

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Пятиминутка

№ 5 (29) 2014

**Венгерские курорты:
Хайдусобосло, Харкань,
Парадфурдо, Тапольца,
Хевиз**

**Часто болеющие дети
и витамин Д**

**Реабилитация после
инсульта**

**Реабилитация и экология
мозга**

Йод и женское здоровье

Сказкотерапия

**Неастрологический
прогноз на 2015 год**



ISSN 2071-0712



14.005



9 772071 071005

Per aspera ad astra
Через тернии к звездам

Сенека

Уважаемые коллеги!

Приглашаем принять участие
в международной научно-практической конференции:

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ МЕДИЦИНА. ВОЗМОЖНОСТИ СОТРУДНИЧЕСТВА МЕДИЦИНЫ НАРОДНОЙ, ПРИРОДНОЙ И КЛАССИЧЕСКОЙ

1–8 февраля 2015 года в г. Хевиз, Венгрия

В программе:

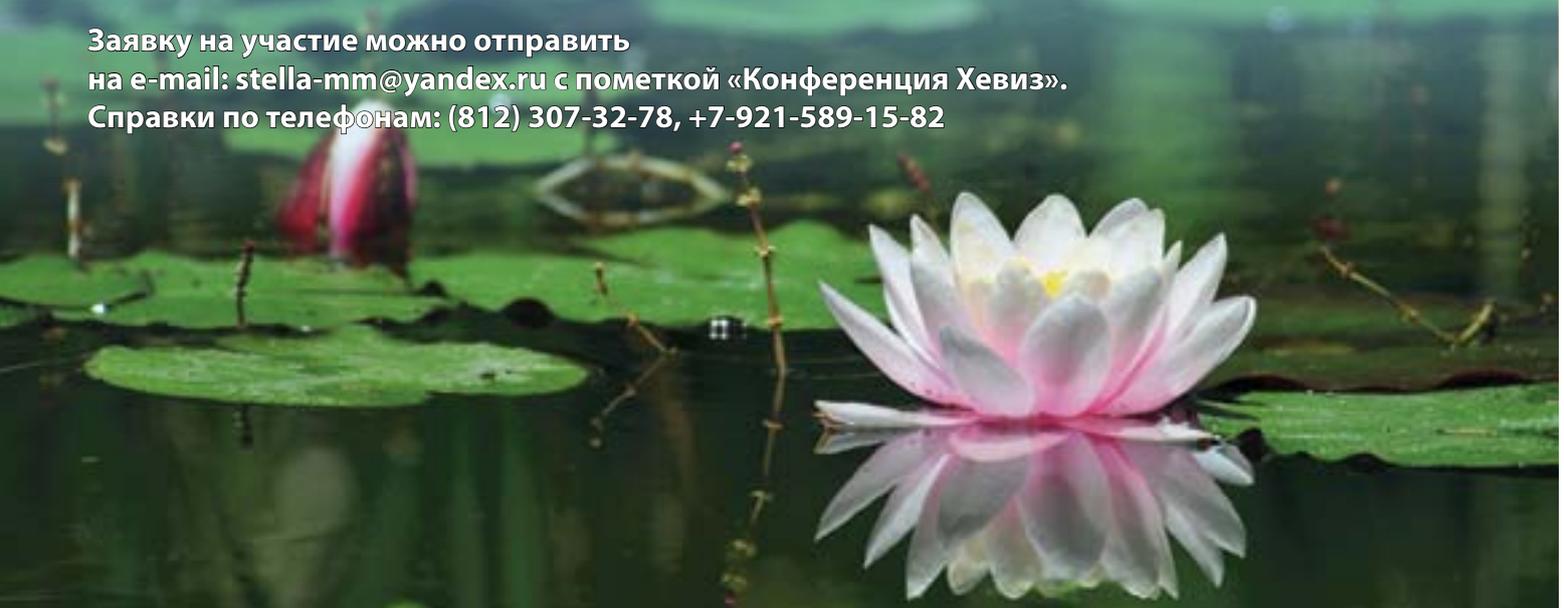
- Природные факторы в лечении заболеваний и оздоровлении организма. Курортология Венгрии. Термальные источники.
- Отличительные особенности курорта Хевиз. Уникальное термальное озеро Хевиз. Лечебные программы в Хевизе.
- Лечебные карстовые пещеры Венгрии. Курорт Тапольца.
- Альтернативная медицина во всем многообразии: Фитотерапия. Ароматерапия. Цветотерапия. Звукотерапия. Музыкотерапия. Гомеопатия. Фунготерапия. Сокотерапия и диетотерапия. Аппаратная медицина.
- Из глубины веков — забытая народная медицина. Куклотерапия. Сказкотерапия. Психологические практики, основанные на старых народных традициях. Восточная медицина. Лечебная сила музыки, пения, звука. Хиропрактика — возможности рук человеческих.
- Медицинская астрология.
- Народные целители. Дар ясновидения и прозорливости. Вполне объяснимые чудеса от Юрия Кротова (Россия).
- Философия «золотой пирамиды» целителя и биосенса Виктора Филиппи (Германия).
- Энергетика рук и память воды — феномен Татьяны Мазаловой (Россия).
- Методики оздоровления организма от Каталин Мейснер (Венгрия).
- Возможности сотрудничества медицины народной и классической.
- И многое другое...

Целители и специалисты по альтернативной медицине проводят дополнительные семинары, встречи и приемы для всех желающих.

Участники конференции получают возможность проживания в одном из наиболее уютных отелей всемирно известного венгерского курорта Хевиз — Hungest Hotel Helios**** с прекрасной велнес-зоной (бассейны термальные и обычные, в т. ч. открытый, сауны), с медицинским реабилитационным центром, а также возможность зимнего купания в термальном озере Хевиз.

В свободное время предлагаются экскурсии с посещением старинных венгерских замков, дегустацией вин, блюд национальной кухни, концертными программами, а также лечебные и оздоровительные программы.

**Заявку на участие можно отправить
на e-mail: stella-mm@yandex.ru с пометкой «Конференция Хевиз».
Справки по телефонам: (812) 307-32-78, +7-921-589-15-82**



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ **Пятиминутка**

№ 5 (29) 2014

Учредитель и Издатель – ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА»
Главный редактор и автор проекта – М. А. Мамаева, канд. мед. наук
Зам. Главного редактора – В. И. Бондарь, доктор мед. наук

Редакционный совет

- 1. Акимов А. Г.**, кафедра Военно-полевой терапии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, д.м.н., СПб
- 2. Бондарь В. И.**, доктор медицинских наук, академик Академии медико-технических наук РФ, ведущий научный сотрудник лаборатории организации медицинской помощи детскому населению отдела социальной педиатрии, ФБГУ «Научный центр детей» РАМН, Москва
- 3. Долинина Л. Ю.**, доцент кафедры физиотерапии и гомеопатии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, кандидат мед. наук, СПб
- 4. Коновалов С. В.**, профессор 2 кафедры (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук, профессор, СПб
- 5. Медведев Д. С.**, руководитель лаборатории восстановительно-го лечения и реабилитации Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии, автор и ведущий программы «Здоровье от А до Я» на ТВ-канале «ВОТ!», доктор медицинских наук, СПб
- 6. Петрова Н. Г.**, профессор, доктор мед. наук, зав. кафедрой сестринского дела СПбГМУ им. И. П. Павлова, СПб
- 7. Сергеев О. Е.**, зав. кафедрой экономики и управления учреждениями здравоохранения Санкт-Петербургского экономического университета, эксперт Общественной Палаты при Президенте РФ, советник Председателя Законодательного Собрания СПб, действительный государственный советник 1 класса, канд. мед. наук, профессор, СПб
- 8. Скрябин О. Н.**, главный хирург СПб ГПБУ «Клиническая больница им. святителя Луки», главный хирург Калининского района СПб, главный абдоминальный хирург СПб, д.м.н., профессор.
- 9. Слепян Э. И.**, профессор, научный руководитель Санкт-Петербургского экологического союза
- 10. Ханевич М. Д.**, зам. главного врача по хирургии — главный хирург Городского клинического онкологического диспансера, руководитель отдела хирургии и клинической трансфузиологии Российского НИИ гематологии и трансфузиологии, Засл. деятель науки РФ, Засл. врач РФ, академик РАЕН, д. м. н., профессор, СПб.
- 11. Эргашев О. Н.**, Главный хирург Ленинградской области, профессор кафедры госпитальной хирургии № 2 Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, д. м. н., СПб
- 12. Юрьева Р. Г.**, главный врач Городского реабилитационного центра для детей с психоневрологической патологией, специалист по детской реабилитации, кандидат медицинских наук, СПб

Дизайн, фото – Мамаев Д. А.
Отдел рекламы – Шевчук Ю. А.

Адрес редакции: 191144, СПб, 8-ая Советская ул., 50, лит. Б, пом. 1-Н
Фактический адрес: Санкт-Петербург, Лермонтовский пр., 1/44,
4 этаж, оф. 409.

Адрес для писем: 197373, Санкт-Петербург, ул. Планерная, 47,
корпус 5, кв. 135. Тел./факс (812) 307-32-78.
E-mail: stella-mm@yandex.ru

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия ПИ № ФС77-28496 от 06 июня 2007 г. ISSN 2071-0712

Авторские материалы не всегда отражают точку зрения редакции. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Полное или частичное воспроизведение или тиражирование каким бы то ни было способом материалов, опубликованных в журнале и/или на сайте журнала, допускается только с письменного разрешения редакции.

Номер подписан в печать: 25.12.2014
Тираж: 10 000 экз. Заказ № 543
© Издательский Дом СТЕЛЛА, 2014

Отпечатано в типографии «Невская типография»,
194044, Россия, Санкт-Петербург, пр. Большой Сампсониевский, 30
тел./факс: +7 (812) 643-03-19 моб. тел.: +7 (911) 720-57-57
<http://spbcolor.com/> spbcolor@mail.ru



Уважаемые коллеги!

В данном выпуске журнала представлены материалы о специализации венгерских курортов и их возможностях, а также избранные тезисы докладов в программе третьей международной конференции по реабилитации, прошедшей в Санкт-Петербурге.

Продолжаем знакомить вас с новой информацией о витаминах и минералах, с материалами по альтернативной медицине, медицинской психологии и т. д.

В этом номере журнала затронуты крайне актуальные темы из области педиатрии: анемия, часто болеющие дети, реабилитация и логопедическая помощь детям с ограниченными возможностями. Поднимается тема духовного здоровья.

Мы всегда ждем ваших отзывов, мнений и предложений.

С уважением,
Главный редактор,
кандидат медицинских наук,
Марина Аркадьевна Мамаева.

Фото на первой обложке:

Рачинский Сергей Владимирович —
заслуженный деятель науки РФ, профессор, осново-
положник отечественной детской пульмонологии
(31.01.1923–26.04.2010). Очерк читайте на стр. 4.

Информацию о журнале «Пятиминутка»

вы можете найти на сайтах
<http://www.stellamed.info>,
<http://www.stella.uspb.ru>,

Читайте в следующем номере:

- Природные сухие углекислые ванны
- Стоматология по-европейски
- Сокотерапия
- Медицинская нумерология
- Лечение псориаза

ИНФОРМАЦИЯ О РАСПРОСТРАНЕНИИ И ПОДПИСКЕ НА ЖУРНАЛ «ПЯТИМИНУТКА»

Распространение журнала «Пятиминутка»:

- Бесплатно руководителям лечебно-профилактических учреждений, отделений, лабораторий, аптек, кафедр медицинских вузов, в медицинские библиотеки
- Научно-практические конференции, конгрессы, форумы и т. д.
- Подписка

Внимание! У нас изменились банковские реквизиты. Просим быть внимательными!

Извещение	ООО «Издательский дом СТЕЛЛА»			Форма № ПД-4			
	(наименование получателя платежа)						
	7842353627 / 784201001		40702810903000482671				
	(ИНН/КПП получателя платежа)			(номер счета получателя платежа)			
	Филиал «Северная столица» ЗАО «Райффайзенбанк»						
	(наименование банка получателя платежа)						
	БИК 044030723		30101810100000000723				
	(№ кор.сч.банка получателя платежа)						
	Кассир	Ф.И.О. плательщика _____					
		Адрес плательщика _____					
Подписка на журнал «Пятиминутка» №№ _____							
(наименование платежа)							
Дата			Сумма платежа:		руб	00 коп	
Плательщик (подпись)							

Уважаемые читатели!

Чтобы подписаться на наш журнал, необходимо:

1. Заполнить квитанцию и перечислить деньги на расчетный счет ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА» с четким указанием платежа «Подписка на журнал «Пятиминутка» № 1–6 / 2015 г.»
2. Отправить копию квитанции об оплате по адресу: 197373, Санкт-Петербург, ул. Планерная, д. 47, к. 5, к. 135.

Извещение	ООО «Издательский дом СТЕЛЛА»			Форма № ПД-4			
	(наименование получателя платежа)						
	7842353627 / 784201001		40702810903000482671				
	(ИНН/КПП получателя платежа)			(номер счета получателя платежа)			
	Филиал «Северная столица» ЗАО «Райффайзенбанк»						
	(наименование банка получателя платежа)						
	БИК 044030723		30101810100000000723				
	(№ кор.сч.банка получателя платежа)						
	Кассир	Ф.И.О. плательщика _____					
		Адрес плательщика _____					
Подписка на журнал «Пятиминутка» №№ _____							
(наименование платежа)							
Дата			Сумма платежа:		руб	00 коп	
Плательщик (подпись)							

В письме должен быть указан почтовый адрес отправителя. Стоимость наземной доставки по России включена в общую сумму оплаты подписки. Стоимость 1 номера журнала — **150 рублей**. Стоимость годовой подписки (6 номеров) — **900 рублей**. Подписка может быть оформлена с очередного номера журнала.

Уважаемые коллеги!

На страницах журнала «Пятиминутка» Вы можете поделиться с коллегами своим практическим опытом, результатами анализа научных данных, описать интересный случай из своей клинической практики, поразмышлять и принять участие в дискуссиях на актуальные темы современной медицины.

Требования к публикациям: объем не более 10 страниц печатного текста шрифт №12 через 1,5 интервала, не более 8 первоисточников в списке литературы для оригинальной статьи и не более 15 – для обзора литературы, нумерация источников по алфавиту. Под названием публикации Ф.И.О. автора, ученая степень, врачебная категория по специальности (если есть), место работы и должность. В конце публикации – телефон для связи.

Тексты публикаций просим предоставлять на e-mail: hegu@mail.ru с пометкой: статья в журнал «Пятиминутка».

Приглашаем к сотрудничеству!

С уважением,
главный редактор
кандидат
медицинских наук
МАМАЕВА
Марина Аркадьевна

В НОМЕРЕ:

- Наши Учителя.** В. И. Бондарь, И. К. Волков, И. В. Давыдова, Н. А. Рачинская, И. Е. Турина
Заслуженный деятель науки РФ, профессор Сергей Владимирович Рачинский — основоположник отечественной детской пульмонологии (31.01.1923–26.04.2010) [4–7]
- Событие.**
Реабилитация и оздоровление различных категорий населения в России и за рубежом [8–10]
- Санаторно-курортное лечение.** Мамаева М. А.
Венгрия: о специализации курортов [12–14]
- Стоматология.** Др. Н. Пивец
Венгерская стоматология [16–17]
- Педиатрия.** М. А. Мамаева
Витамин Д в комплексном оздоровлении часто болеющих детей [18–21]
- Гематология.** М. В. Эрман
Железодефицитные состояния и железодефицитные анемии у детей [22–26]
- Акушерство и гинекология.** Сушкова Л. В.
Йод и женское здоровье [27–29]
- Реабилитация.** Н. Г. Петрова, Т. И. Миннуллин, А. В. Белова
Результаты социологического опроса пациентов и среднего медицинского персонала отделений восстановительного лечения [30–31]
- Реабилитация.** Потанчук А. А.
Эффективность лечебной гимнастики в коррекции нарушений осанки при перекосах таза у детей и подростков [32–33]
- Здоровье души.** Б. К. Сантош
Радуга здоровья, или почему мы боеем чаще, чем нам кажется [34–35]
- Реабилитация.** Жидченко Ю. А.
Реабилитация на дому после инсульта. Принципы [36–37]
- Реабилитация.** Демьянчук Л. Н., Лебедева Н. В.
Коррекционное медико-социальное психолого-педагогическое сопровождение лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) [38–40]
- Нервные болезни.** Филиппова Л. В.
Реабилитация и экология мозга [41–43]
- Реабилитация.** С. Ю. Кондратьева, Е. А. Осипова
Здоровьесберегающие технологии в системе логопедических занятий с детьми с нарушениями аутистического спектра [44–45]
- Медицинская психология.** Музыкина С. А., Перескока Я. А.
Нетрадиционные формы работы с родителями в условиях образовательного учреждения для детей с ограниченными возможностями здоровья [46–47]
- Актуальная проблема.** Ворончихина Н. В., Лебедева Н. В.
Формирование культурно-гигиенических навыков у младших школьников с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) [48–49]
- Непознанное.** Юрий Кретов
Неастрологический прогноз на 2015 год... [50–51]
- Это интересно.** Ю. А. Шевчук
Кошкотерапия: магия черных котов... [52–55]
- Медицинская психология.** Грабенко Т. М.
Сказкотерапия или Сказ о том, как сказка в тяжелых жизненных ситуациях помогает [56–60]



В. И. Бондарь*, доктор медицинских наук, академик Академии медико-технических наук РФ, ведущий научный сотрудник лаборатории организации медицинской помощи детскому населению отдела социальной педиатрии

И. К. Волков**, доктор медицинских наук, профессор, ученик и приемник С. В. Рачинского

И. В. Давыдова*, доктор медицинских наук, вед. науч. сотр, ученица С. В. Рачинского

Н. А. Рачинская, племянница и хранительница семейных архивов, в. т. ч. С. И. Веревкина, Рачинских

И. Е. Турина**, кандидат медицинских наук, доцент, ученица С. В. Рачинского

* ФГБНУ «НЦЗД», ** Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

ЗАСЛУЖЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ НАУКИ РФ, ПРОФЕССОР СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ РАЧИНСКИЙ — ОСНОВОПОЛОЖНИК ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ДЕТСКОЙ ПУЛЬМОНОЛОГИИ (31.01.1923–26.04.2010)

Мне всегда претило, когда недавняя историография присваивала заслуги в воспитании наших выдающихся современников исключительно родной партии, правительству и государству. Каждый человек, а, тем более, незаурядный, есть продукт многих поколений, стоящих за ним, — его рода, вылившихся в традиции, укладе и, прежде всего, в отношении к труду, к делу своему, к Родине, ее народу, царящих в его семье и окружающих его с рождения. В частности, не зная генеалогии профессора С. В. Рачинского, трудно было понять корни свойственной ему глубокой интеллигентности и аристократизма в поведении. Мне запала в душу одна профессор: несмотря на преклонный возраст, она всегда держалась подчеркнуто прямо. Оказалось, бабушка ее, выпускница Смольного института благородных девиц (дочь последнего генерал-губернатора Финляндии, а до этого генерал-губернатора Сибири, которого царское правительство сослало в Финляндию за слишком гуманное поведение во время подавления известных Ленских событий, а большевики расстреляли за жестокое подавление оно), с молодых ногтей приучала внучку: «Держи спину!». Что значит «держат спину»? А это значит не сдаваться никаким обстоятельствам, начиная с преодоления физических неудобств, не делать себе поблажек — от физического к духовной крепости. И, конечно же, что отличает людей, проявившихся в своих областях и в нашей с вами профессии, в частности, — это отношение к труду, а оно — одно, будь то в семьях потомственной аристократии или интеллигенции, будь то у добросовестных рабочих или крестьян. А уж что от генетики, так это — склонность масштабно мыслить, к глубокому анализу и широкому обобщению, базируясь на профессиональных знаниях и широте эрудиции, лишь по последним качествам стартовый капитал наш имеет сословные различия, исходя из доступа к информации (начиная с личных библиотек и приобретенной потребности постоянного получения знаний и расширения кругозора). С этих позиций хотелось представить материал, посвященный замечательному ученому, врачу и педагогу, пульмонологу Сергею Владимировичу Рачинскому, именно как продолжателю традиций своих предков и неотъемлемой части своего генеалогического древа. (В. И. Бондарь).

Сергей Владимирович Рачинский родился 31.01.1923 в Москве. Отец, Владимир Николаевич Рачинский, был репрессирован и расстрелян в 40-е годы. Инженер по профессии, он принадлежал к древнему польскому дворянскому роду, известному с XIII века. Польская ветвь Рачинских в XVIII веке получила графский титул и состоит в родстве с рядом именитых родов и монарших дворов Европы. К этому роду принадлежал Эдвард Бернгард Рачинский (19.12.1891–30.07.1993) — польский политик, дипломат, писатель, президент Польши (в из-

гнании) в период 1979–1986 годов. В первой половине XVII века предок российской ветви Ян Рачинский получил за доблестные дела ратные от короля Польши Владислава IV обширные надель в Бельском уезде Смоленской губернии. Уже в 1656 г. дети его Даниил и Ян перешли под руку Московского государя с сохранением своих обширных владений. Как и их польская ветвь, они породнились со многими именитыми и титулованными дворянскими родами России. В этом роду много достойных сынов отечества, прославившихся и на военной, и на статской,

и на духовной службе России. Среди наиболее известных — приходящийся двоюродным дедом Сергею Владимировичу Сергей Александрович Рачинский (1833–1902), ученый-естественник, математик, профессор Московского университета, член-корреспондент Императорской Санкт-Петербургской Академии Наук (с 1891 г.). Он первым перевел на русский язык труд Ч. Дарвина «Происхождение видов». По обоюдному решению с братом Константином (ректор Московского сельскохозяйственного института, впоследствии — ВАХСИЛ) они с 1861 г. ежегодно жертвовали по 500 рублей серебром, на эти деньги направлялись за границу одаренные студенты математики и естественники из числа малоимущих. Достаточно сказать, что уже в 1862 г. на эти деньги на учебу за границу был командирован будущий выдающийся отечественный физик Александр Григорьевич Столетов (1839—1896). Сергей Александрович был знаком с композитором Ф. Листом и писал о нем как о замечательном педагоге. В его доме на Малой Дмитровке собирались ученые, литераторы, музыканты, художники, среди них были братья Аксаковы, Л. Н. Толстой, П. И. Чайковский. П. И. Чайковский взявший за основу для одной из своих опер литературное произведение С. А. Рачинского, впоследствии посвятил ему «Струнный квартет № 1 (ре мажор)», в четырёх частях (сочинен и инструментован в феврале 1871 года в Москве).

После протестной отставки в 1867 г. (поддержал передовую профессию и студенчество в их справедливых требованиях против консервативного руководства университета), встреч и бесед с Львом Николаевичем Толстым о важности просвещения народа российского Сергей Александрович уезжает в родовое имение Татеево Бельского уезда Смоленской губернии и принимает в управление от старшей сестры Варвары Александровны школу для детей крестьянских, основанную еще его отцом Александром Антоновичем Рачинским (1799–1866), состоявшим в дружбе А. А. Дельвигом и общавшимся с поэтами пушкинского круга, будущими декабристами. Мать же Сергея Александровича Варвара Абрамовна (1810—1891), — родная сестра крупнейшего поэта эпохи романтизма Евгения Абрамовича Баратынского (1800–1844) (Боратынского). Со временем, на базе этой школы в родовом имении Рачинских Сергей Александрович развернул учреждение интернатного типа для обучения одаренных крестьянских детей, жил при нем в скромном доме, а богатый родовой усадебный дом с его обширными коллекциями



Сергей Владимирович Рачинский

и библиотекой, посещал с детьми как музей. Оранжереи и службы усадьбы также служили делу просвещения, в них дети обучались передовым методам хозяйствования.

Уже при жизни Сергей Александрович снискал славу подвижника и выдающегося педагога-просветителя. По вопросам народного просвещения он состоял в активной переписке со Львом Николаевичем Толстым и многими передовыми людьми своего времени. Всего Сергеем Александровичем было открыто в губернии 30 школ, было открыто и училище для продолжения обучения детей. Наиболее одаренные на его стипендии продолжали обучение в учебных заведениях более высокого уровня, вплоть до высших. В эту благотворительную подвижническую деятельность были вовлечены последующие поколения и Рачинских, и Баратынских.

Именно Сергей Александрович, осознав всю пагубность для народа употребления алкоголя, организовал первое крестьянское общество трезвости. Данная инициатива, идея которой была им изложена в письме Александру III, нашла живой отклик у императора. Плодотворная деятельность Сергея Александровича Рачинского была неоднократно отмечена благодарностями Государя.

Знаком он был со многими передовыми и знаменитыми людьми своего времени, многие из которых бывали у него в Татеево и татеевской школе и проводили там занятия. Среди его учеников многие составили славу России, проявившись на самых разных поприщах: духовном, научном, художники, иконописцы, врачи... Среди них и духовник императорской семьи, жертва «красного террора» священномученик, протоиерей Александр Петрович Васильев (1868–1918). «Наш Батюшка» — писала о нем императрица Александра Федоровна в своих письмах и дневниковых записях. Сергей Александрович изображен среди учеников в знаменитой картине своего ученика известного художника Николая Петровича Богданова-Бельского (1868–1945) на находящейся в Третьяковской галерее картине «Устный счет в сельской школе». Род Рачинских очень мощный и разветвленный, о многих славных представителях его можно долго писать, и уже написаны книги.

Мать Сергея Владимировича — Рачинская Марианна Сергеевна (1896–1980) — преподаватель средней школы. Урожденная Веревкина, она также принадлежала к проследившему с XVII века дворянскому роду, также со смоленскими корнями, давшему стране много служилых людей, в т. ч. сенаторов и дослужившихся до генеральского чина, бывших в свое время комендантами Москвы и Петропавловской крепо-



Герб рода Рачинских



Главный дом родового имения Рачинских в с. Татево, разграбленный и взорванный при отступлении немецко-фашистскими захватчиками, разместившими в нем госпиталь

сти. Отец же ее (дед Сергея Владимировича) — известный педиатр своего времени, Веревкин Сергей Иванович (1860–1927), лечивший детей Л.Н.Толстого и дочерей Ф.И.Шаляпина, признавался одним из лучших клиницистов своего времени. Начал он свою врачебную деятельность в детской больнице им. Св.Владимира, при которой какое-то время и жил. Со дня основания статский советник Веревкин Сергей Иванович был сначала сверхштатным врачом, а потом возглавлял амбулаторию Софийской детской больницы (с 1922 г. — детская больница им. профессора Н.Ф.Филатова). В этой больнице продолжилось их коллегиальное сотрудничество с Нилом Федоровичем Филатовым, сведения о котором относятся еще к 1886 г. и упоминаются в брошюре С.И.Веревкина «Случай интермитирующей пневмонии с легочным абсцессом», и Нил Федорович ссылался на его труды в своих работах. Параллельно Сергей Иванович трудился в качестве санитарного врача при Городском Пресненском Попечительстве о бедных. Упоминается Сергей Иванович и Георгием Несторовичем Сперанским в списке первого состава еще «кружка» детских врачей. Таким образом, Сергей Владимирович Рачинский как педиатр и пульмонолог является достойным продолжателем дела своего замечательного деда, выдающегося педиатра своего времени Сергея Ивановича Веревкина, дочери которого, в частности, мать Сергея Владимировича, Марианна Сергеевна, также получили медицинское образование и были сестрами милосердия на фронтах I мировой войны.

Можно представить, сколь не просто с подобной генеалогией было устраивать жизнь их потомкам в первой половине XX века, тем более что брат матери и муж ее сестры были репрессированы и погибли в лагерях, сестра матери, микробиолог, — сослана, как жена врага народа.

И, тем не менее, в 1940 г. Сергей Владимирович по окончании сред-

ней школы поступает в 1-й Московский медицинский институт на лечебный факультет, по окончании которого в 1946 г. он был направлен врачом-терапевтом в г. Ашхабад. С 1948 г. его жизнь связана с НИИ педиатрии АМН СССР, где по 51 г. он проходит обучение в аспирантуре под руководством проф. И.В.Цимблера. Его диссертация «Сравнительная оценка разных методов лечения стрептомицином туберкулеза у детей», защищенная в 1953 г., была посвящена такой грозной форме туберкулеза, как туберкулезный менингит, и потребовала длительного катамнестического наблюдения, чтобы объективно судить об эффективности и преимуществах того или иного метода. В 1951–1961 г. Сергей Владимирович трудился в должности младшего научного сотрудника ревматологического и туберкулезного отделений, а с 1961 г. — старшего научного сотрудника туберкулезного отделения, которое он и возглавил с 1963 г., став преемником своего замечательного учителя.

В 1966 г. им была защищена докторская диссертация «Бронхолегочные формы туберкулеза у детей раннего возраста (клиника, лечение, прогноз)». Злободневность проблемы туберкулеза для детей страны того времени — общеизвестна, и Сергей Владимирович Рачинский был непосредственно причастен к ее решению, облегчению участи таких детей. В эти годы он стал виртуозным диагностом и продолжал совершенствоваться на протяжении всей своей жизни.

Плодотворная деятельность и вклад Сергея Владимировича в отечественное здравоохранение были отмечены в 1967 г. знаком Отличник здравоохранения СССР.

В 1969 г. ему было присвоено звание профессора. В связи с переездом института в новое здание и учитывая успехи отечественной фтизиатрии в результате наработки эффективных методов профилактики, диагностики и лечения, позволивших взять под контроль ситуацию по данному грозному социальному заболеванию и существенно снизить заболеваемость, встал вопрос об избрании нового научного направления для вверенного ему отделения. Большие наработки по легочным формам туберкулеза, в недрах которых в рамках дифференциальной диагно-

стики был накоплен уникальный обширный рентгенологический и клинический материал, позволили обосновать необходимость продолжения научной деятельности уже в более широком формате — детской пульмонологии как таковой. Возглавляемый Сергеем Владимировичем коллектив в короткие сроки стал признанным лидером в этой области педиатрии на всем огромном пространстве бывшего СССР, по сути, став ведущим центром в данном научном направлении! Среди 39 аспирантов и соискателей и 10 докторантов профессора С.В.Рачинского были представители со всей страны, в настоящее время они продолжают дело своего Учителя, в том числе возглавляя соответствующие службы на всей террито-



Ученик С.И.Рачинского протоиерей Александр Петрович Васильев с наследником престола цесаревичем Алексеем

рии постсоветского пространства. В сферу его научного внимания, как руководителя ведущего пульмонологического центра страны и возглавляемого им коллектива попадали самые различные по причинам случаи заболеваний и поражений легких у детей: от наследственных и врожденных, до поражений, сопутствующих различным заболеваниям, часто, до поступления в его отделение, не установленным. Это требовало широкой кооперации с самыми разными специалистами, которые регулярно приглашались на еженедельные профессорские обходы и разборы сложных, часто уникальных, клинических случаев.



