заметно улучшаются. Ребенок становится более бодрым, спокойным и жизнерадостным.

При болезнях обмена веществ – это *сахарный диабет*, ожирение, гипотрофия и рахит, применение лечебной физкультуры при этих заболеваниях связано с трофическим действием, в основе которого лежат тонкие изменения окислительно - восстановительных процессов тканей под влиянием мышечной работы.

При болезнях *органов пищеварения* - это желудочно-кишечные заболевания неинфекционного происхождения – целиакия, дискенизии, диспепсии и другие задачи лечебной гимнастики сводятся к уменьшению и ликвидации имеющихся воспалительных изменений, улучшению трофики ЖКТ, улучшению и нормализации секреторной и моторной функций для ускорения процессов и создает благоприятные условия для работы ЖКТ. Используются упражнения общеукрепляющие, для всех мышечных групп, специальные (дыхательные, для мышц брюшного пресса).

*Болезни дыхательной системы* занимают одно из ведущих мест в патологии детского возраста. Это связано с резервной недостаточностью, нестойкостью физиологических приспособительных механизмов функциональной системы дыхания. От правильного дыхания во многом зависит здоровье человека, его физическая и умственная деятельность. Для того чтобы правильно дышать, нужно научиться управлять дыхательными мышцами, всячески их развивать. Общеразвивающие упражнения являются прекрасным средством для развития органов дыхания, так как в каждый комплекс входят упражнения, укрепляющие основную дыхательную мышцу (диафрагму), межреберные мышцы, мышцы брюшного пресса, содействующие более глубокому дыханию. Но у детей дошкольного возраста дыхательные мышцы еще слабы, поэтому необходимы специальные дыхательные упражнения. Точечный массаж – элементарный прием самопомощи своему организму. Использование практически апробированных и разрешенных методик нетрадиционного оздоровления детей с функциональными отклонениями в здоровье, создают благоприятные условия для дальнейшей физической деятельности, положительный эмоциональный настрой. Для работы с детьми была разработана система дыхательных упражнений на год (Приложение №3.6.)

Лечебная физкультура представляет собой очень действенный и важный метод для реабилитации, лечения и профилактики остеохондроза позвоночника. С помощью ЛФК можно предотвратить развитие и значительно снизить интенсивность проявления различных заболеваний позвоночника и суставов. Физическая активность является залогом здоровой жизни. Лечебная физкультура решает сразу несколько задач - устраняет болевой синдром и восстанавливает физическую активность. Регулярные физические упражнения, а особенно лечебная физкультура укрепляет мышцы, улучшает крово- и лимфообращение, вырабатывает компенсаторные приспособительные механизмы, которые направляются на восстановление нарушенного заболеванием физиологического равновесия в опорно-двигательной системе, в работе всего организма детей.

Каждый ребенок с раннего возраста должен быть знаком с массажным мячиком су-джок, который используется в профилактических и коррекционных целях, предназначен для массажа рефлексотерапии в работе с детьми любого возраста.

Массажный мячик – это уникальная тактильная гимнастика, которая оказывает тотальное воздействие на кору головного мозга, что предохраняет ее зоны от переутомления, равномерно распределяя нагрузку на мозг.

Массажные мячи применяют в игровых методах (сказки, стихи, разминки, игры и т.д.). В процессе игровой деятельности у детей развивается мелкая моторика рук и происходит массаж пальцев за счет негладкой, пупырчатой поверхности мячей, которая прекрасно подходит для проработки стопы и ладоней. Такой массаж оказывает благотворное влияние на весь организм ребенка. Медицинской сестрой ЛФК была разработана для педагогов ДОУ система работы с детьми дошкольного возраста по возрастам «Упражнения с использованием массажных мячиков «Су-джок» (Приложение №3.2).

**3.2.2. Физкультурные занятия** проводятся инструктором по физической культуре во всех группах, 3 раза в неделю (2 занятия физической культурой, 1 занятие лечебной физкультурой). Физическая культура занимает одно из ведущих мест в физкультурно – оздоровительной работе детского сада.