Портрет С. А. Рачинского работы Н. П. Богданова-Бельского

Развитие нового направления потребовало поиска и налаживания новых диагностических методов в лабораторных подразделениях института, что и проводилось по инициативе и при активном участии Сергея Владимировича. Это были новаторские для педиатрии того времени рентгенологические, иммунологические, бактериологические и функциональные методики, диагностическая и терапевтическая бронхоскопия с забором материала и лаважной жидкости для микроскопии и микробиологического исследования. По его инициативе в институте были созданы условия и появилась возможность хирургической коррекции легочной патологии, что дало свой уникальный опыт детской хирургии в сочетании с консервативными методами лечения. Все это позволило наработать материал и уникальный опыт, широко отраженные в диссертационных и печатных работах, а также обосновать необходимость создания профильных центров муковисцидоза, которые потом на местах вполне закономерно, как и было предвидено и задумано проф. С. В. Рачинским, преобразовывались в детские пульмонологические центры.

В 1993 г. Сергей Владимирович был удостоен звания Заслуженный деятель науки РФ. Им было опубликовано около 200 научных работ, 10 монографий и 10 глав в руководствах. Под его руководством в 1974 г. вышла первая в стране монография, посвященная муковисцидозу, а подготовленная под его редакцией совместно с другом и соратником проф. В. К. Таточенко монография «Болезни органов дыхания у детей» (1987) переиздается и по уникальности представленных материалов сохраняет свою актуальность по настоящее время, оставаясь настольной книгой детских пульмонологов и педиатров. Разработанная при его непосредственном участии классификация болезней легких у детей сохраня-

ется в своей основной сути, постепенно расширяясь и уточняясь в свете новейших достижений, подтверждая высокий профессионализм и широкую эрудицию автора. Сергей Владимирович активно работал в Обществах педиатров, фтизиатров и детских пульмонологов, многие заседания которого проходили на базе его отделения в НИИ педиатрии АМН СССР и РАМН. На этих заседаниях обязательно заслушивались выступления молодежи, включая ординаторов, проходивших в это время цикл в его отделении, хотя бы в виде доклада курируемого ими пациента, расши-

ренного до уровня иллюстрации на конкретном примере нозологической единицы, особенностей ее успешной диагностики и терапии.

В отделении, возглавляемом Сергеем Владимировичем, царило ощущение большой семьи, где никто не был обойден доброжелательным вниманием руководителя. Он же, оставаясь над ситуацией, задавал высокий уровень и умел поднять каждого своего ученика и сотрудника до уровня решаемой проблемы, сохраняя за каждым право и ощущение его собственной победы, свершения, тем самым формируя личность исследователя. Все всегда были выслушиваемы, включая самых стеснительных и обладателей самого тихого, деликатного голоса. Вовлекались незаметно для себя в дискуссию даже молчуны, — никто не мог устоять перед обаянием его искреннего интереса к личности каждого присутствующего, будь то на научном форуме, или на традиционном ежеднев-

ном обеденном чаепитии, которое всегда проходило в ординаторской при его участии. Немудрено, что подавляющее большинство ординаторов изъявляли желание остаться в отделении профессора С. В. Рачинского.

В сентябре 2006 г. Сергей Владимирович ушел на заслуженный отдых, однако его уникальный профессиональный опыт оставался постоянно востребованным, и активная консультативная деятельность не прекращалась вплоть до того момента, когда тяжелая болезнь приковала его к постели. Но до последних дней он живо интересовался жизнью отделения и научного направления, был в курсе всех событий, готовился к выходу на работу, строил планы, оставаясь верным активной деятельной традиции своих предков, о которой упоминали многие их великие современники, знавшие лично и их, и плоды их трудов. ©



Н. П. Богданов-Бельский — Устный счет в сельской школе, учитель — С. А. Рачинский. На доске реальная задачка из тех, которая давалась для устного счета Сергеем Александровичем и опубликованная им в широко известном сборнике задач для устного счета



РЕАБИЛИТАЦИЯ И ОЗДОРОВЛЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ

Под таким названием в Санкт-Петербурге прошла 3 международная конференция 25–26 ноября 2014 г.

Издательский Дом СТЕЛЛА в течение трех последних лет активно развивает проект, посвященный зарубежной курортологии. И главным направлением этого проекта является Венгрия, страна термальных источников и других природных оздоровительных факторов, а также высокоразвитого здравоохранения. За эти годы удалось организовать много рабочих поездок врачей по обмену опытом на венгерские курорты, а также провести несколько выездных конференций в Хевизе и Тапольце. В результате вокруг издательства сплотился довольно большой и дружный коллектив специалистов, по сути это целая ассоциация врачей, которые с удовольствием изучают зарубежную и отечественную курортологию, с тем, чтобы грамотно рекомендовать санаторно-курортное лечение своим пациентам. По мере формирования эта ассоциация получила название «Информационный центр курортологии и лечения за рубежом». Следующим этапом работы ассоциации врачей в содружестве с НП «Общество русско-венгерского сотрудничества» является открытие информационно-консультативных кабинетов по санаторно-курортному лечению, где любой человек может получить достоверную информацию о курортах, прежде всего, Венгрии, потому что именно эта страна считается сейчас одной из ведущих в мире в данной области и вполне доступна по ценам.

3 международная конференция была организована также совместно с НП «Общество русско-венгерского сотрудничества» на базе ДЮСШОР №3 Калининского района СПб при поддержке Генерального Консульства Венгрии в Санкт-Петербурге. Открытие мероприятия проходило в торжественной обстановке. Делегатов конференции приветствовали: Генеральный консул Венгрии г-н Др. Хорват Иштван, директор ДЮСШ и Президент НП «Общество русско-венгерского сотрудничества» дважды олимпийский чемпион по биатлону Д.В. Васильев, директор Издательского Дома СТЕЛЛА, руководитель Информационного центра курортологии и лечения за рубежом, канд.мед.наук М.А. Мамаева.

В течение двух дней было обсуждено множество наблевших тем и важных во-

просов. В частности, было неоднократно подчеркнито, что та система здравоохранения, которая сейчас существует в нашей стране, к сожалению, не позволяет своевременно получать реабилитацию пациентам. Таким образом, нарушаются принципы этапности и своевременности оказания медицинской помощи. В результате в большинстве случаев формируются хронические или рецидивирующие патологические процессы, осложнения острых заболеваний или операций, в ряде случаев с выходом на инвалидность, чего могло бы и не быть при условии своевременно и качественно проведенной реабилитации. Особенно прискорбно констатировать такие факты в педиатрии. Специалисты крайне озабочены состоянием реабилитационной и санаторно-курортной службы в нашей стране и выражают надежду, что в самое ближайшее время положение начнет меняться к лучшему, а пока этого не произошло, пациенты уже сейчас должны где-то получать и реабилитацию, и оздоровление, и полноценный отдых во время отпуска, чтобы восстанавливать свои силы и сохранять здоровье. Именно поэтому мы и устремили свои взгляды в сторону солнечной и благополучной в этом смысле Венгрии.

На 3 международной конференции были представлены венгерские курорты, где уже побывали с рабочими поезд-







ками врачи Информационного центра: Хевиз, Тапольца, Мезёкёвешд, Тисафюред, Хайдусобосло, Харкань, Бюкфюрдо, санаторий «Замок Феникс», Дебрецен, и, конечно, столица Венгрии Будапешт. Был также представлен интересный обзор по спелеотерапии с описанием преимуществ курорта Тапольца, где находится одна из лучших в мире карстовая лечебная пещера с научно доказанной эффективностью. Венгерский курорт Парадфюрдо, отличительной особенностью которого является природная мафета, был представлен в докладе главного врача и генерального директора больницы Парадфюрдо Др. Рабоцки Аниты и менеджера Parád Park Hotel Kft. Кривенконе Фехер Юдит, а венгерскую стоматологию и ее преимущества представила главный врач клиники «DENTSANA-TA» из г. Шопрона Др. Пивец Наталия.

Впервые на нашей конференции прозвучала информация и о реабилитационных программах курортов Чехии, а также была представлена информация о замке-отеле-оздоровительном центре Таубенхайм в Германии, с которым сотрудничает наш Информационный центр и издательство.

Большой интерес делегатов вызвали сообщения о реабилитации на дому после инсульта, о музыкотерапии, сказкотерапии, хиропрактике, лечебной физкультуре, китайском массаже, логопедических и психологических практиках, цифровом психоанализе, профилактике йод-дефицитных и витамин Д-дефицитных состояний. Не обошлось и без необычных выступлений, впрочем, как всегда на наших конференциях. Так, совершенно потрясающим был доклад Вазиной К.Я., доктора пед. наук, академика, профессора международной академии «Здоровье и саморазвитие человека», руководителя авторской научной школы «Саморазвитие человека» из Нижнего Новгорода. Она говорила о мудрости здоровой жизни семьи в наше время. А одного из докладчиков Уманского А.А., который разработал авторский метод диагностики и лечения заболеваний на расстоянии, Вазина К.Я. назвала настоящим мудрецом.

Главным результатом конференции мы считаем сплочение специалистов вокруг одной из актуальных тем современного здравоохранения — темы реабилитации, готовность совместно решать те вопросы, которые ставят жизнь и перед пациентами, и перед врачами.

Следующим мероприятием в рамках российско-венгерского проекта будет выездная конференция «Альтернативная медицина. Возможности сотрудничества медицины природной, народной и классической» в г. Хевиз (Венгрия) 1–8 февраля 2015 г. Присоединяйтесь, уважаемые коллеги! ☺



ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЦЕНТР КУРОРТОЛОГИИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗА РУБЕЖОМ ПРИ ИЗДАТЕЛЬСКОМ ДОМЕ СТЕЛЛА

ИНФОРМИРУЕТ:

- Формируется группа часто болеющих детей и детей с респираторными аллергиями для лечения в карстовой пещере курорта Тапольца.
- Проживание в отеле Hunguest Hotel Pelion**** superior.
- Ориентировочное время выезда — июнь 2015 года.
- Курс пребывания на курорте — 21 день.
- Программа предусматривает пребывание детей с родителями.
- Лечение будет проводиться под контролем специалиста — врача пульмонолога Детской больницы Хейм Пал, г. Будапешт.
- Дополнительно — проведение Школы «Бронхиальная астма».
- Обеспечивается русский перевод.
- Приглашаем к сотрудничеству врачей педиатров и детских аллергологов, пульмонологов.

**СПРАВКИ ПО ТЕЛЕФОНУ: +7-921-589-15-82,
E-MAIL: STELLA-MM@YANDEX.RU**

АНОНС

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в международной конференции для врачей педиатров, неврологов, психотерапевтов, а также педагогов, психологов, логопедов с участием родителей и представителей профильных общественных организаций:

«Гиперактивные дети как педиатрическая и педагогическая проблема»

29 марта — 05 апреля 2015 г.
в г. Шопрон, Венгрия

В программе:

- СДВГ: современные взгляды врачей и педагогов на проблему
- Методы лечения СДВГ и коррекционная педагогика
- Психологическая помощь
- Дети индиго
- Особенности воспитания гиперактивного ребенка
- Альтернативная медицина: сказкотерапия, музыкотерапия, звукотерапия, фитотерапия, гомеопатия и т. д.
- Инновации в педагогике.

Планируется проживание в лечебной гостинице города Шопрон, который расположен на границе с Австрией, с возможностью экскурсий в свободное время, в т. ч. в Австрию, совместного отдыха с детьми (в отеле есть детский сад) и по желанию — возможно одновременно стоматологическое лечение и эстетическая медицина. В городской купальне предлагаются медицинские программы при заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Воздух Шопрона считается целебным и чистым, в городе расположен пульмонологический санаторий.

Заявки можно направлять на e-mail: stella-mm@yandex.ru

Справки по тел.: +7-921-589-15-82





Мамаева М. А.,
директор Издательского Дома СТЕЛЛА,
руководитель Информационного центра курортологии
и лечения за рубежом, канд. мед. Наук, Санкт-Петербург

ВЕНГРИЯ: О СПЕЦИАЛИЗАЦИИ КУРОРТОВ

За три последних года, в течение которых наш Информационный центр курортологии и лечения за рубежом изучает программы венгерских курортов, нам удалось организовать много рабочих поездок врачей по обмену опытом в Венгрию. Общаясь с венгерскими специалистами, получая из первых рук информацию о лечебных программах, мы хорошо усвоили, что каждый курорт имеет свою специфику, свое направление, соответственно, свои медицинские показания и противопоказания, в зависимости от тех природных лечебных факторов, которыми данный курорт обладает.

И если практически каждый курорт Венгрии имеет свой термальный и/или минеральный источник, это вовсе не означает, что показания и противопоказания для лечения на всех венгерских курортах одинаковы. Все зависит, прежде всего, от состава лечебной воды, способов ее применения (питьевые курсы, купание в бассейнах, ванны, использование в составе грязевых аппликаций и т.д.), а также от наличия дополнительных лечебных природных факторов и опыта их применения у определенных категорий пациентов.

Так, на северном побережье озера Балатон находится один из уникальных венгерских курортов Тапольца, где также есть свой лечебный минеральный источник с особым составом воды. В этой воде необычайно много кальция, и по своей температуре (16–17°C) эту воду нельзя отнести к термальным, т.к. до необходимой температуры ее приходится подогревать. Такая вода полезна не только взрослым, но и детям. Надо заметить, что далеко не на всех венгерских курортах рекомендовано пребывание с детьми именно из-за состава лечебной воды.

Например, купание в озере Хевиз официально разрешено только с 12 лет. Состав воды лечебного озера таков, что пребывание в этой воде рекомендуется в неподвижном или малоподвижном состоянии (с этой целью даже выдаются специальные приспособления, чтобы человек

мог «висеть» в воде, а не плавать). Людям с серьезными заболеваниями сердечнососудистой системы купание в Хевизе, вообще, противопоказано, впрочем, как и пациентам с онкологическими заболеваниями, т.к. в воде присутствует радон. Хевиз — очень специфическое место и, несомненно, настоящее чудо природы. Вода этого озера в течение многих лет помогала людям избавиться от тяжелых недугов, прежде всего, опорно-двигательного аппарата. Здесь с успехом лечат пациентов ревматического профиля, грыжи позвоночника, артриты и артрозы, здесь получают курсы реабилитации пациенты после травм, а также в послеоперационном периоде. Люди едут в Хевиз за серьезным лечением, но если пренебрегать списком противопоказаний, пребывание в воде озера, особенно, чрезмерное, может повлечь негативные последствия, вместо ожидаемой пользы...

Вернемся в Тапольцу. Здесь вода мягкая, не агрессивная, поэтому и противопоказаний для пребывания на этом курорте немного. При диагнозе остеопороз — прямая дорога в Тапольцу. Если беспокоят артрозы, артриты, остеохондроз и другие проблемы опорно-двигательного аппарата в не активной стадии, лечение в Тапольце также показано. Но не только это. Данный курорт обладает еще одним богатством: природной карстовой лечебной пещерой, где успешно лечат респираторные аллергии, в т.ч. бронхиальную астму, хронические бронхолегочные заболевания, синуситы и другую ЛОР-патологию. Пребывание в пещере благотворно влияет на состояние кожи, поэтому рекомендуется посещать этот курорт и пациентам с дерматологическими заболеваниями, в т.ч. с атопическим дерматитом, нейродермитом. Воздух пещеры, насыщенный ионами кальция, в сочетании с кальциевой водой без каких-либо дополнительных лекарств способствует нормализации и состояния кожи, и состояния бронхолегочной системы. А спокойная и естественная красота этих мест, чистый



воздух, размеренный режим курортного городка обеспечивают полноценный релакс и нормализацию работы нервной системы. Тапольца — прекрасное место для семейного отдыха, здесь есть все условия для пребывания с детьми даже грудного возраста. Кроме того, нам этот курорт показался самым подходящим для оздоровления часто болеющих детей.

В Восточной Венгрии хотелось бы отметить курорт Хайдусобосло, где также побывали наши группы врачей с рабочими визитами. Как и во всех курортных городках Венгрии, в Хайдусобосло очень много отелей. Заметно выделяются Hunguest Hotel Aqua-Sol**** и Hunguest Hotel Béke****, расположенные рядом с городской купальней, которая считается самым большим водным комплексом Венгрии. Действительно, городская купальня занимает довольно большую территорию и включает в себя множество различных бассейнов: термальных, обычных, детских, для водной гимнастики, водных аттракционов, там есть также медицинское отделение, где проводятся различные медицинские процедуры, и аквапарк. Несмотря на близость такого роскошного комплекса, как городская купальня, отели Aqua-Sol и Béke имеют свои большие велнес-зоны с хорошо оснаственным медицинским центром, где проводятся серьезные реабилитационные программы пациентам, прежде всего, с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, заболеваниями кожи (псориаз и др.), гинекологическими заболеваниями, а также с заболеваниями сердечнососудистой системы. Реабилитация проводится под контролем специалистов Дебре-

ценского университета, который расположен недалеко от Хайдусобосло.

Одним из ведущих направлений работы курорта является лечение бесплодия. К данной проблеме венгерские специалисты подходят комплексно и дифференцированно. Конечно, основным лечебным фактором является термальная йодно-бромная, гидроген-карбонатная вода, содержащая также эстрогены. В комплексном лечении бесплодия используется и знаменитая хевизская лечебная грязь, смешанная с водой Хайдусобосло, а также физиопроцедуры, массаж, ЛФК и т.д.

Ввиду специфичности своего состава вода Хайдусобосло имеет коричневый цвет и запах нафталина, она масляниста на ощупь. Целебная вода благотворно влияет на состояние кожных покровов, оказывая антисептическое, противовоспалительное, смягчающее действие, здесь с успехом лечат псориаз и многие другие рецидивирующие заболевания кожи.

Еще одним крайне востребованным направлением курорта Хайдусобосло является лечение ДЦП. Дозированное пребывание в лечебной воде способствует расслаблению мышц, коррекции многих ортопедических проблем. Примечательно, что в медицинском отделении отелей Aqua-Sol и Béke можно увидеть сотрудников-санитаров, которые сами имеют ортопедические нарушения, имеют инвалидность, при этом они полноценно трудятся. Это создает условия для формирования так называемой безбарьерной среды и для психологической поддержки пациентов-инвалидов.

HUNGUEST HOTEL

ВÉКЕ

HAJDÚSZOBOSZLÓ

ВЕНГЕРСКИЙ КУРОРТ ХАЙДУСОБОСЛО

- Два термальных бассейна
- Высокий уровень комфортности
- Велнес-зона с бассейнами, саунами (4 типа), гидромассажем и т. д.
- Тренажерные залы
- Ресторан (шведский стол, детское и диетическое меню), живая музыка
- Номера для аллергиков и инвалидов
- Медицинский центр, лечебные программы
- Конференц-залы
- Условия для семейного отдыха и оздоровления
- Салон красоты

ЛЕЧЕНИЕ и ОЗДОРОВЛЕНИЕ

- Ревматологическая реабилитация
- Кардиологическая реабилитация
- Лечение псориаза
- Лечение бронхиальной астмы, аллергии (галакамера)
- Оздоровление при эндокринных заболеваниях (в т. ч. диабет, ожирение)
- Лечение бесплодия, гинекологических проблем



Hungary-4200 Hajdúszoboszló, Mátyás király sétány 10.
Tel: (06-52) 273-253. Fax: (06-52) 361-759

e-mail: hotelbeke@hunguesthotels.hu
www.hotelbeke.hunguesthotels.com

Реклама



Последняя рабочая поездка наших врачей состоялась в конце октября. Теплой венгерской осенью мы познакомились с курортом Харкань, знаменитой южной венгерской здравницей, где десятилетиями отработывались программы лечения псориаза, гинекологических заболеваний и патологии опорно-двигательного аппарата. Как и в других городах-курортах, в Харкани работает большая купальня с медицинским отделением, где используются целебные возможности местной воды. Кроме того, в Харкани функционирует большая больница, которая обслуживает не только венгерских пациентов, но и иностранных. Наиболее популярны реабилитационные программы для больных псориазом, гарантирующие купирование симптомов заболевания до 6 месяцев. Поэтому врачи-реабилитологи рекомендуют таким пациентам проходить курсы лечения в Харкани примерно раз в полгода, чтобы поддерживать качество жизни на должном уровне. На сегодня не только в Венгрии, но и в Европе мало таких курортов, где эффективно занимаются лечением псориаза. В Харкани же присутствуют в наличии все три фактора, необходимые для лечения этого заболевания, а именно, лечебная вода, солнце и база для физиотерапевтических процедур. Из этих трех факторов важнейшим является лечебная вода, которая может быть хорошей альтернативой лекарствам, применяемым при псориазе, и кроме того, действие лечебной воды гарантирует более длительную ремиссию.

Самый крупный отель курорта THERMAL HOTEL HARKÁNY**** имеет свой медицинский центр, бассейны с чудодейственной целебной водой, хорошо оснащенное физиотерапевтическое отделение. Пациенты, приезжающие в Харкань за лечением, вполне могут получать полноценные курсы реабилитации, проживая в комфортабельном отеле.

Интересны и окрестности курорта, история которого окутана легендами и сказаниями. В Южной Венгрии сохранилось много старинных замков, базилик, исторических мест и других достопримечательностей. Здесь издревле занимаются виноделием, выращивая ценные сорта винограда. К гостям в Харкани относятся особенно приветливо, этот край не избалован паломничеством туристов, в основном, сюда едут целенаправленно за здоровьем.

Во время последней рабочей поездки нам удалось познакомиться с еще одним замечательным венгерским курортом Парадфюрдо, который называют «Жемчужиной горы Матра». Лечебная купальня расположена среди живописных лесов в долине кристально чистого горного ручья Тарна. Парадская Государственная Клиника находится на высоте 214 м над уровнем моря в долине с удивительно мягким, уравновешенным климатом, поскольку это место надежно защищено от северо-западных ветров хребтом горы Матра. Купальня известна в Венгрии как один из центров медицинского туризма благодаря лечебной термальной воде с содержанием мышьяка, железа, квасцов. «Кислой» водой из источника Чевице более двух столетий пользуются для лечения, в основном, гинекологических заболеваний, а также в Парадфюрдо лечебную воду пьют при заболеваниях желудка. Термальная лечебная вода своими химическими и биологическими свойствами восстанавливает репродуктивные функции женских органов, поэтому используется для лечения большинства случаев женского бесплодия, хронических воспалительных про-

цессов, болевого синдрома в области малого таза, недержания мочи, а также применяется в период реабилитации после гинекологических операций. Парадская вода также эффективна при рахите у детей, остеопорозе, ревматизме, а также применяется для лечения и профилактики заболеваний сердечнососудистой системы. Вода способствует нормальному функционированию желчного пузыря и печени, а мочегонные свойства делают ее полезной при лечении почечнокаменной болезни, при воспалении мочевых путей. Кроме того, доказано, что лечебная вода курорта улучшает состояние больных при сахарном диабете, а также эффективна при лечении различных заболеваний кожи, например, крапивницы и экземы.

По своему составу парадская вода является неповторимой и особенной. На всей территории Европы нет больше такого источника с подобным составом воды. Это отличительная черта курорта, что здесь есть не только уникальный термальный целебный источник, но и источник минеральной питьевой воды, благодаря наличию которого на курорте разработаны гастроэнтерологические лечебные программы.

Кроме того, Парадфюрдо славится своей природной мофеттой — это бассейн углекислого газа или «сухая баня». Примерно 10 лет тому назад газ, который поднимается из глубины около 1000 метров (в его состав входит углекислый газ, кислород, азот, метан и радон), был обнаружен в Венгрии. Углекислый газ (CO₂) — естественный стимулятор защитных сил организма. Чем больше его содержание в крови и тканях, тем активнее организм сопротивляется болезням. Основной переносчик углекислого газа, так же как и кислорода, в организме человека — гемоглобин. Поступая в легкие, гемоглобин в обмен на углекислый газ отдает тканям кислород, причем, в том же количестве, сколько получает CO₂. При дефиците углекислого газа развивается кислородное голодание и, как следствие, спастические явления, порождающие пагубные последствия: гипертоническую болезнь, ишемическую болезнь сердца, запоры, ожирение, сахарный диабет второго типа, бронхиальную астму, язву желудка, остеохондроз и т.д.

Процедура «сухие углекислые ванны» (мофетта) предназначена для обеспечения восстановления постоянного нормального содержания углекислого газа в артериальной крови, в результате чего спастические явления автоматически устраняются. Такие процедуры рекомендуются, прежде всего, больным сердечнососудистыми заболеваниями. Преимущество сухой ванны в том, что общая нагрузка на организм меньше: нет теплой воды — значит, нет гидростатической и температурной нагрузки, поэтому такую ванну можно принимать даже после инфаркта миокарда, на ранних стадиях реабилитации, а также после операции аортокоронарного шунтирования.

Действие мофетты положительно сказывается на функциональном состоянии нервной системы, эндокринной, иммунной, а также на регуляции электролитного, углеводного и жирового обменов, поэтому в комплексном лечении эти процедуры применяются при нарушениях обмена веществ и заболеваниях эндокринной системы, например, при ожирении, сахарном диабете и т.д. ☺

Продолжение следует...

АНОНС

Уважаемые коллеги!

**Начиная с 2012 года в Доме братьев Графов Виельгорских
в Санкт-Петербурге на Итальянской ул., д. 6\4
в обстановке единственного в городе исторического
восстановленного литературно-музыкального салона
проводятся информационно-музыкальные
мероприятия для врачей из цикла**

«Медицина и музыка»

**В программе: научный семинар, фуршет, концерт.
В семинарах принимают участие авторы журналов
«Пятиминутка» и «Все, о чем Вы хотели спросить педиатра».
Обсуждаются самые актуальные темы современной медицины.
В концертах участвуют ведущие артисты, певцы,
музыканты Санкт-Петербурга.**

За более подробной информацией обращайтесь по тел.:
(812) 307-32-78, (812) 315-38-44, 8-921-589-15-82, 8-911-977-37-37

e-mail: stella-mm@yandex.ru

Марина Аркадьевна Мамаева,

главный редактор Издательского Дома СТЕЛЛА

Тамара Александровна Васильева,

организатор музыкальных собраний в Доме братьев Графов Виельгорских





Др. Н. Пивец,
главный врач стоматологической клиники «DENTSANA-TA»,
г. Шопрон, Венгрия

ВЕНГЕРСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Можно много говорить о красе Венгрии, великолепной природе, туристических достопримечательностях, но нельзя не рассказать о венгерской стоматологии.

Уже многие годы эта страна занимает ведущую позицию в мире по стоматологическому туризму. Отдых, совмещенный с лечением, — это очень практично и выгодно. Поэтому многие европейцы уже давно совмещают туристическую поездку в Венгрию с оздоровлением на курортах этой страны, а также с лечением и протезированием зубов.

Стоматологический туризм — это, несомненно, удобный выход из сложного положения, поскольку отпуск один, и он строго регламентирован, причем, у деловых людей обычно этот отпуск весьма непродолжительный. Но это же отпускное время можно посвятить и своему здоровью. Например, привести в порядок зубы, причем, без ущерба всем отпускным программам. По своему опыту общения с иностранными пациентами, в частности, пациентами из России, скажу, что состояние полости рта тех, кто обычно обращается за помощью, весьма плачевно. Насколько я осведомлена, постановка коронок в российских стоматологических клиниках затягивается порой на несколько недель, а то и месяцев. Все это время пациент вынужден мириться с неблагоприятным состоянием полости рта, причем, неблагоприятным не только физическим, но и эстетическим, а значит, и психологическим.

Выбирая стоматологическое обслуживание в Венгрии, человек заранее знает, что приведет свои зубы в порядок за короткий промежуток времени. Сроки протезирования в венгерской стоматологии максимально сжаты. Так, металлокерамическая коронка изготавливается и устанавливается за 3 дня, а полное протезирование рта — в течение 4–5 рабочих дней. При этом, качественно!

Материалы, используемые для работ в венгерской стоматологии, самые лучшие, предоставляется гарантия качества, технологии самые современные. Так как в зуботехнической лаборатории имеется полнейший арсенал машин и приборов для зубопротезных работ, есть возможность сроки выполнения работ сократить. Технологии, используемые при этом, отвечают лучшим мировым стандартам, не говоря уже о том, что ценовая политика стоматологии в Венгрии более чем демократична. Хорошим показателем является то, что жители Германии, Австрии, Швейцарии, Италии, Англии и других стран охотно пользуются услугами венгерских стоматологов, несмотря на то, что и в этих странах данное направление медицины развито ничуть не хуже, однако в Венгрии они находят более благоприятное соотношение цены и качества.

В настоящее время многие российские пациенты убедились в преимуществах венгерской стоматологии, остались довольны её качеством, поскольку на ту же самую работу, выполненную на родине, пришлось бы потратить гораздо больше средств и несоизмеримо больше времени, чем в Венгрии. Обычно нам присылают на e-mail панорамный снимок, и на основе этого составляется план лечения, и определяются сроки. Для полного восстановления полости рта пациента требуется обычно от 7 до 10 дней, при этом, венгерские стоматологи предлагают услугу, что называется «под ключ». И за этот непродолжительный срок пациент посещает стоматологическую клинику всего 2–3 раза, в зависимости от конкретной ситуации. Остальное время он может посвятить отдыху, знакомству с достопримечательностями, водным процедурам.

Специалисты имплантологи тщательно подбирают максимально приемлемый вид имплантации и конструкцию импланта, используя только качественные материалы.

В нашей стоматологической клинике выполняются все виды стоматологических услуг:

- Фотополимерные пломбы
- Все виды протезирования
- Профессиональное снятие зубных отложений (зубных камней)
- Отбеливание зубов
- Пародонтологическое лечение
- Ортодонтическое лечение
- Зубные украшения
- Имплантанты

Наши принципы:

- Быстрая и качественная работа в короткие сроки
- Индивидуальный подход к пациентам
- Гарантия качества
- Возможность совместить лечение с отдыхом
- Дополнительные эстетические врачебные услуги (мезонити, ботокс, филлеры, мезотерапия, дермароллер, дракулотерапия, глубокий американский пилинг).