Физические упражнения способствуют развитию у детей умственных способностей, восприятия, мышления, внимания, пространственных и временных представлений. При выполнении движений обогащается эмоциональное состояние детей. Они испытывают чувство радости, подъёма от проявленной при овладении двигательными действиями энергии, от раскованности и свободы их выполнения. Потребность в двигательной активности у детей дошкольного возраста очень велика. Ограничение активности в этот период может привести к задержке психического и речевого развития ребенка.

В настоящее время значительно ухудшается состояние здоровья детей. Появляется все больше детей с частыми простудными заболеваниями, лишним весом, нарушениям осанки и другими хроническими заболеваниями. Причин сложившейся ситуации множество, но одна из основных – малоподвижный образ жизни - гиподинамия. На физкультурных занятиях дети получают возможность движения.

Инструктор по физической культуре использует в своей работе здоровьесберегающие технологии. Используются технологии сохранения и стимулирования здоровья; технологии обучения здоровому образу жизни; коррекционные технологии.

Дошкольники, имеющие 3,4,5 группы здоровья имеют достаточно большие медицинские ограничения по физической культуре.

1. Сокращено время бега на выносливость
2. Упражнения в статическом положении даются строго дозированно
3. Из программы исключено обучение прыжкам в длину с разбега и заменено вариативной частью программы- фитбол-гимнастикой
4. Прыжки в высоту с разбега даются на высоту не более 40 см
5. 50% всех комплексов ОРУ на занятиях во всех группах проводится в виде ритмической гимнастики
6. 30 % Вводной части занятий (ходьба, бег) проводится в виде ритмических композиций
7. Увеличено количество упражнений прикладного характера
8. Для детей, посещающих группу с инсулиновой зависимостью, составлен индивидуальный график физкультурных занятий, учитывающий медицинские мероприятия, проводимые в режиме дня.
9. Во всех возрастных группах на занятиях широко применяются современные оздоровительные здоровьесберегающие технологии.

(Приложение №3.7.)

### **3.2.3. Двигательный режим (Приложение №7)**

#### **3.2.4. Бодрящая гимнастика после сна.**

Цель использования бодрящей зарядки: создание условий для поднятия настроения и мышечного тонуса детей дошкольного возраста, активизации двигательной деятельности.

Бодрящая гимнастика помогает поднять настроение и мышечный тонус детей с помощью контрастно – воздушных ванн и физических упражнений.

Воспитывать положительно – эмоциональный настрой на процесс пробуждения после сна. Развивает у детей двигательное воображение, формирование осмысленной моторики.

Бодрящую гимнастику проводят в любое время года от 5 до 15 минут, в зависимости от возраста. Лучше всего эти упражнения выполнять после дневного сна из положения лёжа и сидя в постели, при этом необходимо следить, чтобы дети не задерживали дыхание. У детей дошкольного возраста дыхательные мышцы ещё слабые, поэтому дыхательные упражнения им очень полезны. Они способствуют полноценному физическому развитию, являются профилактикой заболеваний дыхательной системы. Детям старших групп дошкольного возраста необходимо проводить бодрящую гимнастику с элементами точечного массажа и самомассажа. После выполнения бодрящей гимнастики в постели, дети встают, выполняют различные движения: ходьба

по дорожке здоровья (массажные коврики) на которых можно походить и потопать, потоптаться на месте, перепрыгнуть через него.

### 3.2.5. Закаливания (таблица №2)

**Закаливание** — комплекс методов целенаправленного повышения функциональных резервов организма и его устойчивости к неблагоприятному действию физических факторов окружающей среды (пониженной или повышенной температуры воздуха, воды, пониженного атмосферного давления и др.) путем систематического тренирующего дозированного воздействия этими факторами.

Таблица №2

1.	Контрастные воздушные ванны	Групповое помещение и спортивный зал	После дневного сна, на физкультурных занятиях
2.	Ходьба босиком		После сна, на занятии в физкультурном зале
3.	Облегченная одежда детей.	Групповое помещение	В течение дня
4.	Мытье рук, лица прохладной водой	Туалетная комната	В течение дня
5	Тропа здоровья (ходьба по различным массажным коврикам, по соляной дорожке)	Спальня	После сна
6	Игровой самомассаж	Спальня	После сна
7	Бодрая гимнастика	Спальня	После сна
8	Сон с открытой форточкой (в теплое время года); проветривание спальни перед сном детей (закрываются за 10 минут до отхода ко сну детей)	Спальня	Во время обеда детей

### 3.2.6. Музыкальные занятия и ритмопластика

В учреждении работают музыкальные руководители, которые проводят музыкальные занятия с детьми, ритмопластику, праздники и досуги. Музыкальное развитие оказывает ничем не заменимое воздействие на общее развитие: формируется эмоциональная сфера, музыка успокаивает. Педагоги в своей работе часто используют музыкотерапию. На музыкальных занятиях совершенствуется мышление, речь

ребенка, воспитывается чуткость к красоте в искусстве и жизни. Развиваются музыкально - ритмические движения, происходит развитие навыков танцевальных движений. Двигательная активность проявляется у детей во время танцев, хороводов, музыкальных игр. В работе с детьми используется ритмопластика, в основе которой лежит овладение детьми свободой движения под музыку. Детям предлагается освоить все возможное разнообразие пластических средств: это и основные, общеразвивающие движения, разнообразные жесты, танцевальные движения и т.д. Некоторые композиции предлагаются детям как этюды, другие – как образно-игровые и ритмические танцы. В отличие от традиционных занятий хореографией, ритмической гимнастикой и другими видами музыкальных движений, основная цель «ритмопластики» – это психологическое раскрепощение каждого ребенка, которое возможно при условии уверенности его в своих силах, освоении собственного тела как выразительного «инструмента». Основная цель музыкальных занятий – ведение дошкольников в мир музыки с улыбкой и радостью, психологическое раскрепощение. Одна из форм активного отдыха для снятия напряжения после продолжительной работы сидя – это логоритмика. А так же, коррекция речевых нарушений, фонематического слуха, темпа и ритма дыхания. *Логоритмика* – кратковременные физические упражнения на основе сочетания музыки, движения и слова. (Приложение №3.4).

**3.2.7. Утренняя гимнастика** – это комплекс упражнений, который настраивает, заряжает весь организм человека положительной энергией и бодростью на весь предстоящий день в целом. Она не только помогает проснуться, но и выполняет ещё несколько важных функций:

увеличивает кровоток и лимфоток;

повышает тонус;

снимает вялость после долгого сна;

ускоряет внутриклеточный метаболизм;

активизирует работу мозга, это положительно влияет на мыслительные процессы и концентрацию внимания;

тренирует выносливость;

тренирует вестибулярный аппарат.

Помимо этого, зарядка благотворно влияет на работу внутренних органов и различных систем в организме человека. В первую очередь выигрывает сердечно сосудистая система – при регулярном выполнении утренней зарядки ваше сердце будет стучать медленнее на 10 ударов в минуту.

### **3.2.8. Использование здоровьесберегающих технологий.**

Здоровьесберегающие технологии в дошкольном образовании – это технологии, направленные на решение приоритетной задачи современного дошкольного образования - задачи сохранения, поддержания и обогащения здоровья субъектов педагогического процесса в детском саду. Это система мер, включающая взаимосвязь и взаимодействие всех факторов образовательной среды, направленных на сохранение здоровья ребенка на всех этапах его обучения и развития. В концепции дошкольного образования

предусмотрено не только сохранение, но и активное формирование здорового образа жизни и здоровья воспитанников.

Современные здоровьесберегающие технологии используемые в системе дошкольного образования отражают две линии оздоровительно-развивающей работы:

1. приобщение детей к физической культуре
2. использование развивающих форм оздоровительной работы.