Решив полечить и восстановить зубы в Венгрии, пациенты совмещают качественное стоматологическое лечение с приятным отдыхом, общим оздоровлением и получают возможность привести в порядок усталое лицо вдали от взглядов друзей и знакомых. ☺

Уважаемые коллеги! При Издательском Доме СТЕЛЛА работает Информационный центр курортологии и лечения за рубежом

Основные направления:

- лечение и реабилитация за рубежом
- возможности оздоровления за рубежом и в России
- совмещение оздоровительных и туристических программ
- рекомендации по выбору курорта, санатория, клиники согласно профилю заболевания
- консультации специалистов — авторов издательства
- проведение семинаров по зарубежной курортологии
- организация рабочих поездок врачей по обмену опытом с зарубежными коллегами
- организация международных конференций за рубежом

Наше главное направление — Венгрия, страна термальных источников, уникальных курортов и высокоразвитого здравоохранения.

Приглашаем к сотрудничеству врачей разных специальностей

В Санкт-Петербурге открываются информационно-консультативные кабинеты курортологии при сотрудничестве с НП «Русско-венгерское сотрудничество».

Следите за нашей информацией!



Справки по тел. 8-921-589-15-82, e-mail: stella-mm@yandex.ru

www.stellamed.info



М. А. Мамаева,
кандидат медицинских наук,
ДКДЦ Приморского района Санкт-Петербурга

ВИТАМИН Д В КОМПЛЕКСНОМ ОЗДОРОВЛЕНИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Проблема оздоровления часто болеющих детей (ЧБД) и поддержания их здоровья на должном уровне остается по-прежнему актуальной. По российским данным, доля ЧБД в детской популяции колеблется в широком диапазоне — от 15 до 75%, не имея тенденции к снижению (Черная Н.Л., Маскова Г.С., 2008). На консультативном приеме в ДКДЦ Приморского района Санкт-Петербурга ЧБД составляют 62% (по обращаемости).

Напомним, что к группе ЧБД принято относить детей, подверженных частым респираторным заболеваниям из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма и не имеющих стойких органических нарушений в них (1). Критерии включения детей в группу часто и длительно болеющих были предложены в 1986 г. Альбицким В. Ю. и Барановым А. А. (Табл. 1) (2).

Таблица 1

Критерии включения детей в группу часто и длительно болеющих (Альбицкий В. Ю. и Баранов А. А., 1986)

Возраст	Количество эпизодов ОРИ в год
Первый год жизни	4 и более
До 3 лет	6 и более
4–5 лет	5 и более
Старше 5 лет	4 и более

Но фактически большинство ЧБД переносят более 7–10 респираторных инфекций в год, осложненных бронхитами, отитами, синуситами, пневмониями и т.д., что не позволяет восстановиться иммунной системе ребенка после заболевания, приводя в дальнейшем к хронизации патологии и нередко к инвалидности.

Напомним, что ЧБД — это не диагноз, а медицинский термин, собирательное понятие, обозначающее большую группу детей, болеющих согласно указанным критериям частоты (3). ЧБД, соответственно, не учитываются меди-

цинской статистикой, не проходят обязательную диспансеризацию, как это было ранее, а оздоровительные мероприятия получают спорадически, бессистемно, в зависимости от настойчивости родителей и возможностей поликлиник, которые на сегодняшний день более чем скромные, т.к. реабилитационные отделения есть далеко не при всех поликлиниках и имеют малую мощность. В какой-то мере ЧБД являются «беспризорниками» в современной системе здравоохранения, несмотря на обилие научной литературы по данной теме.

Реально работающих практически значимых программ оздоровления ЧБД в настоящее время нет. Таким детям часто бессистемно назначают антибиотики, иммуномодуляторы, синтетические витаминно-минеральные комплексы и другие лекарства, что еще больше нарушает работу иммунной системы ребенка. Детская санаторно-курортная служба в стране за последние десятилетия заметно пострадала. Оздоровлять детей стало практически нигде.

В этой связи повышается роль оздоровительных мероприятий, проводимых за пределами лечебно-профилактических учреждений:

- Сбалансированное, полноценное питание с дотациями витаминов и минералов
- Двигательная активность, физкультура, умеренные занятия спортом
- Закаливающие процедуры
- Психологическая поддержка
- «Альтернативное» санаторно-курортное лечение и оздоровление, например, за рубежом, климатотерапия, спелеотерапия и т.д.
- Оздоровление среды обитания ребенка.

Наиболее простым и доступным методом оздоровления является правильное питание. В настоящее время принято назначать детям витаминно-минеральные комплексы в качестве дотаций к питанию. Выбор витаминно-минеральных комплексов сейчас очень большой, однако большинство из них имеют синтетическое происхождение.

Польза солнца – в препаратах Минисан!



МИНИСАН® Витамин Д₃

для повышения защитных сил
организма, укрепления костной
ткани и зубной эмали.



Начни утро с Минисан!

Минисан Витамин Д₃
таблетки для детей
старше 3-х лет и взрослых

Минисан Витамин
Д₃ капли для детей
и взрослых

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ. БАД. ПЕРЕД
ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ИЛИ
ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ.



ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНЫЙ ДИСБАЛАНС У ЧБД

Нам удалось определить уровень некоторых жизненно важных витаминов в сыворотке крови ЧБД, результаты заставили задуматься (Табл. 2) (4).

Таблица 2

Результаты исследования уровня витаминов в сыворотке крови ЧБД (по данным «Центра биохимических исследований» СПб, 2007)

1. Уровень витамина Д — дефицит у 41% детей; еще в 6% случаев — на нижней границе нормы.
2. Уровень витамина А — дефицит в 18% случаев; у 6% детей — выше нормы; в 76% случаев — нормальные показатели.
3. Уровень витамина Е — выше нормы у 88% детей, у 12% детей — ниже нормы. Нормальные показатели не отмечены ни у одного ребенка (!)

Не менее интересные результаты получены при спектральном исследовании волос на содержание в них минералов (Табл. 3) (4).

Таблица 3

Результаты исследования уровня минералов в волосах ЧБД (по данным «Центра биохимических исследований» СПб, 2007)

Дефицит магния — 94%
Дефицит кальция — 59%
Дефицит хрома — 71%
Дефицит марганца — 65%
Дефицит железа — 70%
Дефицит цинка — 71%
Дефицит селена — 76%

В результате полученных данных, мы определили, что у ЧБД формируется устойчивый витаминно-минеральный дисбаланс, который, несомненно, нуждается в коррекции индивидуально подобранными для каждого ребенка препаратами. Вероятно, поэтому часто болеющим детям практически не приносят пользы обычные поливитаминно-минеральные комплексы и, тем более, иммуномодуляторы, назначаемые бессистемно, «на всякий случай». Имеет смысл в периоде реабилитации после лечения основной патологии назначать малокомпонентные витаминно-минеральные комплексы и монопрепараты целенаправленно после соответствующего обследования.

Как мы видим, наиболее выраженный дефицит обнаружен по витамину Д, а также по жизненно важным минералам: магнию, хрому, железу, цинку, селену, кальцию, марганцу. Поскольку метаболизм кальция и магния тесно связан с витамином Д, стоит напомнить о значении данного витамина для здоровья растущего организма и для часто болеющих детей, в частности.

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЕ СВОЙСТВА ВИТАМИНА Д

О широком спектре полезных для организма свойств витамина Д известно немало. Будучи витамином и гормоном, он принимает активное участие во многих метаболи-

ческих процессах, тем самым предупреждая развитие целого ряда заболеваний, в частности, рахита у детей и остеопороза у взрослых, кариеса зубов, сердечнососудистой патологии, сахарного диабета, гипертонической болезни, заболеваний кожи, синдрома хронической усталости, аутоиммунных и воспалительных заболеваний и даже онкологической патологии (5).

Известно также, что дефицит витамина Д вызывает дисфункцию иммунитета. Научно доказана четкая корреляция между содержанием витамина Д в организме ребенка и частотой респираторных инфекций (6). Витамин Д, несомненно, оказывает иммуномодулирующее и противовоспалительное действие, механизмы которого исследованы в ряде научных работ и заключаются в следующем:

- Рецепторы к витамину Д имеются на активированных Т-лимфоцитах, макрофагах.
- За счет прямого воздействия на активированные Т-лимфоциты витамин Д (кальцитриол) уменьшает продукцию ими противовоспалительных цитокинов.
- Кальцитриол способен ингибировать пролиферацию цитотоксичных Т-лимфоцитов, а также стимулировать активность Т-супрессоров, поддерживая резистентность организма к собственным антигенам.
- Вит Д стимулирует фагоцитарную активность моноцитов и макрофагов, активизирует естественные киллеры, усиливая способность организма противостоять инфекционным заболеваниям.
- Взаимодействие кальцитриола с эпителиальными клетками респираторного тракта приводит к активному синтезу ими специфического белка, препятствующего проникновению патогенов в нижние дыхательные пути.

Иными словами, витамин Д — это природный иммуномодулятор, который в разумных дозах никогда не нанесет вреда иммунной системе ребенка, как это порой происходит при длительных курсах иммуномодулирующих препаратов различных фармацевтических групп, применяемых для лечения и профилактики частых респираторных заболеваний, в т. ч. в группе ЧБД.

Помимо выше сказанного, витамин Д регулирует фосфорно-кальциевый метаболизм и участвует в метаболизме магния, осуществляя регуляцию абсорбции кальция, фосфатов и магния в кишечнике за счет избирательного повышения проницаемости эпителия кишечника для этих ионов, а также ускоряя реабсорбцию кальция и фосфора в почках и подавляя избыточную секрецию паратиреоидного гормона. Учитывая полученные данные исследования уровня витаминов и минералов в организме ЧБД, включение витамина Д в систему оздоровления данной группы детей не вызывает сомнений.

СПОСОБЫ ДОТАЦИИ ВИТАМИНА Д

Витамин Д — единственный витамин, способный синтезироваться в организме. Это происходит в коже под воздействием солнечных лучей. В северных широтах летом можно получить достаточное количество витамина Д, находясь на солнце 2–3 раза в неделю в течение 20–30 минут между 10–00 и 14–00 часами, подвергая воздействию солнечных лучей не менее 40% поверхности тела, но запаса витамина Д, полученного в летний период, хватает примерно на три месяца.

Следует помнить, что образование Витамина Д кожей снижается с возрастом, при более темном цвете кожи, при применении солнцезащитных средств, а также при ожирении. УФ лучи не способны проникать через стекло, поэтому воздушные ванны на застекленных террасах практически не имеют смысла.

Получить достаточное количество витамина Д с питанием в большинстве случаев невозможно, т.к. современные продукты питания содержат этот витамин в небольших количествах. Например, чтобы восполнить необходимую суточную потребность в данном витамине, придется употребить 400 г. сливочного масла в сутки или 9 штук куриных яиц. Это сложно себе представить. Конечно, можно употреблять ежедневно достаточное количество жирной морской рыбы, но это не всем доступно, а у некоторых детей отмечаются аллергические реакции именно на морепродукты.

Учитывая эти факты, остается рекомендовать дотации витамина Д в виде биологически активных добавок к пище. Педиатры склоняются больше к препаратам натурального происхождения. Преимущества их очевидны:

- Щадящий характер терапии
- Минимум неблагоприятных побочных действий
- Отсутствие компонентов, чужеродных организму человека
- Высокая эффективность — при адекватных дозах и продолжительности курса
- Избирательность действий препаратов
- Многогранность лечебных эффектов
- Большая приверженность лечению.

На отечественном рынке появился натуральный препарат витамина Д, отвечающий всем необходимым требованиям, — Минисан®. Это оригинальный препарат европейского качества, разработанный в Финляндии. В его состав входит физиологичная для организма, жирорастворимая форма витамина Д₃. Препарат не содержит аллергенных добавок, поэтому хорошо переносится. Минисан® удобен и прост в применении. Выпускается в виде легко дозируемых капель для детей до 3-х лет и жевательных таблеток маленького размера для детей старше 3-х лет и взрослых. Таблетки витамина Д являются сами по себе уникальной

формой выпуска, имеющей, к тому же, хорошие вкусовые качества, что немаловажно в педиатрической практике. Одна таблетка содержит 400 МЕ жирорастворимого витамина Д₃, что соответствует суточной потребности организма (7). Ксилитол, используемый в качестве подсластителя, безопасен для зубов. Кроме того, препарат не содержит лактозу, дрожжи, желатин, глютен, что, несомненно, тоже является преимуществом. Капельная форма препарата также легко дозируется: 1 капля содержит 100 МЕ жирорастворимого витамина Д₃, 4 капли соответствуют суточной потребности ребенка. Препарат не содержит алкоголя, молока, дрожжей, консервантов, ароматизаторов и красителей.

В настоящее время мы рекомендуем Минисан® в суточной дозе 400 МЕ в качестве дотации витамина Д не только детям с целью профилактики рахита и остеопороза, но и часто болеющим детям в осенне-зимне-весенний период с целью профилактики острых респираторных заболеваний.

О других методах оздоровления ЧБД мы расскажем в следующих статьях. ☺

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Безруков К. Ю., Стернин Ю. И. Часто и длительно болеющий ребенок, СПб: ИнформМед, 2011. — 168 с.
2. Альбицкий В. Ю., Баранов А. А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления, Саратов, 1986. — 228 с.
3. Самсыгина Г. А. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии // Практика педиатра, декабрь, 2005. — С. 40–44
4. Мамаева М. А. Часто болеющие дети: программа обследования, лечения и оздоровления. Пособие для врачей. СПб: Издательский Дом СТЕЛЛА, 2011, 60 с.
5. Захарова И. Н., Яблочкова С. В., Дмитриева Ю. А. Известные и неизвестные факты о витамине Д // Вопросы современной педиатрии. — 2013. — т. 12. — № 2. — с. 26–31.
6. Tumer L / The extra-osseous effects of vitD. Published by DANONE Institute Turkey association, 2010
7. Бондарь В. И. Проблема питания современного человека. Витамины и витаминоподобные вещества // Пятиминутка, № 1, 2012 (18), С. 26–32

НОВОСТИ

Добавки с витамином D могут уменьшить обострения ХОБЛ

Добавки с витамином D могут уменьшить обострения ХОБЛ (хронической обструктивной болезни легких) более чем на 40%, заявляют медики. Как отмечает Financial Express, Университет Королевы Марии провел эксперимент с 240 добровольцами, которые страдали от дефицита витамина D. 122 пациента получали витаминную добавку, а 118 — плацебо. Потом ученые сравнили тяжесть и продолжительность обострений, которые угрожали госпитализацией. В итоге оказалось, что добавки значительно улучшили состояние пациентов, но это касалось только тех, у кого изначально был снижен уровень витамина D в организме, хотя, в сравнении с плацебо-группой, улучшения фиксировались в любом случае. Специалисты советуют всем больным ХОБЛ проверить свой уровень витамина и начать прием добавок с витамином D при выявлении дефицита. Надо сказать, это первое полноценное клиническое испытание витамина D, с точки зрения влияния добавки на течение симптомов ХОБЛ. Хотя ранее ученые пытались это выяснить, проведя маленький эксперимент с людьми, имевшими особо тяжелую симптоматику.

ХОБЛ — заболевание, характеризующееся ограничением воздушного потока в дыхательных путях. Ограничение обычно имеет неуклонно прогрессирующий характер и спровоцировано воспалительной реакцией ткани легких на раздражение. Патологический процесс начинается в слизистой бронхов, где происходит изменение работы секреторного аппарата. Нередко присоединяется инфекция.

Источник: <http://www.medlinks.ru/>



М. В. Эрман,
профессор, доктор медицинских наук,
Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Железодефицитные состояния и железодефицитная анемия являются часто встречающимися заболеваниями у детей различных возрастных групп. В статье обсуждаются современные проблемы дефицита железа, железодефицитных анемий у детей, распространенность, механизмы развития. Представлены профилактика и лечение железодефицитных состояний и железодефицитной анемии.

Железодефицитные состояния и железодефицитные анемии являются самой распространенной патологией в мире, занимая, по данным ВОЗ, первое место среди 38 наиболее распространенных заболеваний человека. Дефицит железа имеют более трех с половиной миллиардов, а железодефицитную анемию — почти два миллиарда жителей планеты [1]. Анемии часто осложняют течение различных острых и хронических заболеваний, оказывая существенное влияние на прогноз [2].

К группам риска железодефицитных состояний относят детей первых двух лет жизни и подростков. Особо хочу выделить подростков, так как в силу разных причин мы уделяем им меньше внимания. Дефицит железа у них развивается под воздействием ряда причин. Подростки имеют повышенные потребности в железе из — за ускоренных темпов роста (так называемый «пубертатный скачок роста»); интенсивных спортивных тренировок (повышенные потери железа при гемолизе эритроцитов и сниженная абсорбция металла при высоких физических нагрузках). Существенную роль играет недостаточное поступление железа с пищей — несбалансированная диета с недостаточным содержанием мясных продуктов. Различные варианты «диет для похудения», часто применяемые девушками, имеют низкое содержание животных продуктов, что ведет к возрастанию риска железодефицитных состояний. Студенты медицинского факультета СПбГУ провели опрос школьников различных районов Санкт — Петербурга о вегетарианстве. 2% школьников старших классов являются вегетарианцами. Попутно было выяснено, что ни один из них не принимал препараты железа. Кроме того, у подрост-

ков часто отмечаются заболевания и состояния, сопровождающиеся нарушением всасывания и потерей железа: синдром мальабсорбции, эрозивно — язвенные заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, глистная инвазия, лямблиоз, частые носовые кровотечения. У девушек пубертатного возраста нередко причиной железодефицитных состояний и анемии становятся менструальные кровопотери и ювенильные маточные кровотечения. При обследовании большой группы японских школьниц было установлено, что 78% девушек через 3 года после начала менструаций имели железодефицитные состояния различной степени выраженности [3].

К анемиям, по классификации ВОЗ, относят состояние, при котором снижено содержание гемоглобина ниже 110 г/л у детей до 6 лет и ниже 120 г/л — старше 6 лет. В материалах заседания Коллегии Министерства здравоохранения РФ «Совершенствование организации специализированной помощи детям с гематологическими и онкологическими заболеваниями» отмечен рост заболеваемости гематологическими заболеваниями за последние 5 лет на 43%, причем в структуре гематологической заболеваемости детей на первом месте стоят анемии. Даже в индустриально развитых странах анемия встречается у 20,1% детей до 4 лет, у 5,9% детей до 14 лет и 22,7% беременных женщин [4].

Следует подчеркнуть, что железодефицитные состояния у детей встречаются значительно чаще, чем анемии. Так, среди воспитанниц пансионата МО РФ железодефицитная анемия отмечена у 2,5%, а латентный дефицит железа — у 39,6% девочек [5].

ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА В ДЕТСКОМ ОРГАНИЗМЕ

Аntenатальный период. Запасы железа начинают создаваться при поступлении через плаценту. На протяжении нормально протекающей беременности женщина передает плоду 300 мг железа, в среднем 70–75 мг/кг массы тела. Наиболее активно этот процесс протекает, начиная с 28–32 — й недели беременности. К плаценте железо матери доставляется трансферрином. Плацента непреодолима для трансферрина беременной. Точный механизм переноса железа не известен. Транспорт железа — активный процесс, который осуществляется против градиента концентрации и только в одном направлении. Предполагается, что в плаценте имеется высокоактивная ферментная система, которая извлекает железо из материнского трансферрина и передает его плацентарному ферритину или фетальному трансферрину. Трансферрин плода «доставляет» железо в костный мозг, где синтезируются эритроциты; в ткани, где железо входит в состав различных ферментных систем. Избыток железа депонируется в печени и мышцах в виде ферритина. Патологическое течение беременности, сопровождающееся нарушением маточно — плацентарного кровотока и плацентарной недостаточностью,

приводят к уменьшению поступления железа в организм плода. Причины нарушения формирования депо железа у плода: недоношенность; патологическое течение беременности (гестозы, угроза прерывания, перенашивание, острые и обострения хронических заболеваний); многоплодие; фетоматеринские и фетоплацентарные кровотечения; профессиональные вредности; железодефицитная анемия у беременной. Решающую роль в депонировании железа играют нарушения маточно-плацентарного кровотока и функциональный статус плаценты [6]. В проекте Viva (США) было изучено потребление железа, уровень гемоглобина во время беременности у 1167 женщин, и в проекте Avon в Великобритании дана оценка материнского статуса железа во время беременности 1225 женщин. Авторы пришли к заключению, что потребление железа во время беременности влияет на уровень железа у новорожденных и детей.

Постнатальный период. После рождения источниками железа у ребенка являются утилизация железа из эндогенных запасов и экзогенное железо, поступающее с пищевыми продуктами. Антенатальные запасы быстро истощаются. Ежедневная физиологическая потребность в железе детей — 0,5–1,2 мг/сутки; рекомендации ВОЗ — 5,0–10,0 мг/сутки. Эта разница определяется различным уровнем всасывания

TOTEMA®

ТРИ ЭЛЕМЕНТА ЖЕЛЕЗНОГО ЗДОРОВЬЯ

Fe

Cu

Mn



БЫСТРЫЙ ЭФФЕКТ +
АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА




Самый ЭФФЕКТИВНЫЙ среди БЕЗОПАСНЫХ,
самый БЕЗОПАСНЫЙ среди ЭФФЕКТИВНЫХ

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ
АНЕМИИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

РЕГУЛД. П №015590/01

Представительство в России
АО «ЛАБОРАТОРИЯ ИННОТЕК ИНТЕРНАЦИОНАЛЬ» (Франция)
+7 (495) 775-41-12 www.innotech.ru



Реклама



железа. В течение первых 3–4 месяцев жизни материнское молоко является единственным продуктом, который обеспечивает равновесие обмена железа. Причем, железо из женского молока усваивается более эффективно — 38–49%. Из коровьего молока абсорбция железа не превышает 10%. Если не проводится профилактическая терапия сидеропении, то даже при естественном вскармливании к 3 — му месяцу у недоношенных и 5–6 — му месяцу у доношенных возможно развитие железодефицитной анемии. Полноценная и сбалансированная по основным ингредиентам диета позволяют лишь покрыть физиологическую потребность в железе, но не устранить дефицит. Восполнить дефицит железа только диетотерапией невозможно.

Факторы, нарушающие всасывание железа в желудочно — кишечном тракте: хронические заболевания, синдром мальабсорбции; железодефицитные состояния; пищевые и лекарственные вещества; недостаток эритропоэтина.

Стимулируют всасывание железа у ребенка аскорбиновая кислота, янтарная кислота, молочная кислота, лимонная кислота; из лекарственных препаратов — спазмолитики, средства, стимулирующие желудочную секрецию.

Тормозят всасывание железа фитаты, полифенол, оксалаты, карбонаты, фосфаты, кальций, антациды, нестероидные противовоспалительные средства.

Последствия недостатка железа у детей. Уменьшение содержания железа в сыворотке крови, костном мозге и тканевых депо приводит к снижению темпов синтеза и нарушению образования гемоглобина; развитию гипохромной анемии; трофическим расстройствам в тканях; замедленному моторному развитию и нарушению координации; замедленному развитию речи; психологическим и поведенческим отклонениям (невнимание, слабость, неуверенность и т.д.); снижению физической активности.

Следует подчеркнуть, что при выявлении латентного дефицита железа (общая железосвязывающая способность > 58,0 мкмоль/л, ферритин сыворотки крови < 20 мкг/л) ликвидировать дефицит только диетотерапией невозможно. Полноценная и сбалансированная по основным ингредиентам диета позволяет лишь покрыть физиологическую потребность в железе, но не устранить дефицит, так как железа всасывается не более 2,5 мг в сутки. Поэтому при железодефицитных состояниях показано назначение препаратов железа.

Диагностические критерии железодефицитной анемии:

- преобладающее снижение концентрации гемоглобина (Hb), количество эритроцитов может быть нормальным и уменьшается только при значительном дефиците Hb;
- уменьшение цветового показателя менее 0,8;
- микроцитоз эритроцитов;
- снижение уровня Fe в сыворотке крови (норма 0,7–1,7 мг/л или 12,5–30,4 мкмоль/л);
- уменьшение содержания сывороточного ферритина, который характеризует депонированный (тканевой фонд Fe) [менее 50 мкг/л — у детей до года; менее 15 мкг/л — у детей старше 3 лет].

По степени тяжести анемия подразделяется на легкую — Hb 90–110 г/л; среднюю — Hb 70–89 г/л; тяжелую — Hb менее 70 г/л.

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Основные принципы терапии железодефицитных анемий были сформулированы в 1981 г. Л. И. Идельсоном.

- Возместить дефицит железа без лекарственных железосодержащих препаратов невозможно.
- Терапия железодефицитных состояний должна проводиться преимущественно препаратами железа для перорального приема.
- Терапия железодефицитной анемии не должна прекращаться после нормализации уровня гемоглобина.
- Гемотрансфузии при железодефицитной анемии должны проводиться только по жизненным показаниям. Сегодня принципы лечения железодефицитной анемии выглядят следующим образом.
- Устранение причины анемии (по возможности).
- Выбор места лечения (амбулаторно, в стационаре).
- Путь введения препарата железа.
- Индивидуальный подбор препарата и схема приема (циркадные ритмы).
- Половинная доза препарата в первые дни лечения.
- Контроль лечения: лабораторный (ретикулоцитарный криз), клинический.
- Достаточная продолжительность курса: 3–6 месяцев — основное лечение + 1–2 месяца — поддерживающее лечение.

Один из основополагающих принципов педиатрии «здоровая девочка — здоровая женщина — здоровая мать — здоровый ребенок». Необходимо соблюдение адекватного питания женщинами фертильного возраста и компенсация препаратами железа повышенных его потерь. Распространенность дефицита железа у беременных в России: дефицит железа — 29%; железодефицитная анемия — 19,2% (1-й триместр — 5,9%; 2-й — 15,0%; 3-й — 21,5%).

В лечении железодефицитных состояний и анемии ведущую роль играет пероральный прием железосодержащих препаратов. Это объясняется следующими положениями.

- Пероральный прием препаратов железа повышает уровень гемоглобина только на 2–4 дня позже, чем при парентеральном введении.
- Пероральный прием крайне редко, в отличие от парентерального, приводит к побочным эффектам.
- Пероральный прием при ошибочной трактовке анемии как железодефицитной не приводит к развитию гемосидероза.

В настоящее время существует большой выбор железосодержащих препаратов и для врача, особенно молодого, важно «не заблудиться в железном лесу», поэтому для лечения этих состояний так важен выбор быстродействующего и обладающего хорошей переносимостью препарата (рисунок).

У детей предпочтение отдается пероральным (по способу введения), двухвалентным препаратам железа в виде органической соли, с высокой биодоступностью и имеющим хорошую переносимость, низкую частоту нежелательных проявлений и высокую эффективность.

В последние годы среди препаратов железа все большее внимание педиатров привлекает препарат Тотема®

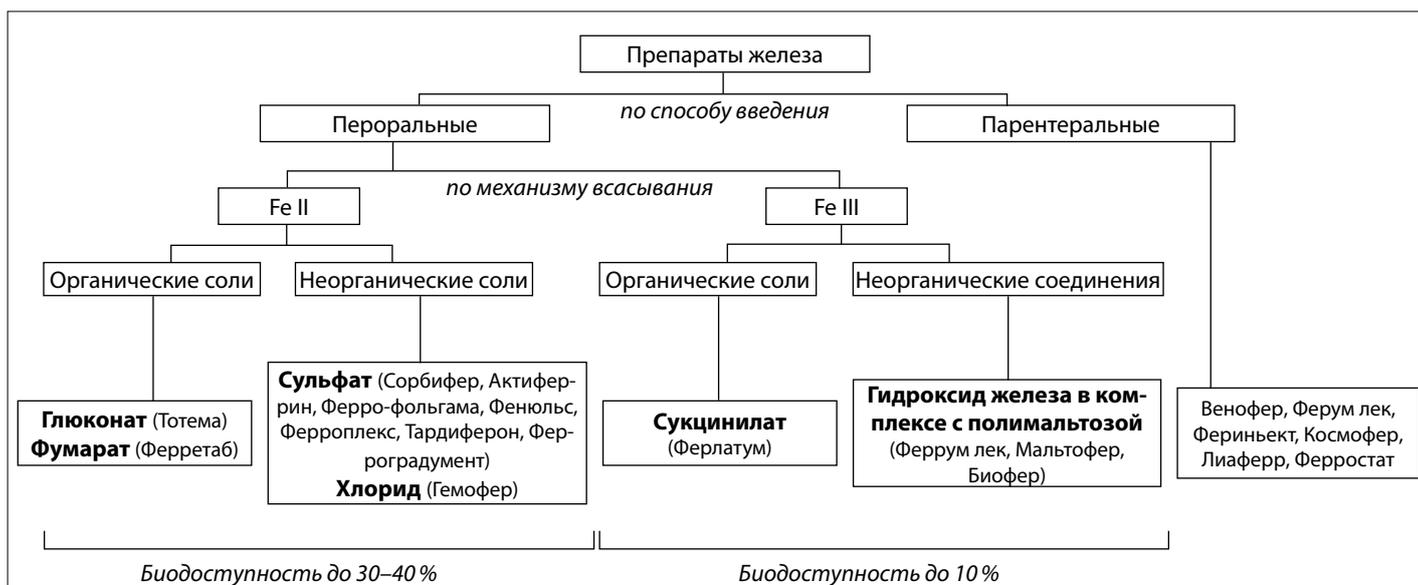


Рисунок.
Препараты железа
(по Н. И. Стуклову,
Е. Н. Семеновой [8])

(Laboratoire INNOTECH INTERNATIONAL, Франция). Н. И. Стуклов приводит ретроспективный мета — анализ 30 исследований о применении препарата Тотема®, включающих 1077 пациентов, и дает высокую оценку его эффективности и хорошей переносимости [7]. Тотема® содержит органическую соль двухвалентного железа, медь и глюконат марганца, что дает возможность быстро восстановить нормальный уровень гемоглобина и депо железа при хорошей переносимости. Жидкая форма препарата позволяет ему распределяться по слизистой кишечника, облегчая всасывание, что, в конечном итоге, позволяет снизить эффективную профилактическую дозу железа по сравнению с другими препаратами железа. Тотема® можно назначать женщинам во время беременности и вскармливания грудью и детям старше трех месяцев.