В настоящее время в ДОУ реализуются следующие здоровьесберегающие технологии:

1. Сохранения и стимулирования здоровья (ритмопластика, динамические паузы, (минутки), релаксация, подвижные и спортивные игры);
2. Эстетической направленности (гимнастика: пальчиковая, язычковая, для глаз, дыхательная, бодрящая, корректирующая, ортопедическая);
3. Обучения здоровому образу жизни (физкультурное занятие, проблемно-игровые (игротренинги и игротерапия), коммуникативные игры, занятия из серии «здоровье», самомассаж, точечный самомассаж, утренняя и бодрящая гимнастика);
4. Коррекционные (арттерапия, музыкотерапия, сказкотерапия, технологии воздействия цветом, технологии коррекции поведения, психогимнастика, фонетическая ритмика, песочная терапия).
  - Кинезиологические упражнения (Приложение №3.1)
  - Песочная терапия (Приложение 3.3)
  - Гимнастика для глаз (Приложение 3.5)
  - Дыхательная гимнастика (Приложение 3.6)

**3.2.9. Физкультминутки.** Цель проведения- профилактика утомления, нарушения осанки, зрения и психоэмоциональная разрядка. Она обеспечивает организму активный отдых. Физкультминутки проводятся во время непрерывной образовательной деятельности и в совместной деятельности.

Классификация физминуток:

Оздоровительные (пальчиковая гимнастика, артикуляционная гимнастика, для глаз, ритмические движения);

Двигательно –речевые (речь с движением, артикуляционная гимнастика, дыхательная гимнастика);

Физкультурно –спортивные (спортивные игры, общеразвивающие упражнения);

Когнитивные (дидактические игры с движениями, психогимнастика,)

### **3.2.10. Прогулки** (дневная; вечерняя)

Прогулка — это педагогически организованная форма активного отдыха детей на свежем воздухе, целью которой является укрепление здоровья детей, развитие их физических и умственных способностей.

Прогулки проводятся по режиму дня, длительность и время проведения прогулки соответствуют возрасту детей. Они позитивно влияют на здоровье и эмоциональное состояние. С их помощью можно улучшить состояние организма в целом. В первую очередь во время пребывания на свежем воздухе легкие очищаются от аллергенов и



пыли, благодаря этому улучшаются функции верхних дыхательных путей и слизистой носа. Прогулка является надежным средством укрепления здоровья и профилактики утомления. Пребывание на свежем воздухе положительно влияет на обмен веществ, способствует повышению аппетита, усвояемости питательных веществ, особенно белкового компонента пищи. Пребывание детей на свежем воздухе имеет большое значение для физического развития. Прогулка является первым и наиболее доступным средством закалывания детского организма. Она способствует повышению его выносливости и устойчивости к неблагоприятным воздействиям внешней среды, особенно к простудным заболеваниям.

Наконец, прогулка — это элемент режима, дающий возможность детям в подвижных играх, трудовых процессах, разнообразных физических упражнениях удовлетворить свои потребности в движении.

### ***3.2.11 Упражнения на профилактику плоскостопия***

Плоскостопие это  
**(Приложение №8)**

## **3.3. Информационно – просветительская работа**

### ***Работа с педагогами***

1. Состояние образовательного процесса и состояния здоровья:

- комплексная оценка состояния здоровья.
- диагностика состояния здоровья.
- диагностика среды жизнедеятельности (образовательная, психологическая, семейная).

2. Разработка комплексной стратегии, направленной на улучшение состояния здоровья детей:

- подготовка и переподготовка квалифицированных специалистов ДООУ;
- разработка и внедрение психологических, педагогических, валеологических и медицинских методов коррекции;
- пропаганда здорового образа жизни (проведение конкурсов, распространение информационной литературы).

### ***Работа с родителями***

Задачи работы с родителями:

- повышение педагогической культуры родителей;
- изучение и распространение положительного опыта семейного воспитания;
- вооружение родителей основами психолого-педагогических знаний через психологические тренинги, консультации, семинары;
- просвещение родителей в создании экологической и психологической среды в семье;
- включение родителей в воспитательно-образовательный процесс;

Формы работы с родителями:

- Проведение родительских собраний, консультаций (буклеты, на сайте); круглых столов, семинаров, сайт;
- Педагогические беседы с родителями (индивидуальные и групповые) по проблемам;
- Дни открытых дверей;
- Показ открытых занятий для родителей;
- Организация совместных дел;
- Наглядная агитация, анкетирование.

### ***Модель тактики работы педагогов с родителями***

- 1 этап. Ознакомительный: сбор информации (собеседование, анкетирование, наблюдение)  
Выделение группы риска (по результатам исследования)
- 2 этап. Общепрофилактический: наглядная агитация (стенды, памятки)      Встречи со специалистами.
- 3 этап. Работа с группой риска: выявление проблем (беседы, наблюдения, опросы)  
Коррекция родительских установок (беседы).
- 4 этап Индивидуальная работа: выявление, знакомство с опытом семейного воспитания  
Консультативная индивидуальная помощь (по запросам).
- 5 этап. Рефлексивный: выявление изменений родительских установок (с привлечением специалистов)
- 6 этап Интегративный: мероприятия, совместная деятельность, совместное обсуждение проблем;
- 7 этап Перспективный: совместное обсуждение планов на будущее.

## **4. Организационный раздел**

4.1. Организация развивающей предметно – пространственной и оздоровительной среды в ДОУ;

4.2. Финансовые условия;

4.3. Кадровые условия

### **4.1. Организация развивающей предметно-пространственной и оздоровительной среды в ДОУ**

Для полноценного проведения оздоровительной работы с детьми важную роль играет создание гипоаллергенной, благоприятной, комфортной среды в ДОУ. В детском саду создана развивающая предметно - пространственная и оздоровительная среда, которая обеспечивает:

- реализацию оздоровительной образовательной программы;

- необходимые условия для организации образования детей с ограниченными возможностями здоровья;
- созданы гипоаллергенные условия;
- учет индивидуальных особенностей обучающихся;
- учет возрастных особенностей детей.

При проектировании развивающей предметно-пространственной среды учтена целостность образовательного процесса в Организации, в заданных ФГОС ДО образовательных областях: социально-коммуникативной, познавательной, речевой, художественно-эстетической и физической.

Для обеспечения оздоровительной, коррекционной деятельности в ДОУ оборудованы: физкультурный и музыкальный залы, кабинеты специалистов (логопеда, психолога, логопедический пункт), медицинский кабинет, процедурный кабинет для проведения инсулинотерапии. Созданы условия для общения и совместной деятельности детей как со взрослыми, так и со сверстниками в разных групповых сочетаниях. Дети имеют возможность собираться для игр и занятий всей группой вместе, а также объединяться в малые группы в соответствии со своими интересами.

На прилегающих территориях выделены зоны для общения и совместной деятельности больших и малых групп детей из разных возрастных групп и взрослых, в том числе для использования методов проектирования как средств познавательно-исследовательской деятельности детей.

Дети имеют возможность безопасного беспрепятственного доступа к объектам инфраструктуры учреждения, а также к играм, игрушкам, материалам, пособиям, обеспечивающим все основные виды детской активности.

В учреждении обеспечена *доступность* развивающей предметно-пространственной среды для воспитанников.

Для детей имеется приспособленная детская мебель, позволяющая заниматься разными видами деятельности, общаться и играть со сверстниками. В помещениях достаточно места для специального оборудования.

Развивающая предметно-пространственная среда обеспечивает условия для физического и психического развития, охраны и укрепления здоровья, коррекции и компенсации недостатков развития детей. Для этого в групповых и других помещениях достаточно пространства для свободного передвижения детей, а также выделены помещения или зоны для разных видов двигательной активности детей – бега, прыжков, лазания, метания и др. с учетом медицинских показаний.

В учреждении имеется оборудование, инвентарь и материалы для развития крупной и мелкой моторики и содействия двигательной активности детей, материалы и пособия для развития мелкой моторики.

В учреждении созданы условия для проведения диагностики состояния здоровья детей, медицинских процедур, коррекционных и профилактических мероприятий.

Развивающая предметно-пространственная среда в учреждении обеспечивает условия для эмоционального благополучия детей и комфортной работы педагогических и учебно-вспомогательных сотрудников.