Итак, еще раз кратко отвечаем на вопрос: «Почему мы сегодня останавливаемся на препарате Тотема®?»

Тотема содержит двухвалентный глюконат железа вместе с глюконатами меди и марганца, причем, их эффективность в восстановлении концентрации гемоглобина и депо железа с хорошей переносимостью доказана в многочисленных исследованиях и не вызывает сомнения. Сравнение результатов трех мета — анализов показало, что Тотема® обладает лучшей переносимостью (частота побочных эффектов 10,4%), чем сульфат железа II (34,1%) и сравнимой переносимостью по отношению к препаратам трехвалентного железа (полимальтозный комплекс гидроксида железа III (14,9%), протеин сукциниллат железа III (9,4%). При приеме Тотема® в 19 раз реже возникают запоры, чем при приеме сульфата железа II и в 10 раз реже, чем при приеме полимальтозного комплекса гидроксида железа III [7]. Тотема® относится к средней ценовой категории, что делает

его оптимальным для терапии большого количества пациентов.

Лечение

Латентный дефицит железа. Для оценки толерантности желудочно — кишечного тракта к препарату ребенок в течение 3 дней получает Тотема® 1 раз в день в дозе 1,0 мг/кг [9]. Препарат дается между кормлениями. При хорошей переносимости доза Тотема® увеличивается до терапевтической (2,5 мг/кг/сутки). Суточная доза делится на 3 приема. Препарат дается между кормлениями. Срок лечения — 2 месяца.

Железодефицитная анемия. Для оценки толерантности желудочно — кишечного тракта к препарату ребенок в течение 3 дней получает Тотема® 1 раз в день в дозе 1,0 мг/кг между кормлениями. При хорошей переносимости доза Тотема® увеличивается до терапевтической (5,0 мг/кг/сутки). Суточная доза делится на 3 приема. Препарат дается между кормлениями. При нормализации уровня гемоглобина (обычно, через 2–3 недели) доза снижается до поддерживающей (2,5 мг/кг/сутки). Длительность приема Тотема® 3 месяца.

Проведено лечение железодефицитной анемии в амбулаторных условиях у 15 детей в возрасте от 3 до 7 лет (мальчики — 9, девочки — 6) препаратом Тотема® [10]. У детей исследуемой группы не было хронических заболеваний, пороков развития. Анемия легкой степени отмечена у 86,7%, средней степени тяжести — у 13,3% детей. Нормализация уровня гемоглобина у детей с анемией легкой степени тяжести произошла к 9 — му дню, анемии средней степени тяжести — к 15 — му дню. Из побочных действий только у одного ребенка (6,7%) отмечены легкие, непродолжительные диспепсические проявления. Они не потребовали отмены препарата. На 5 — й день ребенку был назначен отечественный пробиотик Аципол®. Лечение у всех пациентов успешно завершено.



ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

В странах Западной Европы и США проблемы, связанные с дефицитом железа, решаются благодаря реализации программы «Гемоглобиновое оздоровление населения». Китайский мудрец Чжуан — цзы сказал: «Молодой врач хорошо лечит острые болезни, опытный врач — хронические болезни, мудрый врач занимается профилактикой болезней». Попробуем систематизировать материалы по профилактике железодефицитных состояний в различные возрастные этапы.

Пренатальная профилактика железодефицитных состояний:

- сбалансированное питание беременной женщины с дополнительным использованием специализированных продуктов или витаминно — минеральных комплексов;
- здоровый образ жизни (отказ от вредных привычек), прогулки, занятия физкультурой;
- контроль гемоглобина крови беременной женщины;
- санация очагов хронической инфекции;
- обследование на наличие бактериальных и вирусных инфекций (по показаниям);

Постнатальная профилактика железодефицитных состояний:

- поддержка и поощрение грудного вскармливания;
- сбалансированное питание кормящей матери, обеспечивающее физиологические потребности ее и ребенка в нутриентах (в том числе железе) за счет дополнительного введения специализированных продуктов или витаминно — минеральных комплексов;

- своевременное назначение продуктов прикорма промышленного производства, обогащенных железом (не позднее 6 месяцев). ☉

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. WHO Global Database on Anemia. Geneva. World Health Organization, 2008.
2. Huang J., Means R. The Frequency and Significance of Iron — Deficiency Anemia in Patients with Selected Concurrent Illness // The Internet Journal of Internal Medicine. 2008. V.8; № 1
3. Kagamimori S. et al. A longitudinal study of serum ferritin concentration during the female adolescent growth spurt // Annals of Human Biology. 1998. Vol. 15: 413–419.
4. WHO Global Database on Iron Deficiency and Anemia. Micronutrient Deficiency Information System. Geneva, World Health Organization. 2005.
5. Захарова И. Н., Мачнева Е. Б. Дефицит железа у подростков и его коррекция препаратами железа // Эффективная фармакотерапия. Педиатрия. 1/2014. с. 30–36
6. Эрман М. В. Лекции по педиатрии. СПб.: «Издательство ФОЛИАНТ», 2001. 480 с.
7. Стуклов Н. И., Семенова Е. Н. Лечение железодефицитной анемии. Что важнее, эффективность или переносимость? Существует ли оптимальное решение? Журнал международной медицины. 2013;1 (2):47–55.
8. Стуклов Н. И. Мета — анализ данных переносимости питьевой формы глюконата железа (II), меди и марганца (препарат Тотема) при лечении железо — дефицитной анемии у детей и взрослых. Земский врач. 2012;15 (4):11–19.
9. Квезерели — Коладзе А. Н., Мтварелидзе З. Г. Применение препарата Тотема при лечении железодефицитной анемии у детей раннего возраста. Современная педиатрия. 2010;4 (32):35–38.
10. Эрман М. В. Железодефицитные анемии у детей // Вопросы практической педиатрии. — 2014, т.9, № 1, с. 75–78

НОВОСТИ

Занятия музыкой полезны для психики детей

Ранее ученые выяснили, что утолщение и истончение коры в конкретных областях головного мозга отражают риск тревоги, депрессии, агрессивного поведения и проблем с самоконтролем. В новом исследовании специалисты выясняли, помогает ли музыка укрепить психическое здоровье детей. Для этого они просканировали мозг 232 участников в возрасте от 6 до 18 лет, рассказывает Science World Report. Ученые обнаружили: занятия музыкой влияют на моторные области мозга, повышая их активность для лучшего контроля и координации движений. Изменения происходят и в областях мозга, отвечающих за регуляцию поведения. Например, занятия музыкой приводили к утолщению коры в части мозга, связанной с исполнительными функциями, в том числе, рабочей памятью, произвольным вниманием и планированием будущего. Исследователи также отметили, что занятия музыкой утолщали кору в областях мозга, отвечающих за контроль эмоций. Так, музыка способна справиться с множеством психологических проблем. В связи с этим ученые предлагают разработать новый метод лечения психических расстройств у детей. Специалисты полагают: музыка полезна и для здоровых детей. К примеру, она может улучшить их успеваемость.

Многие давно променяли бумажные книги на электронные. И это не самый лучший выбор, по словам ученых из Гар-

вардской медшколы. Если человек имеет привычку читать электронную книгу вечером, то о крепком сне ему придется забыть, отмечает BBC. Как показал эксперимент, с электронной книгой с подсветкой людям требовалось больше времени, чтобы уснуть. Само качество сна снижалось, а на утро не было чувства бодрости. Если книга без подсветки, то проблемы не должны возникать, ведь именно световое воздействие вечером нарушает работу организма и сбивает «внутренние часы». По этой же причине не стоит пользоваться телефонами и ноутбуками, испускающими голубой свет, перед сном. В противном случае, мелатонин (гормон сна) не будет нормально вырабатываться. Для чистоты эксперимента ученые собрали 12 человек и закрыли их в лаборатории примерно на 2 недели. Пять дней люди читали бумажные книги, а пять дней — с iPad. Регулярно забирались кровь на анализ. И, оказалось, после чтения с планшета снижалась выработка мелатонина. В эти дни было труднее заснуть, сон был менее глубоким, а на утро добровольцы чувствовали себя разбитыми. А нарушение цикла сна сразу же сказывается на здоровье в целом. Нехватка сна приводит к сердечнососудистым заболеваниям, метаболическим расстройствам вроде диабета и ожирения, и также к раку. Это особенно опасно для молодых людей, которые вынуждены рано вставать на учебу, и имеют привычку ложиться поздно.

Источник: <http://meddaily.ru/>



Сушкова Л. В.,
акушер-гинеколог, фитотерапевт,
консультант по проблеме йододефицита,
Москва, Россия

ЙОД И ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

«Трудно найти другой элемент, который был бы более полон загадок и противоречий, чем йод. Мы так мало его знаем и так плохо понимаем основные вехи в истории его странствований, что до сих пор остается непонятным, почему мы лечим при помощи йода и откуда он взялся на Земле» — писал академик А. Е. Ферсман.

Уровень потребности йода для поддержания оптимального здоровья организма в целом не определен до сих пор. Очевидно, что йодную недостаточность приравнивают к появлению простого зоба, кретинизма и другим заболеваниям, связанным напрямую с йододефицитом, в связи с ролью йода в физиологии щитовидной железы. Обеспеченность йодом считают достаточной, если предотвращаются именно эти заболевания. ТТГ (тиреотропный гормон) стал «паролем» в оценке тиреоидной функции, и йод был всеми забыт, а большинство эндокринологов и других специалистов не используют простой способ оценки концентрации йода в моче в течение всей своей медицинской карьеры. Господствующая «истина» о йоде состоит в том, что щитовидная железа — единственный орган в организме, которому требуется этот микроэлемент, и что точное потребление, превышающее потребность щитовидной железы, потенциально вредно.

До начала XX века йод активно использовали в лечении самых различных заболеваний, а вот использование препаратов йода в целях антисептики и дезинфекции составляло лишь малую часть спектра назначений. Йод в прямом смысле слова был панацеей от всех болезней.

Вот пример статьи из журнала «Русский врач» 1915 года Заусайлова М. А. «Йодная настойка при внутреннем употреблении»: «Я применяю внутрь йодную настойку при следующих заболеваниях: при атеросклерозе, мозговых кровоизлияниях и возникающих вследствие этого параличах, при всевозможных сифилитических поражениях внутренних органов и центральной

нервной системы, при спинной сухотке, прогрессирующем параличе, рассеянном склерозе, при грудной жабе, ожирениях, ревматизмах, кокситов, невралгиях (седалищной, межреберной) и т. д.». Что касается таких патологий, как «аортит, астматические заболевания, выпоты в полость плевры, сердечной оболочки, брюшины, эмфизема легких, чахотка, пневмония и бронхиты, сильное малокровие, воспаление среднего уха, тиф и холера», то и здесь имелись десятки публикаций авторитетных авторов, с успехом назначавших йод внутрь.

Многие клетки, помимо тиреоцитов, концентрируют периферический йод против градиента концентрации. Это лейкоциты, слюнные и слезные железы, стекловидное тело глаза, кора почек, поджелудочная железа, печень, желудок, слизистая тонкого и толстого кишечника, слизистая назофарингеальной области, сетчатка глаза, кожа, кора надпочечников, грудные железы, плацента, матка и яичники, тимус, сосудистые сплетения мозга, образующие цереброспинальную жидкость; суставы, артерии и кости.

Лейкоциты способны концентрировать йодид в 300 раз больше во время фагоцитоза и даже использовать дейодированные тиреоидные гормоны для получения неорганического йодида. Хронические вялотекущие процессы всегда связаны с дефицитом йода. Снижение интенсивности обменных процессов в результате йододефицита приводит к накоплению продуктов обмена в слизистых и серозных оболочках, ухудшает восстановление поврежденных и больных тканей, нарушает рост и замену клеток крови и лимфы, снижает активность мозга и всех органов чувств, нарушает усвоение глюкозы клетками печени и другими тканями. Дефицит йода ведет к активизации вирусной, бактериальной и паразитарной инфекции. Создаются условия для развития опухолей, кист,



заболеваний мочеполовой сферы, аутоиммунных процессов. Невозможно решить проблему сердечнососудистых заболеваний, нарушений опорно-двигательной системы, заболеваний желудочно-кишечного тракта и в целом всего организма, не восстановив йодный баланс.

Количество йода, необходимое для организма в целом, пока не определено точно как некий предел, включающий агенты подавления дальнейшего захвата йода щитовидной железой. Предполагают, что верхний лимит потребности организма составляет 14 мг йода. Если 6 мг — оптимальное количество для щитовидной железы, то для экстратиреоидальных тканей нужно дополнительно 8 мг ($14-6=8$). Хотя различные экстратиреоидальные органы и ткани обладают способностью концентрировать и органифицировать йод, наиболее убедительные доказательства необходимости йода получены по отношению к грудным железам. Eskin G. опубликовал результаты исследований на крысах и показал важнейшее значение йода как жизненно необходимого элемента для нормальной функции грудных желез, их защиты от рака и фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ). Количество йода, необходимое для нормальной работы женских грудных желез, составляет 0,1 мг/кг тела/день. Например, для женщины с массой тела 50 кг ежедневная потребность составляет 5 мг йода.

Интересны работы Eskin G., показавшие, что щитовидная железа концентрирует преимущественно йодид, а грудные железы — йод. Грудные железы могут эффективно конкурировать со щитовидной железой за периферический йод. Грудные железы также обладают системой захвата йода, подобной присутствующей в щитовидной железе, и также нуждаются в йоде для поддержания нормальной деятельности. Большие по размеру грудные железы у женщин накапливают больше йода, чем мужские и, следовательно, меньше йода достается щитовидной железе. Это приводит к большей частоте тиреоидной дисфункции у женщин, особенно в регионах с пограничным потреблением йода. Действительно, частота зоба в зоне эндемии в 6 раз выше у девочек, чем у мальчиков подросткового возраста.

Субклинический и явный гипо- и гипертиреоз чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Физиологически более правильно лечить их достаточным потреблением йода, а не тиреоидными гормонами и тиреостатиками.

Демографические исследования в Японии и Исландии показали, что в обеих странах высокое потребление йода сочетается с низким распространением зоба и рака груди, в то время как в Мексике и Таиланде выявлено обратное: высокая частота зоба и рака груди показали выраженную обратную корреляцию между потреблением йода и частотой зоба и рака груди, эндометрия и яичников в различных географических регионах. Сохранение йода в тканях грудной железы у боль-

ных раком груди в 4 раза ниже, чем у пациенток с доброкачественными болезнями.

Экспериментальные исследования Eskin G. на самках крыс указывали на усиливающую роль йодного дефицита на канцерогенный эффект эстрогенов и защитную роль йода для поддержания нормального строения ткани грудной железы.

Введение тиреоидных гормонов женщинам с йоддефицитом может увеличить у них риск рака груди. Частота рака груди по данным УЗИ у женщин, получавших тироксин по поводу гипотиреоза (чаще всего обусловленного йоддефицитом), была в 2 раза чаще, чем у не получавших тироксин (соответственно у 12,1 и 6,2%).

Снабжение йодом является патогенетической терапией йоддефицитного зоба, поскольку йод тормозит не только гипертрофию, но и гиперплазию щитовидной железы и восстанавливает ее нормальную функцию и регуляцию. Повышенный уровень ТТГ индуцирует гипертрофию, в то время как интратиреоидальная йодная недостаточность вызывает гиперплазию щитовидной железы. С другой стороны, подавление ТТГ с помощью гормонов снижает гипертрофию, но не гиперплазию, если имеет место интратиреоидальная йодная недостаточность. Следовательно, введение гормонов йоддефицитным лицам не снижает риска рака щитовидной железы, а при достаточном снабжении йодом этот риск снижается.

Еще одно часто встречающееся состояние молочных желез называется фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ). Частота ФКМ у американских женщин составляла в 1920-е годы 3%. Сегодня 90% женщин имеют это заболевание, проявляющееся гиперплазией эпителия, метаплазией апокриновых желез, заполненными жидкостью кистами, фиброзом. 6 миллионов американских женщин с ФКМ испытывают средней силы или выраженные боли в грудных железах и повышенную чувствительность, которые длятся более 6 дней во время менструального цикла. Статистический анализ исследования в Сиэтле (92 женщины) показал, что йод оказывает выраженный положительный статистически значимый эффект на течение ФКМ. Йод снижал чувствительность молочных желез, узловатость, фиброз, отечность и количество макрокист, т.е. все 5 параметров в общем исследовании молочных желез, которые оценивали врачи, не знавшие, какое лечение получали пациентки, йод или плацебо.

У самок-крыс, выдержанных на безйодной диете, развиваются фиброзно-кистозные изменения в молочных железах. Йод в его элементарной форме купирует эти симптомы.

Вишнякова Е.П. и Муравьева Т.Н. первыми в 1966 г. показали, что йод эффективно устраняет симптомы фибро-кистозной мастопатии. Они наблюдали 167 женщин, страдающих ФКМ, которым назначали по 50 мг йодистого калия в течение межменструального периода, положительные результаты были получены в 71% случаев.

Следует отметить, что внутренний дефицит йода в период формирования молочных желез в подростковом возрасте приводит к недоразвитию структур железы, что в дальнейшем ведет к формированию ФКМ, а в период лактации — к снижению выработки молока или же его отсутствию. Беременность и кормление грудью повышает нагрузку на молочные железы, поэтому в это время требуется адекватное йодоснабжение. В противном случае организмом будет использоваться йод, предназначенный для щитовидной железы, т.к. в данном состоянии развитие молочных желез является приоритетным. Лактация в еще большей степени повышает нагрузку на щитовидную железу. Если йода в пищевом рационе недостаточно, то это ведет к истощению клеток щитовидной железы и появлению в ее структуре узлов и кист.

Долгие годы врачи использовали йодид калия для лечения бронхиальной астмы, хронических обструктивных легочных болезней с хорошими результатами и, на удивление, с малым количеством побочных эффектов.

Йод также индуцирует апоптоз — программированную гибель клеток. Этот процесс важен для роста и развития, а также для разрушения клеток, представляющих угрозу организму, например, раковых клеток и клеток, инфицированных вирусами. Клетки рака легких человека повреждаются при повышенном введении йода. Это наблюдается и в пробирке, и при имплантации мышам.

Йод обладает и другими экстрагиреональными функциями, которые требуют детального изучения. Он способствует удалению токсических веществ: фторидов, бромидов, свинца, алюминия, ртути, а также биологических токсинов, подавляет аутоиммунитет, усиливает Т-клеточную адаптивную иммунную систему, защищает против усиленного роста бактерий в желудке. Обладает выраженным радиопротекторным действием.

Йод — единственный микроэлемент, который можно безопасно вводить в дозах, в десятки раз превышающих принятый ВОЗ критерий потребности. Важно, однако, подчеркнуть, что такая безопасность свойственна только неорганическому нерадиоактивному йоду.

Потребление 150 мкг йода в день (суточная норма для взрослых, по данным ВОЗ) защищает от зоба и других известных болезней, связанных с йододефицитом, но этого недостаточно для различных нужд организма. Предупреждение всего спектра заболеваний, возникающих вследствие дефицита йода, требует более высоких доз этого элемента. Так, сегодня во многих развитых странах рекомендуемая суточная доза потребления йода составляет 1000 мкг и выше. В Японии суточная доза составляет 12,5 мг (12500 мкг). Лица, которые принимали йод в та-

ких количествах, указывают, что у них улучшалось самочувствие, повышалась энергичность, бодрость, исчезала «затуманенность» сознания. Им было тепло в холодную погоду, уменьшалась потребность во сне, улучшался тургор кожи, становился более регулярным стул.

Роль йода в поддержании здоровья и защиты против инфекций, дегенеративных заболеваний и рака зависит от его концентрации в биологических жидкостях нашего организма. Господствующая «истина» о йоде состоит в том, что щитовидная железа — единственный орган в организме, которому требуется этот микроэлемент, и что суточное потребление, превышающее потребность щитовидной железы, потенциально вредно. Новые данные говорят о том, что и другие органы также нуждаются в йоде... ☉

Продолжение следует...

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Abraham GE, Flechas JD, and Hakala JC. "Optimum levels of iodine for greatest mental and physical health." *The Original Internist*, 2002; 9(3):5–20.
2. Abraham GE, Flechas JD, and Hakala JC. "Measurement of urinary iodide levels by ion-selective electrode: Improved sensitivity and specificity by chromatography on anion-exchange resin." *The Original Internist*, 2004; 11(4):19–32.
3. Abraham GE, Flechas JD, and Hakala JC. "Orthiodosupplementation: Iodine sufficiency of the whole human body." *The Original Internist*, 2002; 9(4):30–41.
4. Abraham GE. "The safe and effective implementation of orthiodosupplementation in medical practice." *The Original Internist*, 2004; 11(1):17–36.
5. Abraham GE. "The concept of orthiodosupplementation and its clinical implications." *The Original Internist*, 2004; 11(2):29–38.
6. Abraham GE. "The historical background of the iodine project." *The Original Internist*, 2005; 12(2):57–66.
7. Abraham GE and Brownstein D. "Evidence that the administration of Vitamin C improves a defective cellular transport mechanism for iodine: A case report." *The Original Internist*, 2005; 12(3):125–130.
8. Abraham GE. "The Wolff-Chaikoff effect: Crying wolf?" *The Original Internist*, 2005; 12(3):112–118.
9. Abraham GE. "Serum inorganic iodide levels following ingestion of a tablet form of Lugol solution: Evidence for an enterohepatic circulation of iodine." *The Original Internist*, 2004; 11(3):29–34.
10. Abraham GE, Brownstein D, and Flechas JD. "The saliva/serum iodide ratio as an index of sodium/iodide symporter efficiency." *The Original Internist*, 2005; 12(4):152–156.
11. Abraham GE and Brownstein D. "Validation of the orthiodosupplementation program: A rebuttal of Dr. Gaby's editorial on iodine." *The Original Internist*, 2005; 12(4):184–194.
12. Brownstein D. "Clinical experience with inorganic, non-radioactive iodine/iodide." *The Original Internist*, 2005; 12(3):105–108.



Н. Г. Петрова¹,
заведующая
кафедрой,
доктор
мед. наук,
профессор

Т. И. Миннуллин²,
заместитель
главного врача
ГБУЗ «Городская
больница №38
им. Н. А. Семашко»

А. В. Белова¹

¹Кафедра сестринского дела Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им.И. П. Павлова

²ГБУЗ «Городская больница №38 им.Н. А. Семашко»

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА ПАЦИЕНТОВ И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОТДЕЛЕНИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ухудшение показателей здоровья населения России, рост числа хронических заболеваний, ведущих к временной и стойкой нетрудоспособности, актуализировали проблему развития реабилитационного направления в здравоохранении. Сегодня служба реабилитации представлена специализированными больницами и центрами, отделениями в больницах и поликлиниках, санаториями.

Сущностью реабилитации является не только (или не столько) восстановление здоровья, сколько восстановление (или создание) возможностей для социального функционирования (даже при условиях наличия ограничений жизнедеятельности). В процессе реабилитации пациент не только восстанавливает нарушенные болезнью или травмой функции организма, но у него также должно сформироваться активное отношение к нарушению здоровья и положительное восприятие жизни, семьи и общества.

Как известно, основными принципами реабилитации являются:

- раннее начало реабилитационных мероприятий;
- систематичность и длительность;
- комплексность применения всех реабилитационных мероприятий;
- мультидисциплинарность, т. е. включение в реабилитационный процесс специалистов различного профиля; адекватность (индивидуальный подход);
- активное участие в реабилитационном процессе самого больного, его родных, близких;
- использование методов контроля, которые определяют адекватность нагрузок и эффективность реабилитации.

Весьма важную роль в реабилитационном процессе на всех его этапах играет средний медицинский персонал. С момента поступления пациента в стационар меди-

цинская сестра находится в постоянном контакте с ним. Именно медицинские сестры обеспечивают круглосуточный надзор за пациентом, выполняют назначения врача, максимально вовлечены в процесс повседневного контакта с больным. В задачи медицинской сестры входят контроль над витальными функциями, удовлетворение потребностей различного уровня (включая физиологические, потребности в безопасности, социализации, общественном признании и т. д.), профилактика и раннее выявление осложнений.

Для больных с тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями важным этапом (или предпосылкой) реабилитации является обеспечение адекватного ухода. Следует отметить, что профессиональный уход — это искусство. Профессиональный уход за тяжелобольным пациентом — это, прежде всего, максимально качественный уход. Создание благоприятных условий для пациентов, деликатное и тактичное отношение, готовность оказать помощь в любую минуту, обеспечение в процессе ухода безопасности, конфиденциальности, независимости, сохранения чувства достоинства — все это должно обеспечиваться в процессе ухода.

В процессе ухода (и реабилитации) нельзя игнорировать определенные особенности общения с пациентами, у которых вследствие перенесенных заболеваний изменено сознание, имеются речевые и когнитивные нарушения, эмоционально-личностные изменения. Тактика коммуникации с такими пациентами формируется, исходя из этих индивидуальных особенностей. Необходимо помнить также, что родственники больных с тяжелыми заболеваниями нередко также находятся в состоянии постоянного психического перенапряжения, вызванного физическими перегрузками, недосыпанием, переживаниями по поводу судьбы близкого человека, новыми заботами, нарушением прежних жизненных планов, изменением привычного

образа жизни, финансовыми трудностями и пр. Тяжелое влияние на окружающих нередко оказывают вызываемые болезнью изменения характера или настроения пациента, проявляющиеся в повышенной раздражительности или несдержанности, апатии или угнетенности, интеллектуальном снижении или поведенческой расторможенности. Психическое перенапряжение родственников отрицательно сказывается и на их собственном здоровье, и на судьбе самого больного. Важность правильного, тактичного общения медицинской сестры с больным и его родственниками может существенно помочь справиться с психологической напряженностью, настроить на выздоровление, вселить надежду.

Совершенствование любых организационных технологий невозможно без тщательного анализа ситуации с оценкой мнения непосредственных субъектов (применительно к здравоохранению — пациентов и медицинского персонала). Нами на базе одной из городских многопрофильных больниц, в которой развернуто 160 коек восстановительного лечения, было проведено изучение состава пациентов и анкетирование как пациентов, так и среднего медицинского персонала указанных отделений. В возрастной структуре пациентов 15,0% составили пациенты моложе 50 лет, чуть более половины (55,0%) — от 51 до 60 лет и 30,0% — старше 60 лет. В социальной структуре чуть более половины составили пенсионеры (55,0%), работающие пациенты составили (40,0%), неработающие — 5,0%. Больше чем у половины (55,0%) пациентов уже имеется инвалидность. Приведенные данные доказывают социальную (и, соответственно, экономическую) значимость проведения реабилитационных мероприятий среди пациентов, у которых имеется потенциальная возможность возвращения к труду и нормальному социальному функционированию.

Изучение объема проведенных реабилитационных мероприятий показывает как важность данного этапа лечения пациентов, так и роль в его проведении среднего медицинского персонала. Внутримышечно лекарственные препараты получали все пациенты, и большая их часть (90,0%) получали препараты внутривенно капельно, а также внутривенно струйно (75,0%). Физиотерапевтическое лечение получили все пациенты, процедуры массажа — 95,0%, лечебной физкультуры — 85,0%. При этом важно отметить, что, как показал опрос пациентов, удовлетворенность количеством и качеством процедур отметило большинство (73,9%) принявших участие в нем. Среди тех, кто не был удовлетворен, преобладали мужчины (83,3%), из которых половину (50,0%) составили пенсионеры. Сравнительно большая доля пенсионеров, не удовлетворенных количеством и качеством проводимых процедур, обусловлена, вероятно, наличием у них большего числа противопоказаний к использованию физических методов лечения (по сравнению с лицами более молодого возраста), обусловленных наличием нескольких сопутствующих заболеваний, утяжеляющих общее состояние.

Имеющаяся же неудовлетворенность, на наш взгляд, связана с недостаточной разъяснительной работой по поводу назначаемого лечения со стороны врачей и среднего медицинского персонала. Хотя при оценке отношения среднего медицинского персонала большинство (95,3%) опрошенных отметило его внимательность (4,3% — муж-

чины старше 50 лет — считали его не очень внимательным).

К определенным недостаткам разъяснительной работы персонала следует отнести то, что при оценке достаточности полученных рекомендаций большинство опрошенных (73,9%) были удовлетворены объемом полученных рекомендаций. На недостаточность информации, касающейся имеющегося заболевания, указали 13,0% опрошенных; дальнейшего образа жизни — 8,6%; диеты, профилактики, дальнейшего лечения — 4,3%.

Эффективность и качество любой работы во многом зависят от отношения к ней сотрудников. На вопрос: «Удовлетворены ли вы задачами, которые выполняете?», все опрошенные медицинские сестры ответили утвердительно. Только 5,0% опрошенных выразили желание занимать другую должность. Большинство сотрудников (95,0%) считают свою работу интересной; 75,5% полагают, что могут полностью использовать свои профессиональные способности в базовом стационаре; 85,0% отметили, что их устраивает объем работы, которую они выполняют. Но, несмотря на общие высокие показатели удовлетворенности, 50,0% опрошенных всё-таки иногда испытывают желание уволиться. Мы сравнили данный показатель среди сотрудников, удовлетворенных и не удовлетворенных различными аспектами организации труда (включая уровень его оплаты). Наиболее значимая разница была получена по группам сотрудников, которые достигали и не достигали запланированного (желаемого) результата работы (по качеству, срокам и т.д.). Так, те, кто уволиться не желает, в 70,0% случаев достигали результата, а те, кто думает об увольнении, — только в 20,0%. Влияет на показатель и психологический климат в коллективе. Хотя большинство (75,0%) сотрудников отметили, что обстановка в коллективе доброжелательная и располагает к сотрудничеству, доля придерживающихся такого мнения была выше (90,0%) у сотрудников, не желающих уволиться, по сравнению с теми, кто иногда испытывает такое желание (60,2%).

Нельзя не отметить и следующее обстоятельство. Анализ мнений сотрудников о методах управления в больнице показал, что больше половины (55,0%) считают отношение руководителя организации уважительным, 25,0% — слишком требовательным и принципиальным, а 20,0% — несправедливым. При оценке методов руководства своего непосредственного начальника, большинство (70,0%) отметили уважительное отношение; но 10,0% — слишком требовательным и несправедливым. При ответе же на вопрос: «Считаете ли Вы, что руководство больницы заинтересовано в сотрудниках?» только 5,0% ответили утвердительно.