Созданная развивающая предметно-пространственная среда является содержательно-насыщенной, трансформируемой, полифункциональной, вариативной, доступной и безопасной.

#### 1) Насыщенность среды

Насыщенность среды соответствует возрастным возможностям детей и содержанию Программы.

Образовательное пространство оснащено средствами обучения и воспитания (в том числе техническими), соответствующими материалами, в том числе расходным игровым, спортивным, оздоровительным оборудованием, инвентарем (в соответствии со спецификой Программы).

Созданная среда обеспечивает:

- игровую, познавательную, исследовательскую и творческую активность всех воспитанников, экспериментирование с доступными детям материалами (в том числе с песком и водой);
- двигательную активность, в том числе развитие крупной и мелкой моторики, участие в подвижных играх и соревнованиях;
- эмоциональное благополучие детей во взаимодействии с предметно-пространственным окружением;
- возможность самовыражения детей.

Для детей младенческого и раннего возраста образовательное пространство предоставляет необходимые и достаточные возможности для движения, предметной и игровой деятельности с разными материалами.

#### 2) Трансформируемость пространства.

Созданная среда обеспечивает:

- возможность изменений предметно-пространственной среды в зависимости от образовательной ситуации, в том числе от меняющихся интересов и возможностей детей;

#### 3) Полифункциональность материалов.

Созданная среда обеспечивает:

- возможность разнообразного использования различных составляющих предметной среды, например, детской мебели, матов, мягких модулей, ширм и т.д.;
- наличие в детском саду полифункциональных (не обладающих жестко закрепленным способом употребления) предметов, в т.ч. природных материалов, пригодных для использования в разных видах детской активности (в т.ч. в качестве предметов-заместителей в детской игре).

#### 4) Вариативность среды.

Созданная среда обеспечивает:

- наличие в помещениях различных пространств (для игры, конструирования, уединения и пр.), а также разнообразных материалов, игр, игрушек и оборудования, обеспечивающих свободный выбор детей;
- периодическую сменяемость игрового материала, появление новых предметов, стимулирующих игровую, двигательную, познавательную и исследовательскую активность детей.

#### 5) Доступность среды.

Созданная среда обеспечивает:

- доступность для воспитанников всех помещений, где осуществляется образовательная деятельность;
- свободный доступ детей к играм, игрушкам, материалам, пособиям, обеспечивающим все основные виды детской активности;
- исправность и сохранность материалов и оборудования.

#### 6) Безопасность предметно-пространственной среды.

Созданная среда обеспечивает:

- соответствие всех ее элементов требованиям по обеспечению надежности и безопасности их использования.

### 4.2. Финансовые условия

Финансовое обеспечение государственных гарантий на получение гражданами общедоступного и бесплатного дошкольного образования осуществляется за счет средств государства на основе нормативов, определяемых органами государственной власти, обеспечивающих реализацию Программы в соответствии с ФГОС ДО. Финансовое обеспечение реализации образовательной программы дошкольного образования бюджетной организации осуществляется на основании государственного задания и исходя из установленных расходных обязательств, обеспечиваемых предоставляемой субсидией.

Финансовые условия реализации Программы обеспечивают:

- возможность выполнения требований Стандарта к условиям реализации Программы;
- реализацию оздоровительной программы с учетом вариативности индивидуальных траекторий развития, возможностей, потребностей детей;
- расходы на средства обучения и воспитания, соответствующие материалы, в том числе приобретение спортивного инвентаря, дидактических материалов, диетология (продукты питания), в том числе материалов, оборудования, необходимых для организации всех видов профилактической, физкультурно-оздоровительной деятельности и создания развивающей предметно-пространственной среды, в том числе специальных для детей с ограниченными возможностями здоровья.
- расходы, связанных с дополнительным профессиональным образованием руководящих и педагогических работников по профилю их деятельности;
- иные расходы, связанные с обучением персонала ДОО.