В условиях дефицита сестринских кадров важнейшей задачей руководителя является их привлечение и удержание, поэтому проведение опроса сотрудников о степени удовлетворенности условиями и результатами труда, об их планах и намерениях должен являться неотъемлемой составной частью кадрового менеджмента. Удовлетворенность сотрудников, повышение укомплектованности кадров, в свою очередь, будут способствовать повышению удовлетворенности пациентов и качества медицинской помощи вообще и реабилитационной в частности. ©



Потапчук А. А.,
СПбГМУ имени акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ ПРИ ПЕРЕКОСАХ ТАЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата (ОДА) являются наиболее распространенной патологией среди детского населения. Количество детей и подростков с нарушениями осанки неуклонно растет. В среднем, три ребенка из пяти имеют видимые клинически нарушения со стороны оси позвоночника, положения таза и уплощения сводов стоп. От 25 до 34% детей с нарушениями осанки имеют разную высоту нижних конечностей и перекос таза (Сквознова Т. М., 2008). Функциональные нарушения ОДА у детей и подростков создают предпосылки к развитию дегенеративных изменений в межпозвоночных суставах, формированию юношеского остеохондроза, появлению грыж дискового аппарата позвоночника, дистрофических изменений тазобедренных и коленных суставов, что приводит к ранней инвалидизации во взрослом периоде жизни (Рукина Н. Н., 2000; Мартынова О. В., 2005; Куликова О. В., 2008; Щурова Е. Н., 2010).

Без своевременной коррекции выявленных функциональных нарушений они становятся предрасполагающими факторами для развития заболеваний внутренних органов и систем, таких как сердечно-сосудистая, пищеварительная, дыхательная и др. (Часнык В. Г., Бабко Я. Н., 2000; Кадурина Т. И., 2003; Гайдук А. А., 2013).

Очевидно, что наиболее эффективно раннее включение программ физической реабилитации, а также создание целенаправленного процесса формирования гармоничной осанки у ребенка на протяжении всего периода роста. При этом подбор ортопедом стелек с компенсатором, оптимизирующим биомеханические характеристики ОДА, необходимо дополнять персонализированными физическими упражнениями для закрепления и удержания достигнутой коррекции. С учетом классификационного

типа фронтальных нарушений позвоночника и таза мы рекомендовали ЛФК и прохождение как обучающего курса в условиях лечебно-профилактического учреждения с индивидуальным учетом имеющихся нарушений, так и систематические занятия дома с обязательным ведением дневника самоконтроля.

Нами было проведено исследование детей и подростков от 7 до 17 лет с функциональными нарушениями ОДА на фоне перекоса таза на базе консультативно-диагностического центра ГБОУ ВПО Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета с 2007 по 2011 гг. Были разработаны комплексы упражнений при различных видах нарушений осанки во фронтальной и в сагиттальной плоскостях, а также функциональных нарушениях таза в различных плоскостях. Упражнения были направлены на улучшение дыхательной функции, устранение мышечного дисбаланса, увеличение силовой выносливости разгибателей спины и мышц брюшного пресса, нормализацию угла наклона таза в сагиттальной плоскости, уменьшение перекоса таза во фронтальной плоскости, уменьшение ротации таза в горизонтальной плоскости, укрепление мышц сводов стоп.

Разработанная нами программа ЛФК основывалась на следующих видах упражнений:

1. Общеразвивающие упражнения (статические и динамические);
2. Корректирующие упражнения (статические и динамические);
3. Дыхательные упражнения (статические и динамические);
4. Упражнения на фитболах.

Специальными задачами лечебной гимнастики у детей и подростков с функциональными нарушениями ОДА бы-

Таблица 1

**Динамика силовой выносливости мышц спины
после проведения обучающего курса лечебной гимнастики (в %)**

Возраст	Мальчики		Девочки	
	до лечения в %	после лечения в %	до лечения в %	после лечения в %
7–10 лет	35,4	43,9	36,1	44,3
11–14 лет	43,2	56,8	43,2	58,5
15–17 лет	63	77,4	61,9	75,3

Таблица 2

**Динамика силовой выносливости мышц брюшного пресса
после проведения обучающего курса лечебной гимнастики (в %)**

Возраст	Мальчики		Девочки	
	до лечения в %	после лечения в %	до лечения в %	после лечения в %
7–10 лет	9,2	11,5	8,4	10,6
11–14 лет	13,9	17,1	12,5	17,3
15–17 лет	25,3	34,7	22,1	30,4

ли следующие: устранение мышечного дисбаланса, формирование навыка правильной осанки, создание мышечного корсета (увеличение силовой выносливости мышц плечевого пояса, спины и брюшного пресса), коррекция функциональных нарушений позвоночника, коррекция функциональных нарушений таза, коррекция функциональных нарушений стоп, увеличение подвижности позвоночника и суставов.

На занятиях ЛФК применялись различные *исходные положения*: стоя, сидя, стоя на четвереньках, лежа на спине, лежа на животе, лежа на боку. При этом курс лечебной гимнастики в консультативно-диагностическом центре составлял 5–10 обучающих занятий, подбор упражнений производился дифференцированно с индивидуальным учетом возраста и имеющихся нарушений позвоночника, таза и стоп. Каждому ребенку рекомендовались обязательные занятия лечебной гимнастикой дома.

Нами была проведена динамическая оценка функционального состояния ОДА у детей и подростков: силовая выносливость мышц спины (табл. 1) и силовая выносливость

мышц живота (табл. 2) до и после проведения курса лечебной гимнастики по персонализированной программе.

При оценке функционального состояния ОДА у детей и подростков выявлен прирост показателей силовой выносливости мышц спины (СВМС) и брюшного пресса (СВМЖ) под воздействием дифференцированной лечебной гимнастики, назначаемой в зависимости от вида нарушений осанки на фоне перекоса таза. Функциональное состояние ОДА у детей и подростков в динамике выявило прирост показателей СВМС и СВМЖ в среднем от 10 до 29%.

Анализ динамики функциональных показателей, представляющих физиометрические характеристики ОДА, показал отчетливую и достоверную тенденцию к их улучшению за период наблюдения у исследуемого контингента детей и подростков. Полученные данные свидетельствуют об эффективности предложенной программы лечебной гимнастики, направленной на биомеханическую коррекцию положения позвоночника, таза и стоп. ©

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ

- В России около 30 млн. детей (19% от общей численности населения)
- 50% детей имеют ослабленное здоровье
- 2/3 детей имеют хронические заболевания
- Функциональные нарушения за 20 лет увеличились в 3 раза
- 35% юношей по состоянию здоровья не могут служить в армии
- Феномен децелерации
- Трофологический синдром
- Феминизация
- Психосоматическая астенизация
- Переход острых форм заболеваний в хронические и рецидивирующие
- Высокая распространенность патологии ОДА



Б. К. Сантош,
директор региональной культурно-просветительской
общественной организации Санкт-Петербургский
Центр Брахма Кумарис, www.brahmakumaris.ru

РАДУГА ЗДОРОВЬЯ, ИЛИ ПОЧЕМУ МЫ БОЛЕЕМ ЧАЩЕ, ЧЕМ НАМ КАЖЕТСЯ

Представьте себе такую, наверное, знакомую вам ситуацию. Вы готовите у себя на кухне борщ — и вдруг случайно дотрагиваетесь рукой до горячей кастрюли. Что вы делаете? Вы тут же отдергиваете руку. Это происходит непроизвольно, рефлекторно. Ваш организм устроен так мудро, что защищает вас от ожога, от боли. А теперь представьте другую ситуацию, быть может, тоже знакомую: у вас в голове снова и снова крутится одна и та же мысль. Она причиняет вам боль, напоминая о чем-то неприятном, произошедшем с вами много дней, месяцев или даже лет тому назад. Боль, которую причиняет эта мысль, гораздо сильнее, чем боль физическая. Но сможете ли вы поступить в этом случае так же, как в случае с горячей кастрюлей? Отдернете ли «руку ума» от той мысли, которая способна обжечь? Многие ответят на этот вопрос отрицательно. Зачастую нам не под силу справиться с навязчивыми негативными мыслями. Мы пытаемся примирить себя с их неизбежностью: «Ладно... Обойдется... Сейчас у всех стрессы... Ничего не поделаешь...»

Наверное, мы иначе относились бы к этим навязчивым отрицательным мыслям, если бы воспринимали их не как должное, а как болезнь. А ведь у нас нет никаких оснований воспринимать их иначе: даже такой авторитетный орган, как Всемирная Организация Здравоохранения, определяет здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия (последнее время к этому определению все чаще добавляют и благополучие духовное). С физическим здоровьем все более-менее ясно, а что такое психическое и социальное здоровье?

Под психическим (ментальным, душевным) здоровьем понимается наше общее самочувствие, удовлетворенность жизнью, чувство уверенности в себе. Как правило, у человека жизнелюбивого, жизнерадостного, волевого процесс исцеления (при прочих равных условиях) протекает быстрее и успешнее, чем у унылого пессимиста. То,

что вы думаете, сказывается на состоянии вашего телесного здоровья. Физическое здоровье является следствием здоровья ментального. Человек, который постоянно или значительную часть времени испытывает одну или несколько из негативных эмоций (гнев, раздражительность, подавленность и т. п.), — это ментально больной человек. Задумывались ли вы когда-нибудь над тем, что лень — это не какой-то милый недостаток, но именно болезнь? Лень неизбежно изменяет стиль вашей жизни — делает его малоподвижным, малоактивным, — она отрицательно сказывается на режиме дня, портит взаимоотношения. А это означает, что со временем она приведет и к физическим недугам, и к социальным конфликтам.

Кто такой социально больной человек? Это тот, кто часто испытывает зависть, недоверие к другим, во всем соперничает с другими или, напротив, изолирует себя ото всех, замыкается в себе, перестает поддерживать нормальные взаимоотношения. Социально больной человек нетерпим к тем людям, которые не похожи на него. Он не способен принимать культуру других людей, их привычки, традиции, отличные от его собственных. Он считает себя выше других. Общество, пораженное этими чувствами, не может называться здоровым обществом.

Чтобы понять, откуда берется весь этот негатив, нам следует принимать в расчет четвертое измерение здоровья — духовное. Для многих «духовное» означает «религиозное», но здесь нужно уметь разделить: одно — это мои религиозные и философские взгляды, а другое — мое самосознание, мои духовные ценности. Эти две сферы в значительной мере пересекаются, но они не совпадают полностью. Предположим, я называю себя буддистом, христианином или мусульманином. Наступает момент, когда я вижу перед собой человека не такого, как я: допустим, я — буддист, а он — мусульманин. И из-за этого я не в силах полноценно поделиться с другим своей энергией — энергией любви, понимания, сотрудничества.

Я провожу между нами ментальную границу: «свой — чужой». История показывает, что со временем такие ментальные границы превращаются в границы политические и приводят даже к конфликтам и войнам. А разве война или конфликт — это здоровое состояние?

Понять смысл духовного здоровья нам поможет слово «здоровье» на санскрите или в современном хинди. Это слово — «свастьха». «Сва» переводится как «я», «сознательная, духовная сущность», «личность», «душа», «ствха» переводится как «состояние». Выходит, что здоровье — это хорошее состояние, или благополучие, души. Когда у души все благополучно, это будет позитивно влиять и на состояние тела. Что нам нужно сделать, чтобы оставаться духовно здоровыми? Душа строится, как из кирпичиков, из семи базовых состояний, или переживаний. Их можно также сравнить с семью красками радуги. Это — Знание, Чистота, Покой, Любовь, Счастье, Блаженство и Сила. Нам нужно помнить, что эти семь качеств всегда при нас. Нам незачем искать покоя и счастья где-то «на стороне». Мы просто не должны добровольно отдавать уже имеющееся у нас сокровище в руки неблагоприятных ситуаций!

Осознание себя как души открывает нам новые грани нашего бытия. Первая из них: мы

вечные. Чтобы лучше понять это, воспользуемся аналогией с лампочкой и электричеством. Возраст лампочки ограничен, а возраст электрического тока? Душа — это и есть ток, свет, существовавший до своего проявления в теле и продолжающий существовать даже после того, как тело будет оставлено. Мысль о своем индивидуальном бессмертии приносит сильнейшее чувство защищенности, уходит страх, неуверенность в завтрашнем дне, а значит, и очень многие поводы для нарушения ментального, социального и физического здоровья.

Вторая грань: все мы схожи. Опять прибегнем к нашей аналогии: лампочка может быть

армянской, грузинской, индийской или, например, австралийской. Но для тока таких разграничений не существует. Когда я знаю себя как душу, я ощущаю себя частью единого, большого мира. Это и есть мое естественное, здоровое состояние: я — член всемирной семьи. Когда я не в этом своем естественном состоянии, мне душно, тесно, я несчастлив, но, не зная причины, я начинаю искать счастье где-то снаружи: в деньгах, материальных приобретениях, поездках за границу... Однако чем больше я ищу, тем больше теряю. Сознывая себя как живое, мыслящее и чувствующее существо, душу, я испытываю умиротворенность и внутренний комфорт. Это состояние, естественное для меня, благотворно влияет на состояние всех органов и систем моего организма. Душа становится возничим колесницы тела, она уверенно берет поводья в свои руки и может направлять колесницу туда, куда пожелает. Искусство управлять своим ментальным и физическим состоянием называется раджа-йогой (слово «раджа» означает «король, правитель, властелин»). Раджа-йога — это не какая-то сложная «восточная» техника. Это очень простая практика, возвращающая нас к нашему естественному состоянию бытия: я, душа, — король в своем королевстве, и я управляю им при помощи семи своих сил — Знания, Чистоты, Покоя, Счастья, Любви, Блаженства и Силы. ☉

НОВОСТИ

Есть продукты питания, которые снижают риск гипертонии, ожирения, диабета, — всех заболеваний, изнашивающих организм, а значит, эти продукты борются против старения, поясняет Today. Главное — чтобы в ежедневном рационе присутствовали овощи, белок, ненасыщенные жиры, клетчатка, витамины и антиоксиданты. Опираясь на эту установку, специалисты занесли в список брюссельскую капусту, снижающую риск рака. В принципе, ее можно заменить брокколи, кале, белокочанной капустой или цветной. Все они богаты антиоксидантами, клетчаткой, витаминами и минералами. Следует потреблять минимум 3–5 порций в день. Далее идет лосось. Данная рыба — ценный источник белка и жирных кислот омега-3, полезных для функционирования сердца и нервной системы. Также они поддерживают здоровье кожи и волос. Аналоги — сардины, мидии, сельдь, форель или палтус. Норма — минимум 2 порции в неделю. Третье место отводил себе миндаль, тоже богатый белком. В нем также можно найти полезные жиры, магний, цинк. Заменить миндаль легко фисташками и грецкими орехами (съедается 1 унция в день). Йогурт и киноа — настоящие суперпродукты. Первый насыщен кальцием, белком, витамином D, пробиотическими бактериями, что полезно для костей, мышц и пищеварения (потребляется 1–2 порции в день). Киноа, в свою очередь, обеспечит дневной нормой клетчатки, кальция, железа. И съедать в день можно по полчашки. Зеленый чай давно известен своими уникальными свойствами. Это мощнейший антиоксидант и спасение для сердечнососудистой системы. Как показывают исследования, потребление 5 чашек в день реально укрепляет здоровье. Сравниться с чаем может, пожалуй, только голубика. Характерный цвет ей дает антоциан — антиоксидант. Поэтому вообще все яркие ягоды полезны.

В течение жизни человек принимает много решений. Иногда у него достаточно данных, и это позволяет решить все быстро и точно. Если данных не хватает, на принятие решения уходит больше времени, а сами решения становятся менее правильными. Исследователи из Нью-Йоркского университета предполагают: вероятно, человеческий мозг знает, что от времени, затраченного на принятие решения, зависит его правильность. Поэтому люди реже уверены в решениях, которые принимали долго, передает The Hindustan Times. Судя по всему, мозг способен преобразовывать информацию, собранную с помощью чувств, в единицы, которые ученые назвали «степенью веры», путем объединения всех данных и затраченного времени. Исследователи предполагают: тот же механизм позволил им определить, что время связано с правильностью решения, а не с чем-то еще. Между тем, в лабораторных условиях было крайне трудно это доказать. Решения, как правило, сопровождаются степенью уверенности, или веры в то, что наш выбор будет правильным. Уверенность играет важную роль при выборе стратегии дальнейших действий в сложных ситуациях. В ходе исследования ученые выяснили, что существует обратная связь между уверенностью и временем. Другими словами, чем меньше времени требовалось, чтобы принять решение, тем больше уверенности было у участников по поводу их решений. Исследователи пришли к выводу: степень уверенности при принятии решений зависит не только от имеющихся данных, но и от затраченного времени.

Источник: <http://meddaily.ru/>



Жидченко Ю. А.,
врач-реабилитолог, Санкт-Петербург,
тел. +7-921-994-44-83,
e-mail: ymoost@gmail.com,
www.reabilitacionadomu.ru

РЕАБИЛИТАЦИЯ НА ДОМУ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА. ПРИНЦИПЫ

Актуальность этой темы обусловлена фактическим отсутствием системы неврологической реабилитации в нашей стране.

В методическом письме Минздравсоцразвития РФ 06.02.2006 сказано: «Оказание специализированной помощи больным с очаговыми поражениями головного мозга в результате перенесенного инсульта или черепно-мозговой травмы осуществляется крайне не достаточно и совершенно не удовлетворяет современным требованиям» (1). Конечно, за прошедшие с тех пор 8 лет достигнуты безусловные успехи. Важнейшим из них, на мой взгляд, является создание на базе лечебных учреждений сети региональных и первичных сосудистых центров. Наряду с этим хочу отметить, что вопросам реабилитации после инсультов до сих пор уделяется мало внимания.

Стать автором этой статьи меня побудило интервью, которое было дано в 2014 году главным специалистом по медицинской реабилитации Минздрава России, д.м.н. Г.Е.Ивановой. О реабилитации пациентов после инсульта в нем, в частности, говорится следующее: «Второй этап медицинской реабилитации касается не всех пациентов, а только тяжелых... Это больные, которые после первого этапа — пребывания в специализированном отделении сосудистого центра — могут себя обслуживать, самостоятельно перемещаться, общаться. По данным как отечественной, так и зарубежной статистики таких пациентов не более 30% от общего числа, и именно они будут продолжать лечение в центрах медицинской реабилитации, предназначенных для оказания стационарной помощи».

Итак, совершим несложные подсчеты. По статистическим данным, из 100% пациентов после инсульта — 20% умрут вскоре после него, 10% восстановятся почти полностью и не потребуют реабилитации (2), а 30% пациентов с легким нарушением функций продолжают восстановление в центрах медицинской реабилитации. Что же станет с 40% оставшихся пациентов, у которых обнаружится среднетяжелое или тяжелое нарушение функций?

Они окажутся дома — у себя, у родственников или в доме сестринского ухода. Последние 9 лет своей практики я занимаюсь реабилитацией на дому пациентов из этой группы. По моим собственным наблюдениям, качествен-

ная реабилитация на дому после инсульта — это коммерческая реабилитация. В Санкт-Петербурге существуют единичные государственные структуры, обеспечивающие качественную реабилитацию на дому после инсульта. По моим личным данным, в других городах и регионах Российской Федерации положение сходное.

Принципы проведения реабилитации на дому после инсульта я постараюсь обосновать на примере собственного опыта реабилитационных тренировок (я провел их более 4500) и подкрепить ссылками на научные работы в этой области, которые выполняются за границей. О научных статьях по этой теме в отечественной литературе мне известно мало. В частности, многолетний опыт коммерческого Санкт-Петербургского центра реабилитации на дому «Кинезис» был обобщен и представлен на конференции по реабилитации больных с двигательными нарушениями, которая состоялась в Нижнем Новгороде в 2009 году (3). Реабилитация на дому видится нам, как эффективное дополнение и продолжение стационарного этапа реабилитации, а часто — как единственно возможная его замена. Создание выездных мультидисциплинарных бригад при стационарных реабилитационных центрах могло бы стать тем шагом вперед, который приблизил бы нас к созданию системы неврологической реабилитации в масштабах всей страны.

К сожалению, на международных конференциях по нейрореабилитации, проводимых в Москве в последние годы, вопросы реабилитации на дому после инсультов не освещались. Отмечу лишь одну работу из материалов IV Международного Конгресса «Нейрореабилитация-2012» (Давыдкин Н.Ф., Номоконов Г.Г., Черных Е.В.), в которой исследовалась роль родственников в организации реабилитационного процесса больных церебральным инсультом. Авторы работы указывают, что 37,5% родственников считали свое жилье полностью готовым к принятию больного с двигательным дефицитом, однако 83,4% из них не смогли объяснить, что такое готовность жилья...

Итак, рассмотрим основные принципы реабилитации на дому. Это: 1) безопасность; 2) раннее начало; 3) непрерывность; 4) длительность; 5) комплексный подход; 6) поддержка участников семьи; 7) не медицинский подход.

1. Безопасность

К моменту начала реабилитации в домашних условиях должны быть решены вопросы медикаментозной коррекции, в частности, вопрос вторичной профилактики инсульта. У пациента и родственников должно быть четкое представление о том, что может представлять угрозу здоровью и жизни пациента. В частности, при проведении реабилитации на дому тромбоэмболические осложнения (ТЭЛА) могут становиться причиной смерти пациентов. Автору статьи известны такие случаи, возникавшие после интенсивного массажа икроножных мышц, при пересаживании пациентов из кровати в кресло, во время выполнения ими упражнений с возвышенным положением ног.

2. Раннее начало

Чем быстрее родственники пациента найдут коммерческий реабилитационный центр, предоставляющий эффективную программу реабилитации на дому, или частного специалиста в этой области, и начнут реабилитацию, тем меньше вероятность формирования вторичных осложнений инсульта. Основными из них являются: пролежни, спастичность, нарушение функций мочевого пузыря и кишечника, болевой синдром, подвывих в плечевом суставе, тугоподвижность и контрактуры суставов, падения, астения, тревога, депрессия (2).

3. Непрерывность

В домашних условиях легче организовать реабилитацию, которая соответствует этому принципу. При условии сотрудничества пациента и родственников со специалистами чаще всего удается обеспечить непрерывную самостоятельную работу (я бы назвал ее «самореабилитацией») в соответствии с программой упражнений, которую реабилитолог разрабатывает совместно с участниками семьи и которой он обучает самого пациента и его родственников.

4. Длительность

Диалектический процесс перехода количества правильно выполненных движений в их новое качество и успешный переход к новым этапам восстановления наблюдается только при длительном процессе реабилитации на дому.

По моему опыту, для пациентов после инсульта со среднетяжелым и тяжелым функциональным дефицитом сроки восстановления варьируют от 1 до 9 месяцев (при условии регулярных встреч со специалистом по физической реабилитации от 1 до 3 раз в неделю).

5. Комплексный подход

Мультидисциплинарность в реабилитации на дому является в настоящее время скорее красивой концепцией, чем реальностью. Уместнее говорить о комплексном подходе, при котором специалист, работающий с пациентом на дому, (это может быть врач или инструктор ЛФК, специалист по адаптивной физической культуре (АФК)) привлекает консультантов и других специалистов к процессу восстановления на дому по мере необходимости.

Так, я в своей практике реабилитации на дому регулярно пользуюсь помощью врачей-консультантов (кардиологов, психиатров), нейропсихологов, психологов, логопедов.

В одной из работ, представленных на Международном Конгрессе «Нейрореабилитация-2012», коллеги предложили мультидисциплинарную бригаду (МДБ) с так называемым «плавающим» составом (4). При этом тот или иной спе-

циалист по мере появления соответствующих проблем входит в МДБ и покидает ее при решении данной проблемы.

6. Поддержка участников семьи

Специалисты по реабилитации на дому имеют дело со сложными семейными системами, в которых инсульт может играть пластическую роль. Беспомощное и зависимое состояние пациента может выполнять важную функцию в поддержании значимых для него отношений с другими участниками семьи. Помощь психолога в таких случаях бывает невозможно переоценить.

В обеих группах одного из зарубежных исследований (5), изучавших реабилитацию на дому, более трети пациентов после инсульта имели депрессию разной степени выраженности, а более четверти ухаживавших за ними помощников находились в состоянии эмоционального дистресса. Авторы считают, что эти факты требуют еще раз обратить внимание на то, что любая программа реабилитации на дому должна учитывать психосоциальные потребности пациента и его помощников, а не только их физические нужды.

7. Не медицинский подход

Фундамент для моей успешной работы по восстановлению на дому тяжелых пациентов после инсульта был заложен Сергеем Александровичем Джумаевым — моим Учителем, специалистом по адаптивной физической культуре, наставником многих врачей-реабилитологов, которые сейчас практикуют в Санкт-Петербурге.

За 9 лет интенсивной практики в сфере неврологической реабилитации на дому у меня сформировалось глубокое убеждение. Его суть в том, что реабилитация на дому — это тренировка, проходящая в условиях, которые обеспечиваются медицинской компонентой реабилитационного процесса. Физкультурно-оздоровительная, психологическая и педагогическая составляющие реабилитации на дому составляют сущность процесса восстановления на дому после инсульта и других повреждений нервной системы. ☺

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Организация специализированной нейрореабилитационной помощи больным с очаговыми поражениями головного мозга в результате инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний центральной нервной системы. Методическое письмо (утв. Минздравоцразвития РФ 06.02.2006 №504-ПХ).
2. Prognosis for Stroke Rehabilitation. MediFocus Guidebook «Stroke Rehabilitation», 2011. www.medifocus.com
3. С.А. Джумаев, Д.В. Поляков, Ю.А. Жидченко «Амбулаторная физическая реабилитация больных с двигательными нарушениями. Опыт, проблемы, перспективы». Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы восстановительной медицины и реабилитации больных с двигательными нарушениями». Нижний Новгород, 2009.
4. Поляков И. В., Лапотников А. В., Калинина С. А. «Се-стринская помощь в реабилитации». Материалы IV Международного Конгресса «Нейрореабилитация-2012». Москва, 27–28 февраля 2012 года.
5. Young, J. and Forster, A. (1991). The Bradford community stroke trial: eight week results. Clinical Rehabilitation 5, 283–92



Демьянчук Л. Н.,
директор, ГБОУ начальная
школа–детский сад № 687
Центрального района
Санкт-Петербурга «Центр
реабилитации ребёнка»



Лебедева Н. В.,
учитель начальных
классов. ГБОУ начальная
школа–детский сад № 687
Центрального района
Санкт-Петербурга «Центр
реабилитации ребёнка»

КОРРЕКЦИОННОЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (ОВЗ)

Решение проблемы инновационного обучения и воспитания определяет создание предпосылок и психолого-педагогических условий полноценного участия лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в жизни общества. В последнее время инновации в отечественном и зарубежном специальном образовании связаны с поиском:

- новых организационных и содержательных форм комплексного сопровождения (психолого-медико-педагогические, реабилитационные, службы сопровождения в образовательных учреждениях);
- новых форм обучения детей с отклонениями в развитии (например, дистантное обучение детей, имеющих ограничения в передвижении);
- новых педагогических технологий обучения, воспитания, развития, коррекции и социализации (инклюзия и интеграция);
- путей педагогического обеспечения реабилитационного процесса после реализации инновационных методов в других областях (например, обучение детей с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации).

В настоящее время наблюдается чёткая тенденция увеличения количества детей со сложными формами психического развития, что приводит к необходимости разработки вопросов социальной интеграции, психолого-педагогического и медико-социального сопровождения с целью их адаптации и повышения качества жизни. По данным исследований, с 2008 года увеличилось количество детей с аутистическими проявлениями в 10 раз (сайт «Аутизм в России»). В связи с этим приобретает приоритетное значение разработка образовательных продуктов, подготовка их к широкому распространению в условиях специальных образовательных учреждений различных типов и видов, и ориентированных, в частности, на применение в работе с детьми с расстройствами аутистического спектра.

Коррекционно-педагогическая работа с обучающимися с низко функциональным аутизмом (аутистическими

проявлениями и различной степенью снижения интеллекта) ведётся в ГБОУ начальная школа-детский сад № 687 Санкт-Петербурга «Центр реабилитации ребёнка», единственном учреждении такого профиля в городе. Специфика учреждения проявляется в том, что контингент обучающихся начальной школы — дети с различными синдромами аутизма, имеющие сложный дефект развития: интеллектуальную недостаточность различной степени выраженности, речевую патологию (системное недоразвитие речи), соматическую патологию, нарушения опорно-двигательного аппарата.

Для детей данной категории характерно:

- выраженная недостаточность или полное отсутствие потребности в контактах с окружающими, трудности во взаимодействии со сверстниками;
- особенности эмоционально-волевой сферы: слабость или искажённость эмоционального реагирования, бедность эмоций, их однообразие и неадекватность, проявления негативизма при попытках вовлечь ребёнка в произвольную деятельность;
- боязнь всего нового, приверженность к сохранению неизменности окружающей обстановки;
- своеобразное зрительное поведение: взгляд мимо, «скользящий взгляд», ограниченность визуального контакта, фрагментарность зрительного внимания;
- своеобразие движений: произвольные движения неловкие, недостаточно координированы, наличие стереотипных повторений одних и тех же движений;
- специфические особенности речевого развития: понимание обращенной речи на бытовом уровне, собственная речь представлена от вокализаций до автономной речи (разговоры с самим собой с использованием сложных оборотов, штампов с недостаточным осмыслением их). Часто отмечаются эхолалии. Грубое нарушение коммуникативной функции речи, низкая речевая активность;
- снижение интеллектуальной деятельности.

Все выше перечисленные особенности развития детей вызывают трудности при организации процесса обучения. Решение современных задач дошкольного и младшего школьного обучения и воспитания является сложной многогранной проблемой, подходы к которой не могут быть исчерпаны методами и приемами даже проверенными многолетней практикой. Это связано с рядом объективных обстоятельств, прежде всего, с тенденцией к широкому внедрению разных вариантов интеграции детей с проблемами в развитии и усовершенствованием диагностики, лечения, коррекции, обучения, воспитания. В этой связи все большую значимость приобретает технология психолого-педагогического медико-социального сопровождения развития ребенка.

Система профессиональной деятельности различных специалистов в образовательном учреждении преследует, прежде всего, цель всестороннего развития и коррекции ребенка с учетом его актуальных и потенциальных возможностей. Поэтому комплексное сопровождение в образовательном учреждении мы определяем как систему профессиональной деятельности команды специалистов, направленной на создание социально-психологических условий для успешного обучения и развития каждого ребенка, независимо от уровня его способностей и жизненного опыта, в конкретной социальной среде.

Специфический контингент детей, имеющих как психоневрологические, так и соматические проблемы (а зачастую и тенденцию к девиантному поведению) при снижении коммуникативных возможностей и способности к взаимодействию со взрослыми в условиях детского коллектива, требует акцента на некоторых значимых факторах:

- профессионализм специалистов на этапе диагностики (дифференцирование проблем ребенка, непосредственно связанных с нарушением развития от проблем педагогической запущенности, социальной депривации и дезадаптации);
- дополнительные усилия в процессе адаптации детей данной категории в образовательном учреждении (дошкольном, школьном);
- взаимодействие всех специалистов учреждения на всех этапах сопровождения с учетом рекомендаций медицинского персонала и психолога;
- сочетание образовательной, воспитательной, коррекционной и лечебной деятельности;
- динамическая система гибкого перевода с одного варианта обучения на другой, в зависимости от динамики и возможностей ребенка;
- включение родителей в деятельность учреждения как участников воспитательно-образовательного процесса.

В начале и конце учебного года учителем начальной школы проводится комплексная диагностика, в которую заложены такие основополагающие критерии как:

- уровень интеллекта (от глубокой умственной отсталости до задержки психического развития),
- уровень усвоения программного материала. Этот критерий является важным, поскольку при любом уровне снижения интеллекта может наблюдаться различная степень усвоения программного материала и, исходя из этого, составляется индивидуальный маршрут,

- уровень учебной мотивации, поскольку развитие личности влияет на уровень мотивации, а закрепившись, мотивация становится свойством личности.

Основными трудностями для детей с нарушениями аутистического спектра являются трудности коммуникации, социализации и воображения. С этой целью в образовательном учреждении создана программа дополнительного образования с элементами музыкальной, танцевальной, креативной, театральной терапии с обязательным представлением для психологического анализа продуктов детского творчества как проективного материала. Педагоги студии социально-педагогической адаптации решают следующие задачи: формирование способов усвоения общественного опыта; стимулирование эмоциональных переживаний ребёнка и развитие его художественной эмпатии; расширение форм взаимодействия взрослых с детьми. На основе театрализованной деятельности широко применяются такие направления изобразительной деятельности, как: валяние из шерсти, тестопластика, рисование при помощи верёвочки, бумажное конструирование т.п. Что позволяет совершенствовать зрительное восприятие и зрительно-моторную координацию, развивает мелкую моторику, воображение.

Особое место занимает работа с родителями, которая является одним из приоритетных направлений в коррекционной работе учреждения и каждого конкретного педагога. Именно от работы с родителями зависит эффективность всего коррекционно-образовательного процесса.

Психолого-педагогическая работа с родителями аутичных детей — не простая задача. Это объясняется своеобразием родительского отношения, которое зависит не только от клинико-психологической картины нарушений у ребенка, но и от личностных особенностей самих родителей. Большинство родителей детей данной категории не ориентированы на принятие нарушения у ребенка, затрудняются адекватно оценить уровень его способностей, часто завышая его. Это связано со стереотипом, тиражируемым в средствах массовой информации, о необычных способностях у всех аутичных детей. По этой причине диагноз «аутизм» может вызывать у некоторых родителей гордость, желание продемонстрировать окружающим «необычность» и уникальность своего ребенка. Вместе с тем, большая часть родителей предъявляют к ребенку заниженные требования в сфере обучения, дисциплины, бытовых навыков — оберегая и жалея ребенка, они стремятся, сами того не желая, ограничивать самостоятельность, лишиться возможности получать жизненный опыт. Часть родителей, напротив, в общении с ребенком излишне жестки и авторитарны, не проявляют теплоты и ласки, их уровень требований превышает возможности ребенка. Перечисленные особенности являются разными типами нарушений родительского отношения и семейного воспитания и негативно сказываются на динамике развития ребенка, семейном микроклимате.

С. Дапкене утверждает: «Форма и содержание сотрудничества школы с семьей зависят от целей поставленных учителем. Педагоги (учитель начальных классов, психолог, учитель-логопед, воспитатели), устанавливая связи с родителями, решают следующие задачи:



- «познание» семьи ученика. На основании беседы с родителями, их анкетирования составляется карта семьи, где указывается её состав, тип взаимоотношений в семье, их особенности и т.д.;
- систематическое изучение влияния социального окружения на личность ученика;
- организация совместной педагогической деятельности школы и семьи в обучении и воспитании детей;
- организация педагогического просвещения родителей.

Для решения поставленных задач, отвечая запросам родительской общественности, в образовательном учреждении создан «Университет для родителей», который проходит в форме круглых столов, семинаров и игровых тренингов по интересующим родителей темам.

При отсутствии своевременной диагностики и адекватной помощи, доброжелательной и грамотной поддержки окружающих большая часть детей с аутистическим спектром в итоге признается необучаемой, и не адаптируется социально. В то же время, в результате своевременно начатой упорной коррекционной работы, возможно преодоление аутистических проявлений и постепенное вхождение ребенка в социум. ☺

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аутизм и нарушения развития. Научно-практический журнал, № 2, 2008
2. Детский аутизм. Хрестоматия / Сост. Л. М. Шипицына. СПб. 1997. 254 с.
3. Демьянчук Л. Н., Егорова Е. В., Кондратьева С. Ю. Коррекционная работа с дошкольниками с ранним детским аутизмом в условиях ДООУ / Методическое пособие. СПб, 2011.
4. Иванов Е. С., Демьянчук Л. Н., Демьянчук Р. В. Детский аутизм: диагностика и коррекция. Учебное пособие — СПб. «Дидактика Плюс», 2004
5. Лебединская К. С., Никольская О. С. Диагностика раннего детского аутизма. Начальные проявления. М. Просвещение. 1991. 96 с.
6. Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию. М: Владос, 2003. 238с.
7. Интернет-ресурсы:
<http://www.autisminrussia.ru/>
<http://www.autism.ru/>
<https://sites.google.com/site/nadezdanalucsee/>

НОВОСТИ

Эхолокация вкупе с другими органами чувств, кроме глаз, может реально помочь людям, лишенным зрения, пишет Health Canal. Дэвид Бакингам из Университета Эриот-Ватт доказал: люди, пользующиеся эхолокацией, способны получить актуальную информацию о размере предметов. В принципе, некоторые незрячие люди применяют метод эхолокации для оценки окружающей среды. Они щелкают пальцами или языком. Создаваемые звуковые волны отражаются от объектов особым образом в зависимости от их характеристик. В эксперименте принимали участие три группы людей — слепые люди, использующие эхолокацию, слепые, не использующие этот метод, и зрячие (контрольная группа). Людям нужно было оценить вес трех кубов, которые не отличались по весу, но различались по размеру. В итоге вторая группа верно оценивала кубы, так как получала информацию только на основе взвешивания. О размере кубов она ничего не знала. Третья группа испытывала эффект так называемой «иллюзии размера-веса». По мнению ее членов, маленькие кубы весили больше. Такая же иллюзия создавалась и в первой группе. То есть эхолокация работала как зрительная оценка. Известно: эхолокация задействует зоны мозга, связанные со зрением. Новое исследование доказывает эффективность метода.

Ученые из Кембриджского университета выяснили: из-за перехода к земледелию и сидячего образа

жизни у современных людей более хрупкие кости, чем у их предков. Вероятно, у древних людей и современных приматов кости прочнее благодаря постоянной физической активности, связанной с охотой и собирательством, рассказывает Zee News. По теории исследователей, отсутствие постоянной физической активности приводит к тому, что бедренная кость у человека становится тоньше и легче, чем у активных людей или современных приматов, таких как шимпанзе, гориллы и орангутана. Существуют и другие объяснения. Возможно, у человека и высших приматов разная структура костей из-за генетики. То есть, костная структура в процессе эволюции стала легче и тоньше. Кроме того, поверхность суставов увеличилась из-за прямохождения. Это снизило нагрузку на кости, и они стали менее прочными. Однако два последних объяснения, судя по всему, не соответствуют истине. Исследователи попытались выяснить, какая теория верна, изучая тазобедренный сустав. Оказалось, масса костей у земледельцев значительно ниже, чем у охотников-собирателей. Кости наиболее подвижных охотников и собирателей по структуре были похожи на кости нечеловекообразных приматов. Так, специалисты подтвердили первую теорию. Ученые надеются, что их выводы помогут в разработке программ профилактики остеопороза и переломов бедра у пожилых людей.

Источник: <http://meddaily.ru/>



Филиппова Л. В.,
преподаватель высшей категории по неврологии,
Медицинский колледж № 2 Красносельского района,
Санкт-Петербург, Россия

РЕАБИЛИТАЦИЯ И ЭКОЛОГИЯ МОЗГА

Реабилитация — это комплекс медицинских, психологических и социальных мероприятий, проводимых с целью максимального восстановления или компенсации нарушенных или утраченных функций организма и социальной адаптации пациентов.

Проблемы реабилитации и их решение впервые описаны Гиппократом в V в. до н. э., когда был обоснован принцип: «Упражнения дают силу, а бездействие забирает». Комплекс реабилитационных мероприятий зависит от характера неврологических нарушений у каждого конкретного пациента и проходит под врачебным контролем за его состоянием. Чем раньше начинается реабилитация, тем выше вероятность восстановления функций. Резервы человеческого организма гораздо шире, чем нам иногда кажется, и используются они далеко не полностью. Растущая «эпидемия» болезней мозга составляет в настоящее время 1/3 всех проблем со здоровьем. Экология мозга — уникальный проект, цель которого — увеличить продолжительность жизни.

Самая совершенная материя во Вселенной — человеческий головной мозг. Способность познавать себя и окружающий мир, воспринимать, обрабатывать, хранить информацию и пользоваться ею — это и есть когнитивные функции, которые позволяют нам адаптироваться в окружающем мире. Это очень сложно организованная структура весьма уязвима в отношении естественного старения, поражения токсинами и заболеваниями.

Лечение заболеваний мозга должно включать современные научно доказуемые методы, такие как культура, искусство, арт-терапия, здоровое питание, фитнес, оздоровление окружающей среды, которые расширяют реабилитационные возможности. **Часть заболеваний можно избежать, корректируя только образ жизни.**

ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ

О здоровом питании говорилось давно и много. Большое содержание сахара и соли в диете нарушает микрофлору кишечника, иммунную систему, негативно влияет на ДНК, передавая детям по «наследству» любовь к вредной пище на генетическом уровне! Человеческий организм своего рода мини-экосистема, и все, что нарушает жизнь

бактерий — представителей нормальной флоры, может привести к патологическим изменениям в организме.

Впервые о «функциональности» питания заговорили в Японии в конце 80-х годов. Функциональные продукты должны включать витамины, пищевые волокна, минеральные вещества, полиненасыщенные жирные кислоты, пробиотики и пребиотики. Средняя продолжительность жизни в Японии — 86 лет, и каждый год к этой цифре прибавляется полгода жизни, и это самая здоровая нация, несмотря на частые землетрясения, высокую плотность населения, плохую экологию. Дисбаланс работы в митохондриях (энергетических станциях клетки) зависит от питания, что может привести к возникновению заболеваний. Необходимо, чтобы митохондрии работали нормально, а в каждой нервной клетке — 10 тысяч митохондрий. Добавление в пищу пробиотиков, улучшающих состав нормальной микрофлоры, способствует сохранению физического и духовного здоровья. Особенно для работы мозга важны продукты, содержащие Омега-3, влияющие на когнитивные функции.

Биомороженое с пробиотиками с бифидо- и лактобактериями действует не в желудке, как большинство биопродуктов (кефир, йогурт), а непосредственно в кишечнике. Биомороженое повышает иммунитет, улучшает пищеварение, обмен веществ, состоит из натуральных ингредиентов и содержит 54 килокалории, этот продукт продается в аптеках.

Полезные напитки для мозга используются человеком давно: чай с бергамотом эффективен для профилактики сердечнососудистых заболеваний и нормализации уровня холестерина. Какао сорта Лавадо является богатым источником полифенолов и антиоксидантов, которые не дают скапливаться белкам в ткани мозга и повреждать нервные клетки.

56% будущего эпигенотипа человека (т.е. его здоровья) формируется за счет питания. Во время стрессов и нарушения принципов питания в энергетических станциях клеток происходит сбой, приводящий к ухудшению работы мозга.

Культура питания должна прививаться с детства. Обедая под телевизор, мы рискуем переест, т.к. голубое свечение, которое излучают телевизор и мобильные устройства, стимулирует отдел головного мозга, ответственный



за чувство голода. Хорошей пищей для мозга является вода из молодого кокоса пальмы питьевого сорта Анао. «Традиционные» энергетика используют энергию внутренних резервов организма, в итоге, после всплеска энергии мы ощущаем усталость и раздражительность.

За память, мышление, обработку информации отвечает ацетилхолин, 75% людей испытывают его недостаток особенно при повышенных интеллектуальных нагрузках. Ацетилхолин — передатчик импульсов нервными клетками, природные ноотропы улучшают «связь» клеток мозга. К ним относятся радиола розовая и элеутерококк, а экстракт сине-зеленой водоросли улучшает память и действует как антидепрессант.

Правильный завтрак запускает метаболизм и усиливает работу мозга. В России не завтракают 15% населения. На завтрак и обед должно приходиться 70% калорийности всего рациона. Идеальный завтрак для ума включает: зерновые и злаковые, орехи и яйца. Они являются источниками витаминов В, Е, белка. В орехах и семечках содержатся, помимо витамина В, фолиевая кислота и магний, необходимые для работы сердца и нервной системы.

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Культура питания и физическая активность взаимосвязаны. По данным ВОЗ, малоподвижный образ жизни занимает 4-е место в списке причин смертности от заболеваний сердечнососудистой системы, диабета, рака кишечника. Особенно опасен многочасовой просмотр телепередач. Кто смотрит телевизор более 3 часов в сутки, имеет риск смертности в 2 раза выше, по сравнению с теми, кто сидит перед экраном менее 1 часа в сутки.

От 23% до 40% молодых людей страдают от стресса. Спорт является хорошим антидепрессантом. Необходимый минимум физической нагрузки — проходить хотя бы 500 м в день. Умеренные физические нагрузки в течение 15 минут в день на 14% снижают риск смерти. Плавание в бассейне на 35% улучшает настроение, нормализует сон и повышает иммунитет.

ЗДОРОВЫЙ СОН

Расширение реабилитационных возможностей организма невозможно без здорового сна. 75% людей регулярно недосыпают. Для не выспавшихся людей характерны раздражительность и подавленное настроение. Острая нехватка сна наступает после 24 часов бодрствования, а хроническая — когда человек не высыпается несколько раз в неделю. В среднем, нам необходимо 8 часов ночного сна, но важно учитывать собственный хронотип и темперамент. Деление людей на «сов» и «жаворонков» условное: истинных «сов» только 20%, «жаворонков» — всего 10%. Большинство из нас относятся к смешанному хронотипу и могут управлять своими биоритмами. «Совы» чаще страдают от смены часовых поясов. «Перегрузка» биологических часов регулируется фактором смены дня и ночи и пищевым фактором, т.к. инсулин выделяется в организме при приеме пищи. Полезный сон приходится на время с 23 до 2 часов ночи, в этот период головной мозг вырабатывает мелатонин, который улучшает сон, нормализует артериальное давление и борется со старением.

С рассветом он перестает вырабатываться, и на смену ему приходит гормон бодрости — серотонин. Максимум выработки серотонина в 7 часов 30 минут утра, что позволяет нам чувствовать себя бодрыми, а его истощение, особенно при недосыпании, приходится на девятнадцать часов вечера. Сон является источником дневной энергии.

ТВОРЧЕСТВО

Исцеление творчеством в традиционной медицине практикуется давно. Нейроэстетика — наука, изучающая влияние эстетических чувств на наше психическое и физическое состояние. Искусство способно менять наш мозг методом «отзеркаливания». Расширить возможности реабилитации помогают занятия живописью. Живопись повышает функциональную взаимосвязь различных областей мозга, улучшает психическую устойчивость, помогает справляться со стрессом и замедляет старение мозга.

ЦВЕТОТЕРАПИЯ

Секреты влияния цвета на сознание издавна пытались раскрыть Ломоносов, Леонардо да Винчи, Исаак Ньютон, Рерих, Бехтерев. Они пришли к выводу, что цвета радуги способны укрепить нервную систему и здоровье. Цвет влияет на вегетативные функции. У каждого существуют личные предпочтения восприятия цвета. Один цвет в чистом виде быстро вызывает утомление. Исходя из физиологических потребностей, цветовые вариации распределены на группы:

- Стимулирующая (преобладают красный, оранжевый, желтый цвета);
- Успокаивающая (преобладают зеленый, голубой, синий, фиолетовый цвета);
- Концентрирующая внимание (преобладают зеленый, желтый, коричневый цвета);

Современные арт-терапевты активно используют цветотерапию, ее можно применять и в еде. За прошедшие столетия старыми врачами разработаны 3 направления:

1. Подбор продуктов питания по знаку Зодиака;
2. По системе фен-шуй;
3. По системе аюрведы, где оценка влияния цветов несколько иная, чем в общепринятой системе цветовой терапии.

Вид пищи не должен вызывать уныние. Так, например, сочетание всех цветов мы можем видеть в красиво оформленных салатах.

НЕЙТРАЛИЗАЦИЯ ШУМА И ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУХА

Красоту восприятия света и цвета могут нейтрализовать шум и загрязнения воздуха. Расстройства сна, инфаркты, инсульты, депрессии — это не весь перечень заболеваний, которым мы подвержены в результате шумового воздействия. Шум повышает артериальное давление и уровень стрессовых гормонов. В России допустимый уровень шума с 7 до 23 часов — 40 дБ. Шум больших городов в сочетании с вредными выбросами в атмосферу ускоряют процесс снижения когнитивных способностей у пожилых людей. Роберт Кох писал: «Когда-нибудь человечество вынужде-

но будет расправляться с шумом столь же решительно, как оно расправляется с холерой и чумой».

Размер малых загрязняющих частиц в 2,5 микрона позволяет им проникать в кровоток, легкие, мозг. «Синдром больного здания» негативно складывается на физическом и психическом состоянии людей и на результаты реабилитации. Существует много вариантов кондиционирования и очищения воздуха. Весьма оригинален «зеленый кондиционер» созданный из растений, которые очищают воздух от токсинов и болезнетворных микроорганизмов. Используют филодендрон, нефролепис, спатифиллум, шефлеру, диффенбахию, фикус Бенджамина, хлорофитум. Поглощая пары толуола, ксилола и формальдегида, в «обмен» растения выделяют фитонциды, защищая нас от респираторных и аллергических заболеваний, и насыщают воздух кислородом.

БОРЬБА СО СТРЕССОМ

Около 70% россиян постоянно находятся в состоянии стресса. Для эмоциональной разрядки нет ничего лучше, чем прогулки на природе: 20 минут в день дарят бодрость, оптимизм и повышают иммунитет. Прогулки на природе сравнимы с действием антидепрессантов. Для здоровья жизненно необходимо давать мозгу отдых. Основные причины критического смертельного уровня стресса — конфликты в семье, ссоры с друзьями и соседями, безработица. Успех реабилитации во многом зависит от умения контролировать свои эмоции, от умения противостоять стрессу зависит жизнь!

Связь между настроением и едой крайне сложна. Ученые советуют бороться со стрессом с помощью специальной диеты. На завтрак рекомендуются омлет с капустой или любой зеленью, посыпанный тыквенными семечками. Яйца — источник витаминов группы В и белка, зелень богата витаминами А, К и калием, а тыквенные семечки содержат магний, подавляющий тревожность, и цинк, полезный для иммунной системы. На десерт рекомендуется темный шоколад, который сохраняет ясность мысли и улучшает настроение, а также уменьшает риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Сила любви помогает преодолеть многие недуги. Выяснилось, что ДНК двух человек, состоявших в браке 20 лет со стабильными отношениями, очень похожи. Супруги, как правило, генетически очень близки, просто не знают об этом.

Неоспоримо влияние музыки на когнитивные способности. Музыка позволяет восстановиться после инсульта. Особенно полезны произведения Чайковского, а для пожилых людей — религиозные композиции.

Концепция активного долголетия подразумевает не только активную старость, но и «красивое старение», когда человек до преклонных лет может сохранять привлекательность.

Согласно данным ВОЗ здоровье человека:

- На 10% зависит от социальных условий;
- На 15% — от факторов, связанных с наследственностью;
- На 9% — от качества медицинской помощи;
- На 7% — от климатических условий;
- На 60% — от образа жизни!



Уважаемые коллеги!

**Издательский Дом СТЕЛЛА
информирует, что скоро выходит
в свет книга-исследование
о народных целителях,
их возможностях и достижениях,
об истоках целительства
и перспективах сотрудничества
медицины классической
и народной:**

«Волшебники»

Книга основана на реальных материалах бесед, интервью с целителями, которые уже хорошо известны нашим читателям, а также на свидетельствах исцеленных необычными способами людей.

В книге впервые публикуются эксклюзивные материалы о потустороннем мире, которые предоставлены ... им самим. Ничего мистического! Ничего надуманного! Никакой фантастики! Никакой эзотерики!

В книге публикуются мнения ученых, священников, практикующих специалистов (физиков, биоэнергетиков, психологов и т. д.) о тех явлениях, которые до сих пор считаются «странными» большинством людей, раскрываются механизмы эффективности рекомендаций целителей и т. д.

Заказы можно отправлять на e-mail:

stella-mm@yandex.ru

Справки по тел. +7-921-589-15-82



С. Ю. Кондратьева,
канд. пед. наук, доцент
кафедры логопедии РГПУ
им. А. И. Герцена



Е. А. Осипова,
учитель-логопед ГБОУ
начальная школа —
детский сад № 687 «Центр
реабилитации ребенка»,
Санкт-Петербург, Россия

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ С ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЯМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Жизнь в XXI веке ставит перед нами много задач. На сегодняшний день самой актуальной является проблема сохранения здоровья, а это не что иное, как приоритетная задача государства, образования и человека на протяжении всей его жизни.

В настоящее время сформировались устойчивые негативные тенденции — увеличение распространенности факторов риска формирования различных нарушений развития, рост заболеваемости и инвалидность. Волосовец Т. В. в своем издании, посвященном здоровьесберегающей деятельности в системе образования, публикует сведения о результатах Всероссийской диспансеризации детей за 2002 г., которые констатируют снижение доли здоровых детей (с 45,5% до 33,9%) с одновременным увеличением вдвое удельного веса детей, имеющих хроническую патологию и инвалидность. По данным официальной статистики, в России рождается только 12% здоровых детей (для сравнения — в Швеции 6% больных).

Известно, что стойкое нарушение здоровья ведет к существенным отклонениям в речевом развитии ребенка. Еще в 2006 г. в своем выступлении на симпозиуме доктор мед. наук, профессор Шеповальников А. Н. говорил о том, что количество детей с нарушениями речи достигает в некоторых регионах нашей страны (например, г. Сургут) 80%, а в нашем регионе эта цифра близка к 50%.

Статистика оценки здоровья детей, посещающих «Центр реабилитации ребенка», тому подтверждение. Помимо основного дефекта (различных синдромов аутизма, интеллектуальной недостаточности, речевых патологий), воспитанники и обучающиеся имеют нарушения осанки,

опорно-двигательного аппарата и соматические заболевания различных этиологий. В связи с этим в нашем учреждении получило широкое применение здоровьесберегающая практика.

Использование здоровьесберегающих технологий в деятельности логопеда становится перспективным средством коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими нарушения речи. Эти методы работы помогают добиваться максимально возможных успехов не только в преодолении речевых трудностей, но и общего оздоровления детей.

В коррекционной работе учителя-логопеды центра используют следующие здоровьесберегающие технологии:

МАССАЖ И САМОМАССАЖ

Правильный подбор массажных комплексов способствует нормализации мышечного тонуса органов артикуляции, улучшает их моторику, что способствует коррекции произносительной стороны речи. При системном проведении массажа улучшается функция рецепторов проводящих путей, усиливаются рефлекторные связи коры головного мозга с мышцами и сосудами. На занятиях целесообразно использовать несколько видов массажа:

- массаж и самомассаж лицевых мышц;
- массаж и самомассаж кистей и пальцев рук;
- массаж язычной мускулатуры.

Одним из эффективных направлений по подготовке детей с речевыми нарушениями к письму является самомассаж рук. Под воздействием несложных массажных упраж-

нений достигается нормализация мышечного тонуса, происходит стимуляция тактильных ощущений, а также под воздействием импульсов, идущих в коре головного мозга от двигательных зон к речевым, более благотворно развивается речевая функция.

АРТИКУЛЯЦИОННАЯ ГИМНАСТИКА

Неотъемлемой и очень важной частью логопедической работы является **артикуляционная гимнастика**, способствующая:

- улучшению кровоснабжения артикуляционных органов и их иннервации (нервная проводимость);
- улучшению подвижности артикуляционных органов;
- укреплению мышечной системы языка, губ, щек;
- снижению спастичности (напряженность) артикуляционных органов.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА

Большие возможности в здоровьесбережении детей предоставляет **дыхательная гимнастика**. Работа над дыханием является важным направлением в логопедической работе. Обучение детей правилам гигиены дыхания и навыкам его регуляции полезны и необходимы, так как с дыханием связаны: речь, движение, кровообращение, терморегуляция, обменные процессы в тканях, активность нервной и иммунной систем, биологические ритмы организма.

Работа голосового аппарата — это постоянная нагрузка на дыхание. Учащенный дыхательный пульс у детей нарушает ритм и плавность произношения слов и фраз. Неумение управлять дыханием вносит дезорганизацию в произношение звуков. Поэтому регулярные дыхательные упражнения на логопедических занятиях используются не только как общеоздоровительное средство, но и как одно из условий формирования правильной, красивой речи. Упражнения дыхательной гимнастики проводятся ежедневно в течение 5–10 минут в хорошо проветриваемом помещении. Их можно использовать как физкультминутки в процессе логопедического занятия или как его часть, направленную на развитие речевого дыхания, в результате чего возрастает объём и глубина дыхания, сила и выносливость дыхательных мышц, координируются и ритмизируются дыхательные движения, и в целом улучшается функциональная деятельность всех органов и систем организма.

Детям целесообразно предлагать дыхательные упражнения в игровой форме. Например, «Хомячок»: пошмыгать носом (при этом — рот закрыт) или упражнение «Собачке жарко»: часто подышать с высунутым языком. При выполнении этих упражнений необходимо научить ребенка «чувствовать» движения стенки живота. Для этого необходимо использовать упражнение «Шарик»: вдох носом, живот при этом выпячивается вперед (надуть животик), выдох ртом (живот вбираем в себя). Это так называемое нижнедиафрагмальное дыхание, которое является самым экономичным и физиологически правильным. Логопед должен следить за тем, чтобы во время дыхательных упражнений ребенок при вдохе не поднимал плечи, не надувал щеки, был спокоен и расслаблен.

Для воспитания навыков правильного выдоха можно предложить ряд следующих упражнений, например, «Фиксированный выдох»: после спокойного вдоха сделать плавный выдох через рот, периодически изменяя величину раствора губ (слегка увеличивая и уменьшая отверстие между губами, регулируя тем самым интенсивность выдоха). Щеки не надувать. Следить за правильной осанкой и свободой мышц плечевого пояса, шеи, лица. Следующее упражнение направлено на выработку умения распределять длину фиксированного выдоха до 15 секунд. Мысленно считать до 10 или до 12, затем закончить счет вслух. Длину выдоха в процессе тренировки необходимо постепенно увеличивать. Вместо счета можно произносить таблицу гласных: и, э, а, о, у, ы, или какой-либо текст (пословицу, скороговорку, стихи). «Форсированный выдох»: взяв вдох носом, сделать быстрый, резкий выдох через рот (мысленно произносить сочетание «ху»). Следить за тем, чтобы во время выдоха передняя стенка живота быстро подбиралась по направлению внутрь и вверх, как это делается при кашлевом толчке. Повторить 7–10 раз.

ЗРИТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА

На логопедических занятиях проводится с детьми **зрительная гимнастика**. За основу были взяты упражнения для профилактики нарушений зрения и активизации работы мышц глаз из кинезиологической гимнастики. Так как детям сложно фокусировать взгляд на движущихся предметах, используем в работе яркие игрушки из пальчикового театра. В структуру всех занятий, проводимых с детьми, включаются физкультурные минутки с речью и элементами зрительной гимнастики, например:

- вертикальные движения глаз вверх-вниз, горизонтальные вправо-влево;
- вращение глазами по часовой стрелке и против;
- представление всех цветов радуги с закрытыми глазами;
- мысленное рисование с движением глаз по спирали, окружности, ломаной.

КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ

А. Л. СИРОТЮК

Развитие моторики, создаёт предпосылки для становления многих психических процессов. Под влиянием кинезиологических тренировок в организме происходят положительные структурные изменения. При этом, чем более интенсивна нагрузка, тем значительнее эти изменения. Данные методики позволяют выявить скрытые способности ребёнка и расширить границы возможностей его мозга. В работе используются такие упражнения как «Колечко», «Кулак-ребро-кулак», «Ухо-нос» и т.д.

Таким образом, приоритетным в работе с детьми, имеющими сложный дефект, а также речевые нарушения, являются здоровьесберегающие технологии, которые включают в себя не только комплекс мероприятий по сохранению и укреплению здоровья детей, но и дают ребёнку возможность повысить обучаемость, улучшить внимание, восприятие, скорректировать поведение, снять эмоциональное напряжение и тревожность и улучшить результаты коррекции речи.



Музыкина С. А.,
воспитатель



Перескока Я. А.,
учитель начальных
классов

ГБОУ начальная
школа — дет-
ский сад № 687
Центрального
района Санкт-
Петербурга
«Центр реабили-
тации ребёнка»

НЕТРАДИЦИОННЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ В УСЛОВИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В. А. Сухомлинский писал: «Могучая духовная сила воспитания заложена в том, что дети учатся смотреть на мир глазами родителей. Только в совместной деятельности родители лучше узнают своих детей, становятся ближе». Это высказывание, несомненно, относится ко всем детям, но особенно к детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Рождение ребенка с отклонениями в развитии является тяжелым жизненным событием в семье. Родители обеспокоены: «Каким вырастет их ребенок?», «Что будут говорить о моем ребенке окружающие люди, друзья, родственники, просто прохожие?», «Как нужно его воспитывать?».