### 4.3. Кадровые условия

Реализация оздоровительной программы обеспечена руководящими, педагогическими, медицинскими, административно-хозяйственными работниками. Квалификация работников соответствует квалификационным характеристикам, установленным в Едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников образования» (утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 августа 2010 г. № 761н (зарегистрирован

Министерством юстиции Российской Федерации 6 октября 2010 г., регистрационный № 18638), с последующими изменениями).

Должностной состав и количество работников, необходимых для реализации и обеспечения реализации Программы, определены ее целями и задачами, а также особенностями развития детей.

Педагогические и медицинские работники, реализующие Программу, обладают основными компетенциями, необходимыми для создания условий развития и оздоровления детей.

- обеспечивают эмоциональное благополучие детей через непосредственное общение с каждым ребенком; соблюдается уважительное отношение к каждому ребенку, к его чувствам и потребностям;
- осуществляют поддержку индивидуальности и инициативы детей через создание условий для свободного выбора ими участников совместной деятельности;
- создание гипоаллергенных, комфортных условий для обучающихся;
- соблюдают правила взаимодействия в разных ситуациях: создание условий для позитивных, доброжелательных отношений между детьми, в том числе принадлежащими к разным национально-культурным, религиозным общностям и социальным слоям, а также имеющими различные (в том числе ограниченные) возможности здоровья; развитие коммуникативных способностей детей, позволяющих разрешать конфликтные ситуации со сверстниками; развитие умения детей работать в группе сверстников;
- через оценку индивидуального развития детей;
- осуществляют взаимодействие с родителями (законными представителями) по вопросам образования ребенка с ОВЗ, непосредственного вовлечения их в образовательную деятельность, в том числе посредством создания образовательных проектов совместно с семьей на основе выявления потребностей и поддержки образовательных инициатив семьи.

В ГБДОУ детский сад №51 созданы необходимые условия:

- для профессионального развития педагогических и руководящих работников, в том числе их дополнительного профессионального образования;
- изучение передового педагогического, медицинского и социального опыта по оздоровлению детей, отбор и внедрение эффективных технологий и методик;
- систематическое повышение квалификации педагогических и медицинских кадров.

#### **Литература:**

1. Парциальная программа физического развития «Мальпиши - крепыши» О.В. Бережнова, В.В. Бойко, М: издательство «Цветной мир», 2017
2. Программа «Основы безопасности детей дошкольного возраста» Р.Б.Стёркиной, О.Л. Князевой, Н.Н. Авдеевой, СПб:» Детство-пресс», 2009
3. «Здоровый малыш» З.И. Бересневой, М.: Сфера, 2003
4. Социально – оздоровительная технология «Здоровый дошкольник» Ю.Ф.Змановского, 1995

5. «Оздоровление детей в условиях детского сада» Л.В. Кочеткова, М:Сфера,2005
6. Атопический дерматит. ( Под общ. ред. Хаитова Р. М., Кубановой А. А.). М.: Фармарус Принт, 2002. — 192 с.
7. Атопический дерматит у детей. Диагностика, лечение и профилактика: Научно-практическая программа. — М., 2001. — 76 с.
8. Брызгунов И.П. “Психосоматика у детей, М.
9. СанПиН 2.4.1.3049-13
10. «Диетотерапия» Макарова С.Г., 2008г
11. Дедов И. И. « Сахарный диабет у детей и подростков» - М. , ГЭОТАР-Медиа, 2007.
12. Пищевая аллергия. Руководство для врачей. Под ред. Баранова А.А., М.: Педиатр, 2013
13. Диагностика и лечение аллергии к белкам коровьего молока у детей грудного и раннего возраста: практические рекомендации. Под ред. А.А. Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой, Т.Э. Боровик, С.Г. Макаровой. М.: Педиатр. 2014. 48 с.).
14. «Виды здоровьесберегающих технологий, используемых в ДОУ», инструктор по физической культуре, Рудаметова Т.М.,nsportal.ru 17.03.2014
15. Муляр Н. В., Черниговских Е. В., Кубышкина Н. Д. Инновационные формы работы с родителями в соответствии с ФГОС [Текст] // Инновационные педагогические технологии: материалы III междунар. науч. конф.— Казань: Бук, 2015. — С. 69-71.

## Приложения