Воспитание и обучение ребенка с ОВЗ — это сложный кропотливый, каждодневный труд. Только грамотный, компетентный и подготовленный родитель может полноценно включиться в процесс (ре) абилитации своего ребенка. Практический опыт показывает, что большинству родителей не хватает знаний, умений и навыков, а, кроме того, они часто и сами нуждаются в психологической поддержке. В семьях, воспитывающих проблемного ребенка, нередко встречаются проявления нарушенного поведения родителей:

- постоянные жалобы на ребенка, на жизненную ситуацию;
- явное или скрытое отвержение. Скрытое эмоциональное отвержение состоит в том, что родители, сами себе не признаваясь в этом, тяготятся своим ребенком, хотя гонят от себя подобную мысль, возмущаются, если кто-либо им укажет на это. Подавленное эмоциональное отвержение обычно гиперкомпенсируется подчеркнутой заботой, утрированными знаками внимания;

- гиперопека — чрезмерная опека, мелочный контроль за каждым шагом, что может вырасти в целую систему постоянных запретов и неусыпного бдительного наблюдения за ребенком. Или другая крайность, — когда ребенок становится «кумиром семьи». Здесь дело не столько в постоянном контроле, сколько в чрезмерном покровительстве, в стремлении освободить любимое чадо от малейших трудностей, от скучных и неприятных обязанностей. Это дополняется восхищением мнимыми талантами и преувеличением действительных способностей;
- гипоопека — недостаток родительского надзора, часто сочетается с некритичным отношением к нарушениям поведения у ребенка. Родители пренебрегают сигналами со стороны о его дурном поведении, негодуют по поводу общественных порицаний, стремятся оправдать его проступки, переваливают вину на других;
- социальная депривация — ограничение социальных контактов ребёнка;
- саботаж образовательных и коррекционных мероприятий.

Исходя из этого, одним из важных аспектов работы с семьей, воспитывающей ребёнка с нарушениями развития, является помощь в формировании адекватных взаимоотношений между взрослыми и детьми, создании комфортной семейной атмосферы.

Задача коррекционных педагогов сделать родителей не только свидетелями, но и активными участниками увлекательного процесса развития ребенка. При этом движущим мотивом родителей должно быть не доказательство «нормальности» ребенка, а стремление максимально приспособить его к жизни, воспитание черт личности, которые необходимы для наилучшей адаптации ребенка в обществе. Важно, чтобы семья не замыкалась в своем горе, а сохраняла контакты с социальным окружением, чтобы родители взаимодействовали друг с другом, делились опытом, интересовались жизненной ситуацией одноклассников. Для некоторых родителей, имеющих ребенка с нарушениями развития, информация, полученная от родителей детей со сходным диагнозом, является более достоверной и значимой.

Таким образом, в работе с родителями в коррекционном образовательном учреждении можно выделить следующие основные направления:

- вовлечение родителей в коррекционно-развивающий процесс, обучение приемам работы с ребенком;
- предоставление родителям различной информации, связанной с воспитанием, образованием и развитием детей с ОВЗ;
- гармонизация детско-родительских отношений, стимулирование воспитательного потенциала семьи.

Помимо ставших уже традиционными форм взаимодействия с родителями: родительские собрания, университет для родителей, индивидуальные консультации, открытые уроки и занятия, мастер-классы, видеофильмы, использование цифровых образовательных ресурсов (ЦОР) и многих других, — возникает необходимость в поиске нестандартных путей взаимодействия с семьями, воспитывающими «особого» ребенка.

Как показала практика, одной из самых результативных форм оказалась форма специально организованного досуга для всей семьи — «Семейные посиделки». Их особенность заключается в том, что в таких мероприятиях принимает участие вся семья. Основная задача таких «посиделок» — организация встреч родителей в неформальной обстановке. На этих встречах родители общаются, не стесняются обсуждать своих детей, делятся своими педагогическими идеями, находками. Для каждой встречи выбирается своя тема, родители вместе с детьми готовят сюрпризы, семейные выступления и др. Например, в первом классе для того, чтобы родители лучше узнали друг друга, можно предложить тему «Моя семья», и каждая семья подготовит презентацию, расскажет о своих домочадцах.

Одной из форм реализации взаимодействия семьи и школы являются открытые мероприя-

тия и праздники. Их проведение позволяет родителям и педагогам находить нетрадиционные подходы взаимодействия с детьми. Опыт показывает, что родители могут не только помогать в организации и подготовке мероприятий, но и быть их активными участниками. Степень вовлеченности и участия родителей в мероприятии может быть различна: от роли тьютера (помощника, сопровождающего) ребенка, до роли равноценного участника, артиста, конкурсанта и др. Совместная творческая деятельность даёт родителям возможность испытать радость успеха, снять внутренние зажимы, скованность, проявить свои творческие способности. Во время таких мероприятий родители и дети учатся взаимодействовать в новых условиях, дети узнают родителей с разных сторон.

В современном образовании, проектная деятельность занимает важное место. Развитию инициативности, самостоятельности, познавательной активности учащихся уделяется особое внимание и в коррекционной педагогике. Индивидуальные особенности не позволяют детям с недостатками развития в полной мере самостоятельно найти решение поставленной задачи, собрать информацию, оформить материал. И здесь на помощь могут прийти родители. Важным аспектом в данном случае является оказание родителями оптимального, адекватного объема помощи ребенку. Такая работа объединяет детей и родителей, делает родителей непосредственными участниками образовательного и воспитательного процесса.

Мы не можем знать, как сложится судьба детей, которых мы воспитываем и учим, но мы обязаны сделать все от нас зависящее, чтобы они были готовы к жизни в обществе. ☺

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дети с множественными нарушениями развития. Учебное пособие для педагогов психологов, дефектологов / под ред. Л. М. Шипицыной и Е. В. Михайловой. — СПб.: НОУ «Институт специальной педагогики и психологии», 2012. — 239 с.
2. Добряков В. И., Заширинская О. В. Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия. — СПб.: Речь, 2007. — 400 с.
3. Мартынова И. А. Семейный театр как форма взаимодействия с родителями, воспитывающими детей с речевой недостаточностью // Логопед. 2012. № 7.
4. Мастюкова Е. М., Московкина А. Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. В. И. Селиверстова. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. — 408 с.



Ворончихина Н. В.,
воспитатель



Лебедева Н. В.,
учитель начальных
классов

ГБОУ начальная
школа — дет-
ский сад № 687
Центрального
района Санкт-
Петербурга
«Центр реабили-
тации ребёнка»

ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (ОВЗ)

Конвенция ООН по правам ребенка в качестве исходной точки рассматривает права каждого отдельного ребенка. В Конвенции отмечается, что все дети обладают фундаментальными правами, однако многие из них по различным причинам нуждаются в дополнительной поддержке и помощи на разных стадиях развития для реализации своих прав [7, с.81] Такая дополнительная помощь необходима и детям с аутистическим спектром.

В настоящее время аутизм рассматривается как первазивное (беспроникающее, общее) нарушение, искажение психического развития, обусловленное биологической дефицитностью центральной нервной системы ребенка. У детей с аутистическими проявлениями наблюдается нарушение социального взаимодействия и способности к общению. Для них характерны явное стремление к одиночеству, ритуальные, стереотипно повторяющиеся формы поведения, специфическое развитие или полное отсутствие речи, манерность, неадекватные реакции на сенсорные стимулы, страхи.

Детский аутизм — это аномальное развитие всех областей психики: интеллектуальной и эмоциональной сферы, восприятия, моторики, внимания, памяти, речи. Основным проявлением аутизма является нарушение адекватного взаимодействия ребенка с окружающим миром.

Начиная с 70-х годов, специалисты все больше склоняются к тому, что главное в коррекционной работе с аутичными детьми — это «лечение обучением», развитием возможностей в рамках отклоняющихся параметров психики. Следовательно, необходимо развивать возможности ребенка, готовить его к взрослой жизни, к умению функционировать в обществе.

У большинства аутичных детей, независимо от уровня их интеллектуального развития, овладение культурно-гигиеническими и соци-

ально-бытовыми навыками вызывает значительные (иногда почти непреодолимые) трудности. К культурно-гигиеническим навыкам относятся навыки по соблюдению чистоты тела, культуры еды, поддержания порядка в окружающей обстановке и культурных взаимоотношений детей друг с другом и со взрослыми. Культурно-гигиенические навыки и привычки имеют выраженную социальную направленность, так как дети приучаются выполнять установленные в обществе правила, соответствующие нормам поведения. Сформированность данных навыков обеспечивает переход к более сложным видам деятельности, стимулирует их развитие.

Следует отметить, что подготовительный период не должен затягиваться, иначе помощь взрослых в самообслуживании и в быту становится привычкой и постепенно превращается в стереотип, овладевать данным навыком становится все труднее. Отчасти это объясняется тем, что родители не задумываются, насколько умения, связанные с самообслуживанием, важны для развития ребенка, для его социальной адаптации. А также многие родители не знают, как подступить к ребенку, как начать обучение этим навыкам.

При обучении ребенка стереотипному поведению в быту следует соблюдать следующие правила:

- аутичные дети видят смысл в какой-либо деятельности только тогда, когда она четко запрограммирована: дети должны знать, что делать в первую очередь, какую последовательность действий совершать, как закончить;
- ребенок должен понимать, для чего он будет выполнять то или иное действие;
- требовать от ребенка выполнить какое-либо действие целесообразно только в случае, если он может его выполнить самостоятельно, и вы это знаете;
- соблюдать принцип «от простого к сложному»;
- при обучении необходим положительный настрой: радуйтесь успеху ребенка, игнорируйте неуспех, направляйте по верному пути, предупреждая ошибки;
- все взрослые (педагоги, родители), которые участвуют в обучении ребенка навыкам самообслуживания, должны действовать в одном ключе. Схема действий (повторение одних и тех же шагов) должна быть во всех случаях одинаковой.

Работу лучше всего начинать с тех навыков, которые чаще других встречаются в повседневной жизни ребенка, но следует учитывать и запросы родителей. После того, как мы определили, какой навык будем формировать, необходимо разработать программу обучения, создать необходимые условия для овладения им [1, с. 69–78].

Существенную помощь в деле организации ребенка с аутичными проявлениями, уменьшения его тревожности, упорядочении поведения оказывает формирование навыков самоорганизации. Этому способствует наличие четкого расписания уроков и режима дня. Включаясь в режим дня, выполняя бытовые процессы, ребенок осваивает серию культурно-гигиенических навыков и навыков самообслуживания: мытье рук, полоскание рта, пользование носовым платком, одевание и раздевание.

Процесс социализации детей с аутичным проявлением затрудняет специфическое развитие речи, которое характеризуется малым запасом слов, уходом от речевого общения, нечеткостью произношения слов и другими особенностями. Чтобы помочь таким детям, мы используем в работе пиктограммы (символы, жесты).

Коррекционная работа в классе осуществляется поэтапно, исходя из степени выраженности аутистического дезонтогенеза. Мероприятия по формированию культурно-гигиенических навыков тесно связаны с формированием практических умений и навыков. В ходе коррекционно-развивающей работы формируются следующие умения и навыки:

- различать и называть части тела (голова, глаза, волосы, нос, рот, зубы, уши, шея, ноги, пальцы, ногти, колени, локти);

- знать предметы санитарии и гигиены (мыло, мыльница, расческа, зубная щетка, зубная паста, ножницы, полотенце);
- проводить действия, связанные с гигиеной тела (мытьё рук, вытирать руки, чистить зубы, причесываться, пользоваться носовым платком, салфеткой).

Приобретение самостоятельных специальных умений способствует формированию у него положительных черт поведения, уменьшению аутичных проявлений и других недостатков развития. Кроме этого, в коррекционной работе рекомендуется использовать много полезных, интересных и развивающих занятий, игр, упражнений, а также применение — системы жестов. Необходимо обратить внимание на интегрированное обучение и воспитание детей с аутизмом, поскольку интеграция и коррекционная работа позволяет более успешно решать задачи социальной адаптации детей с аутистическими проявлениями.

Коррекционно-развивающая работа позволяет:

- организовать поведение ребенка;
- развить способности к коммуникативному взаимодействию;
- обучить навыкам самообслуживания;
- сгладить негативные проявления аутизма;
- усилить психическую активность ребенка;
- научить проводить свое свободное время с максимальной пользой;
- подготовить к обучению.

Все выше перечисленное поможет ребенку социализироваться и адаптироваться в обществе. ☺

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аутичный ребенок — проблемы в быту. Методические рекомендации по обучению социально-бытовым навыкам аутичных детей и подростков // Под ред. С.А. Морозова. М. 1998. 92 с.
2. Веденина М. Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой ориентации // Дефектология. 1997. № 2. с. 31–39; № 3. с. 15–21
3. Гилберт К., Питерс Т., Аутизм. Медицинское и педагогическое воздействие. — М: Владос, 2003
4. Иванов Е. С., Демьянчук Л. Н., Демьянчук Р. В. Детский аутизм: диагностика и коррекция. Учебное пособие — СПб. «Дидактика Плюс», 2004
5. Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию. М: Владос, 2003. 238 с.
6. Хайртдинова Л. Ф. Формирование начальных представлений о себе у дошкольников с нарушениями интеллекта // Дефектология, № 1, 2002. 81–89.с.



В 2010 году мы впервые рискнули опубликовать прогноз событий на год вперед от нашего постоянного собеседника — известного санкт-петербургского целителя Юрия Васильевича Кретова. После того, как многие наши читатели констатировали факт правдивости и точности опубликованных прогнозов, к теме целительства и ко всем материалам, которые мы размещаем в рубрике «Непознанное» отношение стало более серьезным и вдумчивым, больше стало профессионального интереса, а не просто любопытства, больше вопросов по существу, а не демагогии, как раньше... Мы рады и горды, что удалось сдвинуть с мертвой точки даже такую, казалось бы, неподъемную тему, как возможности сотрудничества медицины народной и классической, сотрудничества целителей и врачей. Более того, данной теме теперь мы посвящаем выездные международные конференции врачей и альтернативных медиков, которые традиционно проводим в Венгрии.

Сегодня, по сложившейся уже доброй традиции, накануне Нового 2015 года мы беседуем с Ю. В. Кретовым о грядущих событиях.



НЕАСТРОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОГНОЗ НА 2015 ГОД...

— Юрий Васильевич, сначала хотелось бы напомнить о тех прогнозах, которые Вы делали в прошлом. Получается, что все сбылось. Например, когда мы беседовали о будущем медицины и фармацевтической индустрии, Вы говорили, что фармацевтические компании будут укрупняться, объединяться, поглощая друг друга. Именно это и происходит в последние годы. Вы предрекли жесткий контроль рынка БАД со стороны государства, уход с рынка многих сетевых компаний и переход наиболее крупных и добросовестных из них в другое качество, более подконтрольное закону и государству. Так и произошло. Порядка на этом рынке стало, несомненно, больше. Все прогнозы мы вспоминать, конечно, не будем, но один особо хочется подчеркнуть — о возрождении России. Все-таки страна в 90-х и начале 2000-х годов пережила нелегкий период своей истории. Но Вы твердо прогнозировали подъем величия и мощи России уже в самые ближайшие годы. Наверное, сейчас мы можем подтвердить, что подъем, действительно, происходит, несмотря на сложную

экономическую и политическую ситуацию во всем мире. Ведь подъем начинается не только с материального укрепления, а с укрепления духа народа, его идеологической сплоченности. Именно этот период переживает сейчас наша страна. Что Вы можете сообщить нашим читателям в плане прогноза для нашей страны на 2015 год? Что нас ждет?

— 2015 год будет для России спокойным и ровным. Ничего из ряда вон выходящего не произойдет. Отечественная промышленность будет развиваться и потихоньку вытеснять зарубежные товары с нашего рынка. Будет наводиться порядок в сфере финансов, впрочем, это уже происходит. Чиновникам, которые не чисты на руку, придется нелегко. Те, кто с большими деньгами стремятся за рубеж, чтобы там «спрятаться», зря это делают, деньги свои они там быстрее потеряют и за счет высоких налогов, и за счет жесткого законодательства. «Везде хорошо, где нас нет»...

— Будут ли изменения в системе здравоохранения в России?

— Будет положительная динамика, которая начнется с регионов.

То есть будут инициировать и рекомендовать не сверху, а снизу. И этот процесс будет набирать силу. Власть с этим вынуждена будет считаться и принимать.

— Ждут ли нас в новом году какие-то важные научные открытия, в частности, в области медицины?

— Да, в области генетики что-то важное произойдет. Будут на ранних сроках определять пол будущего ребенка, а именно, мальчиков. И будет создан новый препарат в России, который будет снимать негативные спастические явления в родах.

— А какие будут открытия в области медицины в мире вообще?

— В США будет опубликовано большое исследование по семейным отношениям, которое будет взято за основу во многих странах мира. А в Англии будет создано лекарство для стимуляции родов.

— Будут ли в 2015 году беспокоить человечество природные катастрофы и стихийные бедствия?

— Да. В Южной Америке будет высокая вулканическая деятельность вплоть до стихийного бедствия. В Атлантике ожидается цунами, что для этой акватории не характер-



но. Дело в том, что это будет не совсем цунами, как мы это привыкли представлять, Атлантика будет покрываться большими мощными пузырями, которые будут идти как бы со дна океана, вот, в чем дело... При этом пострадает американский континент. В Северной Европе будет серьезное извержение вулкана, причем, лава будет подниматься очень высоко, об этом будут много говорить и покажут по ТВ.

— **Вы предсказали те ужасные наводнения, которые происходили в прошлые годы. Не ожидает ли нечто подобное нас и в новом году?**

— Наводнения, конечно, будут, но не в такой мере. Больше сели будут сходить и беспокоить. Например, в Тибете.

— **Можно ли узнать про благополучие курортных зон в 2015 году? Наши соотечественники стали больше отдыхать на зарубежных курортах, особенно, европейских...**

— Конечно. В Испании, Германии, Франции, Сербии все спокойно, можно отдыхать. В Италии тоже спокойно, только вот почему-то там вода будет грязная...

— **Мы сотрудничаем с Венгрией. Можно поподробнее об этой стране?**

— Для Венгрии год будет вообще благоприятный. С этой страной бу-

дут происходить интересные вещи. В какие-то моменты термальные воды станут более концентрированными, чем обычно, причем, это касается буквально всех венгерских курортов. Это будет происходить повсеместно. Что-то через термальные воды будет выходить из земли.

— **Это не опасно для людей?**

— Нет, не опасно. При кратковременном пребывании даже очень полезно.

— **А сотрудничество российско-венгерское будет укрепляться?**

— Будет. Венгрия будет стремиться расширить это сотрудничество. Вообще, эта страна по-прежнему будет занимать свою твердую позицию и иметь свое мнение по всем вопросам, иметь и отстаивать его на мировой арене.

— **А в Чехии все будет хорошо? Многие наши сограждане ездят на отдых в эту страну.**

— В Чехии будут какие-то волнения, люди там будут чем-то недовольны. Но отдыхать там можно...

— **А в России курортные зоны будут благополучны? В Крыму восстановятся здравницы?**

— Все будет нормально и в России. Все побережье Крыма будет облагораживаться, но только побережье, именно береговая линия возьмет на себя всю массу внимания, туда будут вложены хорошие инвестиции.

— **Многих волнует положение на Украине. Все мы были свидетелями того, когда Вы на нашей февральской конференции этого года в Хевизе дали прогноз по событиям на Украине, тогда это только начиналось... Все Ваши прогнозы сбылись и продолжают сбываться. А что будет с Украиной в 2015 году?**

— Националисты будут одерживать верх по периферии, т.е. в провинциальных городках. Киев вынужден будет уже с ними разбираться каким-то образом. «Батькомаховщина» начнется... Вообще, Украина меня поразила тем, что она образ Батьки Махно низвела до нуля... Я-то думал, что он у них национальный герой, а это, оказывается, явление, которое попросту свойственно Украине... О политике не говорю, но власть там не устойчива. Сами все увидим, в грядущем году будут определенные перемены. А вот Донецк и Луганск будут укрепляться, обособляться, восстанавливать производство, добычу угля и т.д. Никто этому не сможет помешать.

— **Большое спасибо! В целом, Вы даете очень неплохой прогноз и для нашей страны, и для всего мира...**

От всей души желаем счастья и благополучия всем нашим читателям в Новом Году!

Беседу вела М. Мамаева.



Ю. А. Шевчук,
преподаватель СПбГМУ им. И. П. Павлова,
гл. сестра Многопрофильной клиники
«Медицентр», Санкт-Петербург, Россия

КОШКОТЕРАПИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ): МАГИЯ ЧЕРНЫХ КОТОВ...

Сострадание к животным так тесно связано с добротой характера, что можно с уверенностью утверждать, что не может быть добрым тот, кто жесток с животными.

А. Шопенгауэр

С толетиями люди приписывали кошкам магические способности и связывали этих животных с богами, ведьмами и колдовством. У разных народов существуют легенды о кошках и их волшебных способностях. В некоторых религиях кошки считаются священными животными, причем, приносящими как счастье, так и беду.

Самая известная из покровителей кошек, это, пожалуй, Египетская богиня Баст, у которой было тело чело-века и голова кошки. Кошек настолько почитали в Египте, что их убийство являлось серьезным преступлением, а когда умирала живущая в доме кошка, соблюдались все траурные обряды. Кошки часто жили в храмах, даже существовал ритуал кормления; бродячих кошек встречали с почетом, домашние питомцы буквально ели за одним столом с семьей. Были распространены кошачьи амулеты, а умерших кошек мумифицировали и хоронили в специальных саркофагах.

Греки считали, что богиня Диана часто принимает облик кошки. Поэтому кошки находились под особой защитой. В Скандинавии, в колесницу Фрейи, светловолосой и голубоглазой богини любви, продолжения рода и плодородия, были запряжены кошки. У кельтов богине служили белые кошки, помогавшие ей в делах на Земле.

В Древнем Риме кошка символизировала свободу и независимость, всегда сопровождала богиню свободы Либертас и изображалась рядом с ней.

Кошки занимали важное место и в славянской мифологии.

Пород кошек, чьим единственным окрасом был бы чёрный, практически нет. Можно назвать разве что мандалав, разновидность бурманских котов — это ярко-чёрные красавцы с пронзительно жёлтыми глазами. Как отдельная порода, мандалав признан немногими организациями, но в связи с ростом популярности бурманских кошек

можно ожидать и их признания фелинологической ответственностью.

Зато в значительном количестве самых разных пород существуют вариации с чёрным окрасом, он же Black по международной классификации. В таких породах, как европейская короткошёрстная, британская кошка, американский керл и другие, встречаются чисто чёрные коты и кошки.

В таких, как сиамские, балинезийские, священная бирма и прочие породы, имеющие биколорный окрас, в чёрный цвет выкрашены только мордочки, хвосты и лапы.

Кроме того, у породы египетская мау встречаются дымчатые окрасы, варьирующие от тёмно-серого до чёрного на кончиках волос, которые у основания имеют светлый тон.

Большое количество чернышей встречается и среди кошек, не могущих похвастаться родословной. Правда, чисто чёрных не так уж много, значительно больше тех, у кого тёмные тона разбавлены белыми пятнами.

Чёрная кошка во все времена занимала особое положение среди кошек других окрасов. Ее и ценили (как незаметную ночную охотницу), и подвергали гонениям (якобы, за связь с темными силами), и даже **использовали как средство от болезней**. И в настоящее время к черным кошкам сохранилось неоднозначное отношение среди самых обычных людей.

Предки черных кошек имеют финикийское происхождение. Чёрная кошка в Египте считалась храмовым животным. Благодаря своему окрасу, практически невидимая в темноте, она успешно охотилась на грызунов, не испытывала недостатка в еде, поэтому была чрезвычайно плодовита.

В средние века популяция черных кошек сильно выросла и стала подвергаться гонениям. Невидимая ночью, бесшумнодвигающаяся, с горящими глазами, чёрная кошка стала ассоциироваться с нечистой силой. Женщин, дер-

жащих в доме черных кошек, объявляли ведьмами и вместе с их черными питомцами сжигали на костре. Но если на черной кошке находили хоть один белый волосок, это становилось спасением от смерти. Так, кошки черно-белые победили по своей численности чисто черных. Природа позаботилась о черных кошках, одарив их белыми перчатками, манишками и другими белыми пятнышками.

Каждый ген в живом организме отвечает за определенный признак. Следовательно, в организме кошки присутствует ген, отвечающий за окрас её шерсти. Этот ген находится в хромосоме и может принимать разные формы. Разные формы одного гена приводят к различным окрасам шерсти, поэтому кошка может быть серой, рыжей, черной... Практически любая клетка содержит по две хромосомы: одна от мамы, другая от папы. Обе хромосомы могут содержать гены, отвечающие за один цвет, тогда кошка будет одноцветной. Но чаще в двух родительских хромосомах присутствуют разные гены, соответственно шерсть будет окрашена в два разных цвета. Естественным для кошки является окрас шерсти двумя пигментами: желтым и черным. Смешиваясь между собой, они образуют серый цвет. Типичной окраской для кошки является серая шерсть с темными полосами. Остальные окрасы являются мутациями на генном уровне. Черная кошка получила от своих предков гены, отвечающие только за черный цвет. Наверное, у природы были на то причины...

Сильнее всего черных кошек боятся в Германии, однако и в других странах существует масса суеверий на их счет, но бояться этих животных совершенно незачем. Все злое приметы связаны лишь с предрассудками, а ученые доказали, что черные коты и кошки более привязаны к своим хозяевам, чем животные других расцветок, а также намного более любопытны, чувствительны и лояльны. Более того, чисто черных котов сегодня осталось мало, и часто животное такого окраса имеет несколько светлых волосков или белых пятен на шерсти. Бояться черную кошку с белыми пятнышками тоже не стоит. В древности считалось, что черный кот с белым пятном на груди — это стереотип зловещего кота Хэллоуина, однако на самом деле такие коты достаточно ранимы, хотя при этом и аристократичны и изысканны, поэтому их хозяевам нужно просто относиться к этим животным более внимательно.

РУССКИЕ НАРОДНЫЕ ПРИМЕТЫ

Согласно русской народной примете, если ваш путь перебежала черная кошка, это знак беды. Особенно плохой приметой считается, если кошка будет бежать к вам «за пазуху», то есть по направлению к застежкам на вашей одежде. Однако несчастья можно избежать, если три раза плюнуть через левое плечо, а затем продолжить свой путь, скрутив в кармане дулю или схватившись за пуговицу. А лучше всего будет просто подождать, пока дорогу пройдет кто-то другой.

Появление чужого черного кота в доме — предвестие беды.

Человек, который в ночь перед Рождеством увидит во сне черную кошку, опасно заболеет в этом году.

Кот, пес и петух черной масти предохраняют дом от воров. Большой умрет, если черная или белая кошка войдет в его комнату.



НАРОДНЫЕ ПОВЕРЬЯ

Как гласит народное поверье, черный кот может принести вам неразменный рубль. Чтобы его получить, нужно найти кота, который не имел бы ни единого белого пятнышка, безлунной ночью принести его на перекресток четырех разных дорог, одна из которых должна вести на кладбище, а затем пощипать кота, чтобы он замяукал. Когда к вам подойдет незнакомец и пожелает купить вашего кота, попросите за животное один рубль, который и будет неразменным. Сколько бы вы ни тратили этот рубль, он будет всегда к вам возвращаться.

Прежде чем войти в новую избу, пускают туда на первую ночь черного петуха и курицу, на вторую — черного кота и кошку.

Во время грозы надо обязательно выкинуть черного кота из дома, иначе он притянет к себе молнию. Если на корабле есть черная, без единого белого волоска, кошка, то плавание будет удачным.

...Если белый кот с полным ведром склеил разбитое зеркало, надо срочно рассыпать мешок соли в противовес, а то помрешь от счастья...

ПРИМЕТЫ, ПОВЕРЬЯ И ПОГОВОРКИ РАЗНЫХ СТРАН

Он честен, как кот, который не может дотянуться до миски с мясом. *(Английская поговорка).*

Если дома черный кот (кошка), в нем не переведутся любовники. *(Старая английская поговорка).*

Если черная кошка чихнет недалеко от невесты — молодым счастье. *(Английское поверье).*

Если черного кота во время плавания выбросить за борт, на море разыграется страшная буря. *(Примета английских моряков).*

Черный кот на крыльце — достаток в доме. *(Шотландская примета).*

Черная кошка всегда ложится на больное место. *(Современная поговорка).*

Если у кошки родились черный и рыжий котята, то рыжего надо отдать, а черного оставить себе — на удачу. *(Современная примета).*



В пятницу, 13-го числа, всем черным котам хозяева обязаны надевать колокольчики, выпуская их на улицу. (*Закон в Лик-Спрингсе, штат Индиана, США*).

Демоны искушают святых, являясь им в образе черных кошек. (*Сочинения средневековых монахов*).

Хотя считается, что черные кошки приносят несчастье, бродячий кот, особенно если он черный, обязательно предвещает удачу. Если черный кот пришел к вашей двери, впустите его и будьте к нему добры. (*Американская народная мудрость XIX века*).

Верите ли вы в то, что черные кошки приносят неудачу, когда попадают к вам на пути? Или вы считаете, что черные кошки приносят удачу?

На самом деле все это зависит от того, в какой стране вы живете...

В разных культурах и мифах отношение к черным кошкам совершенно разное.

В начале нашего века в отдаленных штатах США закапывали мертвую кошку в лесу неподалеку от деревни для того, чтобы у жителей не было бородавок (!). Подтверждение этого суеверия можно найти в книге Марка Твена «Приключения Тома Сойера». Том и его друг Гекльберри Финн искренне верили в то, что с помощью дохлой кошки можно сводить бородавки: «Возьми кошку» и ступай с ней на кладбище незадолго до полуночи к свежей могиле, где похоронен какой-нибудь плохой человек, и вот в полночь явится черт, а, может, два и три, но ты их не увидишь, только услышишь... ихний разговор. И когда они потащат покойника, ты брось им вслед кошку и скажи: «Черт за мертвецом, кот за чертом, бородавки за котом — тут и дело с концом, все трое долой от меня!».

Белая же кошка, ввиду своего явного контраста с черной, рассматривалась как сила света, противостоящего тьме, и таким образом превратилась в знак удачи.

Если вы живете в Японии, то встреча черной кошкой принесет удачу.

Если вы живете в Германии, то там считается, что если черная кошка перешла дорогу справа налево, то это плохой знак, однако если кошка перешла слева направо, то это гарантирует вам хорошее время.

Итальянцы считают, что черная кошка живет на постели умирающего человека и умирает следом за ним.

В Китае считается, что черная кошка — предвестник голода и нищеты.

В Латвии, как и большинство европейцев, люди верят в то, что черная кошка приносит неудачу, однако в древние времена в Латвии считалось большой удачей держать в хозяйстве черную собаку, черную кошку и черного петуха. Считалось, что эти черные животные, являясь духом Рунциса, приносят хороший урожай и удачу.

В Шотландии, застать сидящую черную кошку на крыльце считается знаком богатства и благополучия.

В Финляндии к черным котам относятся нейтрально, но очень боятся серых.

Во время грозы во многих западных странах черных кошек выгоняли за дверь, чтобы молния не ударила в дом.

В Великобритании долгое время считалось, что, если черная кошка пересекает ваш путь или входит в ваш дом, это значит, вас ждет удача. Однако есть и другая версия. Старая английская пословица гласит: «Если дома черный кот, в нем не переведутся любовники». Здесь кошка играет роль символа сексуальной привлекательности. Во время течки она привлекает толпу восхищенных котов, поэтому дом, в котором живет кошка, считается местом, где любая особа женского пола будет пользоваться вниманием такого же количества мужчин.

У английского короля Карла I была такая кошка, которая, как он считал, благотворно влияла на его судьбу. Он

так боялся потерять любимое животное, что заставлял стражу ревниво охранять его. Но однажды кошка умерла. «У меня не будет больше в жизни удачи!» — воскликнул король. Будущее подтвердило его опасения. На следующий день после смерти кошки его арестовали, а несколько месяцев спустя — отрубили голову.

Черный цвет во всех этих случаях считается особенно счастливым, поскольку ассоциируется с оккультной практикой. У поляков, например, считалось плохим знаком, если к больному в комнату с улицы забегала черная кошка. У славянских народов черные коты тоже не были в почете, но именно славяне для повышения урожая использовали черных котов в качестве жертвенного животного. Люди зарывали их живьем. Перед тем как закопать кота, ему вешали на шею замок и давали на руки голой девушке, чтобы та поносила несчастное животное по полю. В России было принято носить с собой талисман из косточки черной кошки. Он оберегал человека от дурного глаза и нечистой силы. Косточки этих животных применяли и как приворотное зелье. Для того чтобы зелье действовало, нужно было использовать косточки черного кота изловленного тринадцатого числа ровно в полночь. Встречались в отдаленных уголках страны и случаи жертвоприношений (для поднятия урожая), когда черную кошку закапывали живьем не одну, а вместе с девушкой, которую выбирали по жребию.

Но самое распространенное поверье — это перевоплощение женщин-ведьм именно в черную кошку. Когда оно возникло, однозначно сказать нельзя, но уже в 14 веке инквизиция сжигала на кострах женщин-ведьм и черных кошек, как их пособниц. Сколько погибло на кострах женщин и кошек, никто и никогда не узнает. Сотни тысяч несчастных отправлялись на костер при малейшем подозрении в содействии с нечистой силой. И черные кошки стали главными жертвами этих жестокостей. Их жгли сотнями тысяч, иногда перед сожжением еще и издевались над животными. А художники того времени запечатлевали все это в своих картинах. В 1484 году Папа Иннокентий VIII сказал о кошках: «Языческие звери, состоящие в сговоре с дьяволом».

И именно с момента «охоты на ведьм» начались преследования невинных животных. Существовали даже определенные дни, в которые проводились всеобщие облавы на кошек. Сожжения практиковались по всей Европе. Во Франции в XV в. был проведен процесс, когда казнили женщину. Ее заточили в клетку, которую подвесили над медленным огнем, а по приговору суда вместе с ней казнь разделили четырнадцать ни в чем не повинных кошек. Французские историки того времени неоднократно описывали сюжеты, в которых изображали «великих мира сего» за таким занятием, как разведение костров. История подтверждает, что французские короли, начиная с Людовика XI и до Людовика XV, не отказывались присутствовать на такой церемонии. Только однажды в истории Франции бедным кошкам сделали снисхождение. Людовик XIII в молодости добился у своего отца Генриха IV помилования кошек, но передышка продлилась всего два года, и принц, вступив на престол, сам стал, по примеру своих предшественников, разжигать огонь под очередным костром.

Люди настолько верили в магическую силу черных кошек, что, действительно, использовали их практически

во всех магических ритуалах. Аптекари того времени добавляли в свои снадобья кровь, жир и мочу кошек. Часто, чтобы защитить свое жилье от нечистой силы, люди замуровывали черных кошек живьем в стены здания, веря, что таким образом можно отпугнуть демонов и отвратить от живущих в доме болезни и другие неприятности. Кошачьим мясом привораживали любовь и лечили неизлечимые болезни...

В Украине этих животных тоже не очень-то жаловали. Существует много легенд о том, как украинские ведьмы принимали облик черного кота, чтобы попасть к соседу и навредить ему. Именно в таком образе они доили соседских коров, соблазняли молодых парней, завлекали и изводили девушек. Украинские мифы пересказывают множество случаев, когда храбрый казак среди ночи рубил лапу у черной кошки, а утром обнаружилось, что у одной женщины в селе нет руки. Такие жуткие рассказы привели к тому, что черных котов уничтожали как пособников нечистой силы, видя в них либо воскресших мертвецов, либо ведьм, либо чертей. Это подтверждают и литературные источники. Много подобных историй, к примеру, можно встретить в произведениях Н. В. Гоголя.

Большинство людей и сегодня со страхом относятся к меланистам (животным с черной шерстью). Многие так и шарахаются при виде черного кота, идущего навстречу или перебегающего дорогу. И это в двадцатом веке! А их как раз бояться и не стоит. Ведь, как доказали современные ученые, черные кошки куда более лояльны к своим хозяевам и куда более чувствительны и любопытны. А то, до чего дошел этот неестественный отбор, налицо: встретить сегодня абсолютно черную кошку практически невозможно. У многих животных шерсть не черная, а с отливом, или имеет светлые шерстинки! А ведь черный кот может принести в вашу семью только счастье:

Тот, кто говорит, что счастье не купишь, никогда не купал котёнка...

**Когда свежо и нет сосисок,
А в небе полная луна,
То на душе скребутся люди
У одинокого кота**

*Источник:
<http://planeta.moy.su/>
из открытых материалов интернета*





Грабенко Т. М.,

директор Центра дополнительного профессионального образования обучения креативным технологиям и методам гуманизации бизнеса и образования, канд. пед. наук, доцент, преподаватель Института специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга, Санкт-Петербург, Россия

СКАЗКОТЕРАПИЯ ИЛИ СКАЗ О ТОМ, КАК СКАЗКА В ТЯЖЕЛЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ ПОМОГАЕТ

В повседневной жизни мы довольно редко сталкиваемся с искусством. А еще реже пытаемся сами создать продукт художественного творчества, не имеющий материальной ценности, но дающий нам веру в себя, поддерживающий любовь к жизни.

Сказка — самый древний жанр литературы. Словесное творчество в жанре сказки дает возможность любому человеку реализовать себя, не испытывая при этом разочарования в себе, а, напротив, освобождаясь от гнета проблем, тревоги и страха. Сказка невелика по объему, и каждый человек может создать свою сказку, обретая при этом чувство, которое сродни легкости вдохновения. Это ощущение знакомо любому, кто пытался что-то сочинить, нарисовать, спеть, сыграть роль, и у него это получилось. Это чувство дает человеку возможность жить не только бытом, повседневностью с ее подчас пригибающими к земле заботами, когда жизнь превращается в сплошное решение проблем, в постоянную борьбу, когда человек не замечает, как вращается в быт. Куда деваются его фантазия, его мечты, его надежды?

Мир прекрасен, а жизнь многокрасочна, и словесное творчество помогает это понять...

Сказкотерапия — это лечение словом. Словом лечили еще в древности и владели этим методом мастерски. Главное — в сказке любой человек черпает очень важную жизненную информацию.

Быть информированным, значит стать вооруженным.
Быть вооруженным, значит стать защищенным.
Быть защищенным, значит стать готовым к испытаниям.
Быть готовым к испытаниям, значит стать психологически здоровым!

О СКАЗОЧНЫХ ГЕРОЯХ И ИСПЫТАНИЯХ

Каждый из нас, несомненно, мечтал: о прекрасном будущем, об удивительной судьбе, полной приключений и побед, мечтал об обретении счастья и любви, долгой плодотворной жизни и о благодарных счастливых потомках. Вера и надежда, мечта и ожидание прекрасного сопровождают человека всю жизнь, такой уж он — человек, живущий прошлым, настоящим и будущим.

И в этом своем настоящем, и в этом своем будущем человек видит себя героем. Героем, о котором многое знает и которым стремится стать.

Откуда мы черпаем знания об этом герое? Из волшебных сказок и героического эпоса, из народных былин, из приключенческой литературы и киноэпопей. Каждый раз, получая информацию о мире, мы «примериваем ее на себя», обживаем ее, принимая или отвергая стратегическое направление развития героев и выбранные ими тактические ходы для достижения той или иной жизненной цели.

Часто наша память из сказочной истории отбирает «свое» значимое, важное, непременно подтверждающее наши жизненные коллизии, обретения или неудачи. Уже в зрелом возрасте, вспоминая ту или иную любимую нами сказочную историю, пересказывая ее своим детям или другим собеседникам, мы разворачиваем сказочный сюжет так, как складывается наша жизнь, или так, как мы хотим прожить свою жизнь в дальнейшем. Соответственно, мы продолжаем исследовать героя этой истории, продолжая тем самым исследовать и развивать, поддерживать и вдохновлять самих себя.

А чтобы наше личное исследование оказалось продуктивным и честным, всеобъемлющим и научно обоснованным, исторически оправданным и эмоционально защищенным, обратимся к исследованиям Владимира Яковлевича Проппа.

В.Я. Пропп — выдающийся филолог, восторженный поклонник сказки, учитель всех современных литературоведов и историков. В его научных трудах, посвященных сказке, выделены этапы развития сказочных сюжетов. А мы можем смело утверждать, что это и есть этапы становления героя.

Любая сказка начинается зачином, как герой на свет явился. Герой априори приходит в этот мир любимым и значимым как для родителей, так и для всего рода, для мира. Его приветствуют и солнце, и ветра, и феи, и мудрецы... Ему рады, его готовы лелеять и холить, учить и направлять, сопровождать в развитии и доверять многое. Как проходит жизнь героя в отеческом доме, чему готовы научить его мамы и няньки, визири и мудрецы, чему он учится сам, к чему он остается глух, что обесценивает, к чему устремляется — обо всем этом повествует сказка.

Рано или поздно героя ждет дорога. Дорога от дома — за леса, за поля, за горы, за моря... То ли Русь или земли наследные от ворогов спасать, то ли за девицей-красавицей в чуждальние страны по приказу царскому отправляться, то ли женушку от беды избавлять, то ли за братцем малым бежать, в лес по ягоды пойти, пирожка бабушке отнести, за подснежниками в лютый холод, за огоньком к Бабе Яге, за тем, чего не знает никто, туда, куда неведомо как... Без дороги сказочный сюжет не разворачивается, а герой героем не становится! Дорога — место, где лицом к лицу произойдет встреча с провокаторами и помощниками. Причем, кто из них кто, разобраться сразу не удастся. Придется вступить с ними в общение, пройти у них обучение, послужить им верой и правдой, принести им в дар свое время, силу, талант. И награжден ими будешь не сразу, а только тогда, когда это тебе необходимо станет, да и так, как освоить этот дар ты сможешь.

А дорога и дальше увлекает героя, и путь его прямо-хонько лежит к ... Избушке-на-курих ножках, то есть в дом к Бабе Яге, либо к Камню Распутья.

Если герой пришел к Бабе Яге, то перед ним может оказаться: Яга-воительница, Яга-похитительница, Яга-пожирательница, Яга-испытательница, Яга-избавительница, Яга-дарительница. И благодаря этой неизменной героине многих волшебных сказок, звенья сюжетной цепочки сплетаются в такой причудливый узор:

- Предыстория
- Ситуация, которая вызывает беду

- Беда
- Путь к избавлению от последствий беды
- Условия избавления от беды
- Испытание
- Избавительница
- Избавление
- Возвышение героя.

При этом, как мы помним из сказочных историй, Баба Яга в конечном итоге номинируется как великая избавительница и дарительница. Безусловно, она же и осуществляет обряд инициации героя — его переход из одного качества в другое. От Бабы Яги герой выходит:

- уверенным в своих силах (еще бы, такую силушку «вокруг пальца обвел» — обхитрил, заговорил, да и физически, иногда, одолел);
- с определенными знаниями о том, как беду избыть или каких испытателей еще нужно встретить и какие у них артефакты (волшебные предметы, придающие силы или умягчающие силы противника) добыть;
- с точным маршрутом следования к одному из главных испытаний своей жизни.

Часто в сказочных историях, где главным героем является девушка, вместо Бабы Яги-избавительницы все ее функции выполняет избавитель — Морозко, Водяной...

Когда же герой сказочной истории оказывается у Камня Распутья, то сюжет разворачивается таким образом, что герой обязан совершить выбор между тремя направлениями, причем, если два из них весьма определены и конкретны, то третье весьма туманно и неопределенно: «Направо пойдешь — богатство возьмешь, прямо пойдешь — счастье обретешь, а налево пойдешь — узнаешь что найдешь». Однако приходится делать выбор, и выбор героем совершается в направлении туманной ситуации. Как показывает дальнейший ход событий, это направление единственное, позволяющее в чистом поле, на мосту, у городских врат с открытым злом встретиться, с ним сразиться и победителем стать.

Сражение это будет нелегким, иногда мучительно долгим. Но помогут сила, ловкость, смекалка, знания, полученные от разных помощников, меч-кладенец, гусли-самогудки да и все прочие волшебные предметы, в дороге приобретенные.

А потом — счастливое переживание победы. И... невденье беды. Почивая на лаврах, герой становится благостно-недальновидным, щедрым для всего мира, доверчивым, а потому и уязвимым. А в это время рядом с героем оказываются те, кто так стремился оказаться «на пьедестале почета», занять царское место, жениться на принцессе — по сути дела, обрести то, что досталось нашему герою. Это поднимают голову скрытые враги. И, хитростью ли, коварством ли, вероломным ли нападением, но антигерои «свое» желаемое получают. Героя «из игры выводят», уничтожают физически или эмоционально, а сами готовятся к коронованию. Весьма странно, но мир готов признать в них истинных героев. Они так «сладко поют», так убедительно предъявляют символы своих побед, так фактологически грамотно излагают свои версии победных действий...

А наш герой во чистом поле неживой лежит. Иногда сказка повествует нам о том, как части тела его молодого по всей Земле-Матушке разбросаны, как душа его в ко-



лодце страдает, с камнем на шее у тела брэнного... Так сказка описывает нам смерть героя.

«Ах, что за прелесть эти сказки, — скажете вы, знатоки сказочных историй, — в них нет ничего необратимого! Чем страшнее в середине, тем счастливее в конце!»

Конечно, ведь герой на своем пути приобрел помощников, совершив немало добрых дел. Они-то и придут на помощь сами, почувствовав беду. И соберут воедино тело, и принесут «мертвой воды», и сбрызнут ею героя нашего. И сростутся кости, и мясо нарастет, и кожные покровы восстановятся. И будет лежать молодец совсем, как живой. Да вот только глаз не открывает и на ноги не поднимается. И принесет тогда птичка-невеличка в клюве своем капельку водицы «живой», и капелька эта героя на ноги поднимет, силы придаст, веру вернет, к цели направит. Так оживают герои.

Ну а далее — путь к дому или к тому месту, откуда в приключение отправился, держать надо. И не только для того, чтобы победу свою себе вернуть, а в большей степени для того, чтобы справедливость восторжествовала, чтобы жестокосердные, серебролюбивые и недостойные люди миром управлять не смогли.

Не торопится теперь герой. Ко всему прислушивается, ко всему приглядывается. Выбирает образ для своего возвращения. Может конюхом на конюшни своего батюшки наняться, может странником нищим представиться, может заезжим музыкантом... Да мало ли кем можно предстать — главное до поры, до времени оказаться неузнанным.

Но придет время, и герой скинет свою маску и предстанет перед всеми, готовый к новому сражению, к сражению за свою победу. И докажет то, что он тот, кто и достоин звания Героя. И отныне никогда более никто не сможет посягнуть на то, что принадлежит только ему — на силу и величие, на доблесть и отличие, на победный ли, али свадебный ли марш. И возликует страна, и будет праздник, будет пир! Будет коронация истинного героя.

В завершении нашего небольшого исследования приведу один из читательских откликов.

«Сказка учит нас чему? Сказка учит нас добру!»

В доброй сказке говорится о том, что героями не рождаются, — героями становятся.

Не было бы приключений, не было бы испытаний.

Не было бы испытаний — не было бы героического пути.

Не было бы героического пути — не познал бы своих возможностей.

Не познал бы своих возможностей — не достиг жизненно важной цели.

Не достиг жизненно важной цели — считай, и не жил!»

СКАЗКОТЕРАПИЯ В ТЯЖЕЛЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ В СВЕТЕ ТЕОРИИ АДАПТАЦИИ

Жизнь прожить — не поле перейти. Да и героями не рождаются, а становятся.

И если в сказочных историях, рассмотренных нами с помощью В.Я.Проппа, все становится четким, мудрым, обоснованным, то что же в реальности при определенных жизненных обстоятельствах с человеком происходит? Прежде всего, необходимо помнить о тех сказочных уроках, которые нами были усвоены.

Итак, на каждом жизненном этапе мы:

- Приобретаем знания о себе и о мире
- Формируем и укрепляем Веру в высшие силы добра и в себя
- Обретаем помощников
- Получаем опыт преодоления невзгод, проживания горя, потери
- Празднуем победу
- Переходим на новый уровень развития.

Все вышеперечисленное становится возможным при условии достаточно высокой адаптации человека к изменениям окружающего мира.

Поэтому обратимся к современной теории адаптации, поищем там знания о способностях человека к приспособлению к изменяющимся условиям существования.

Термин «адаптация» происходит от позднелатинского «adaptatio», означающего прилаживание, приспособление. В связи с этим можно характеризовать адаптацию как целенаправленный, постоянный и активный процесс взаимодействия биологической системы (человек) и изменяющейся среды (мир), который жизненно необходим для самосохранения и развития.

Выделяют основные стадии адаптации, которые, по их мнению, соответствуют процессу вставания человека в социальную среду. Среди них:

- уравнивание как установление равновесия между средой и индивидом, которое проявляется во взаимной терпимости к системе ценностей и стереотипам поведения друг друга;
- псевдоадаптация как сочетание внешней приспособленности к обстановке с внутренним отрицательным отношением к ее нормам и требованиям;
- приноравливание как признание и принятие системы ценностей новой ситуации, взаимные уступки; осуществление психологической переориентации индивида, трансформация прежних взглядов, ориентаций, установок в соответствии с новой ситуацией.

Результат адаптационных процессов — адаптированность — требует обязательного анализа постижения человеком собственных взаимосвязей с миром, осознания и понимания своей роли в нем.

Адаптивный подход получает все более широкое распространение в медицине при объяснении причин соматических и психосоматических заболеваний. Адаптация человека к экстремальным ситуациям находится в центре внимания медицины, психологии и экологии.

Во взаимоотношениях с миром человек реализует свою целостность, единство своей биологической и социальной сущности.

В своих многочисленных исследованиях С.Т.Посохова утверждает, что традиционно цель адаптации сводится к необходимости восстановления нарушенного равновесия между организмом и средой или к созданию такого взаимодействия со средой, которое адекватно измененным условиям.

Адаптация требует введения еще одной цели — установления гармоничных отношений человека с самим собой.

Совершенно обосновано исследователи выделяют несколько уровней адаптации:

- *Физиологическая адаптация* (соматический уровень), проявляющаяся в поддержании динамического постоянства внутренней среды организма.
- *Психическая адаптация* (внутриличностный уровень), включающая в себя индивидуально-личностные (в том числе конституциональные) и интеллектуальные особенности. Психическая адаптация предполагает наличие определенного уровня развития личностных качеств и свойств интеллекта, лежащих в основе интегрированного социально одобряемого поведения. При этом внутриличностная адаптация выступает как сбалансированность внутренней структуры личности.
- *Социальная адаптация* (поведенческий уровень — социальная успешность личности), предполагающая наличие определенной степени социализации личности (нормативность социальных установок), характеризующаяся ценностными ориентациями, направленностью личности, социальным статусом, социально-ролевыми структурами. Данная адаптация проявляется в процессе деятельности и в коммуникативном процессе.

Дж. Симпсоном выделены эволюционные фазы адаптации:

1. Инадаптация — выход из равновесия, патология
2. Преадаптация — интенсивное давление отбора и продвижение к равновесию
3. Адаптация — новое приспособление и новая норма.

В соответствии с этой позицией в пограничной психиатрии рассматриваются три типа защитных реакций человеческого организма, которым приписывается определенный адаптивный смысл:

- общее снижение психической активности,
- уменьшение притока информации,
- ослабление или полное отсутствие восприятия эмоциональных компонентов информации.

Так, адаптивный эффект депрессии, отражающей крайнюю выраженность снижения психического темпа, заключается в обеспечении сохранности организма в наиболее острый травмирующий момент жизни.

Защитная реакция, связанная с ограничением информации, в предельной форме раскрывается в аутизме. Адаптивный эффект аутизма усматривается в возможности ограничения взаимодействия с окружающим миром, с повседневной жизнью, с ее стрессами и нагрузками, в погружении в более спокойный и комфортный внутренний мир.

Способность не воспринимать эмоциональное содержание информации клинически соответствует проявлениям деперсонализации. Адаптивная роль деперсонализации заключается в сохранении организма при чрезмерных психических травмах, в защите личности после перенесенных утрат, острой тревоги, панического страха.

Переход от нормы к патологии, как полагает Р.М. Бавеский [1975], может осуществляться через ряд фаз адаптации:

1. Полная или частичная адаптация (соответствует минимальному напряжению регуляторных механизмов организма)

2. Кратковременное приспособление (состояние напряжения с повышением активности симпатoadреноловой и других систем)

3. Недостаточность компенсаторно-приспособительных механизмов (состояние перенапряжения)

4. Срыв адаптации, или предболезнь (сначала истощение механизмов регуляции с преобладанием неспецифических элементов, затем — специфические изменения).

Соответственно, учеными описывается и феномен дезадаптации, признаком которого А.А. Налчаджан [1988] считает длительные внутриличностные и межличностные конфликты, переживаемые без поисков возможностей разрешения. Выдвигая проблему уровней дезадаптированности, автор предполагает существование двух ее вариантов: временной ситуативной и устойчивой ситуативной. Первая устранима с помощью адаптивных действий. Вторая сохраняется долго, поскольку личность не находит путей и средств адаптации в определенных социальных ситуациях, хотя предпринимает попытки, оказывающиеся малоуспешными. Выражением общей устойчивой дезадаптированности личности признается состояние «перманентной фрустрированности», которое активизирует ставшие патологическими защитные механизмы. Вследствие их многократного включения возникают невроты и психозы. Переход же от временной ситуативной дезадаптированности к временной ситуативной адаптированности и обратно, видимо, происходит относительно легко.

Адаптационным потенциалом личности принято считать паттерн таких следующих характеристик как:

- нервно-психическая устойчивость,
- самооценка личности,
- уровень социальной поддержки (ощущение значимости для окружающих),
- способность разрешать конфликты,
- опыт общения,
- ориентация на общепринятые нормы поведения и требования коллектива.

Чем более выражены перечисленные характеристики, тем выше вероятность успешной адаптации, тем значительнее диапазон факторов внешней среды, к которым индивид может приспособиться.

Адаптированность отражает уровень и содержание фактических достижений человека во взаимодействии с окружающей средой. Специалисты склонны дифференцировать высокую, среднюю и низкую адаптированность.

Согласно Л. Филипсу [Philips L., 1968], адаптированность выражается двумя типами ответов на воздействия среды:

- первый тип — принятие и эффективный ответ на те социальные ожидания, с которыми встречается каждый, в соответствии со своим полом и возрастом, и эффективный ответ на них, что можно считать выражением конформности к требованиям и нормам, предъявляемым обществом к поведению личности;
- второй тип — гибкость и эффективность при встрече с новыми и потенциально опасными условиями, а также способность придавать событиям желательное для себя направление, успешно пользоваться создавшимися условиями для осуществления своих целей, ценностей и стремлений.



Адаптивное поведение характеризуется успешным принятием решений, проявлением инициативы и ясным определением собственного будущего. Личность, которая осуществляет преимущественно эту форму адаптации, использует возникающие ситуации для реализации своих стремлений, целей, притязаний.

Эффективность адаптации наблюдается в двух сферах:

- внеличностной (социально-экономической, профессиональной) — здесь имеют значение такие качества, как знания, умения, навыки, компетентность, мастерство,
- личных отношений, где устанавливаются близкие, эмоционально насыщенные связи с другими людьми. Необходимы высочайшая чувствительность, знание мотивов человеческого поведения, способность тонкого и точного отражения изменения взаимоотношений.

Достижение такой адаптированности для многих представляется более трудной задачей, чем достижение адаптированности во «внеличностной» сфере.

Особое значение в формировании и развитии адаптированной личности имеет Вера. Вера в Добро и Созидание, Вера в постоянное духовное Сопровождение и Поддержку, Вера в собственное Предназначение, определенную Миссию, во имя которой живет на земле каждый человек.

С верой и надеждой человек формирует свою картину мира, свое пространство бытия. Суфии утверждают, что все события в мире нейтральны, лишь каждый из нас окрашивает их в определенные эмоции, определенные цвета, исходя из которых, выстраивает себя, свое мышление, чувствование, поведение, чем и определяет основы своего существования.

Однако если же человеку выпадает путь потерь и невзгод, прежде чем он обретет глоток живой воды, прежде чем закаленным и негибким выйдет он на дальнейшую Дорогу Жизни, ему предстоит пройти и некие испытания, которые могут быть отягощены так называемыми посттравматическими расстройствами.

В настоящее время большое внимание уделяется изучению личностной обусловленности посттравматических стрессовых расстройств, которые часто классифицируются как специфические психические состояния. Эти состояния могут переживать не только ветераны локальных войн и вооруженных конфликтов, но и все, кто перенес психотравмирующую ситуацию, независимо от возраста, половой принадлежности, социального статуса. Это люди, которые оказывались в ситуации, угрожающей жизни или приводящей к физической травме и увечью, или же видели картины смерти, ранения, насилия над другими людьми, или имели отношение к губительному воздействию факторов окружающей среды, например радиации, отравляющих веществ, стихийных бедствий, террористических актов...

Часто посттравматические расстройства называют нормальной реакцией на ненормальную ситуацию. Это не что иное, как обретение нового способа мышления, чувствования и поведения, необходимого для того, чтобы выжить в нечеловеческих условиях.

Наиболее часто посттравматические расстройства проявляются: в возбудимости, раздражительности, в безудержном и трудно контролируемом реагировании

на внезапное появление незначительного раздражителя, в фиксации сознания на травмирующие обстоятельства, в уходе от реальности, в предрасположенности к неуправляемым агрессивным реакциям. Все это может сопровождаться депрессивными переживаниями, гневом, нежеланием выражать эмоции и чувства, отчужденностью, чувством вины перед погибшими, навязчивыми мыслями, расстройствами сна.

Важно, что многие из стереотипов поведения, пригодные для ситуаций витальной угрозы, так глубоко проникают в сознание и опыт, что продолжают сказываться и в другой обстановке. На привычную ситуацию, не вызывающую никакой угрозы, человек продолжает реагировать так, словно от нее зависит его жизнь.

Обычно в критической для жизни ситуации человек испытывает стресс. Это не что иное, как неспецифический ответ организма на любое изменение условий, требующее приспособления.

Успешная жизнедеятельность человека зачастую бывает возможна в весьма ограниченном диапазоне устойчивости к воздействиям различных внешних и внутренних факторов. У каждого фактора, влияющего на жизнедеятельность, есть свой оптимальный уровень. По мере удаления от оптимального уровня увеличивается стрессогенность фактора. По достижению пределов устойчивости целенаправленная жизнедеятельность крайне затрудняется, а в конечном итоге возникают последствия, травмирующие психику, вызывающие деградацию личности и, возможно, ведущие к гибели человека.

Сказкотерапия может стать одним из реально работающих психологических инструментов в комплексе мер помощи людям, пережившим стрессовые ситуации. Мы рекомендуем:

- Ищите в любимых сказочных историях свои внутренние ресурсы.
- Пишите сказки для себя и своих подопечных.
- Верьте в безграничные возможности сказки.
- Верьте в безграничные ваши возможности.

Переживание героического пути, обретение опыта, укрепление веры, открытие в себе любви и следование ей — это прекрасный сказочный сюжет. Так и жизнь человека, ее основной сценарий, как правило, заложен в одном или нескольких сказочных сюжетах из любимой сказки. Поэтому бывает очень важно обратиться к первоисточкам, к тому, что уже вошло в наш опыт проживания беды, избывания ее последствий и освоения открывшегося нового жизненного пространства.

И тут, на помощь нам, специалистам, работающим с посттравматическими расстройствами, приходит сам пострадавший, когда рассказывает нам свою любимую сказочную историю, где добро побеждает зло, где героиня или герой, преодолевая боль и разочарование, преодолевают ту ли иную жизненную коллизию и достигают вершин счастья, славы, успеха.

Нам же остается, внимая — восхищаться, размышляя — направлять, обсуждая — создавать новую жизненную стратегию нашего героя, обучая — формировать и совершенствовать навыки конструктивной жизнедеятельности. ☉

Продолжение следует...



ФОРУМЫ И КОНФЕРЕНЦИИ 2015

Место проведения: бизнес-центр отеля
«Парк Инн Пулковская»,
Санкт-Петербург, пл. Победы, 1,
ст. метро «Московская»



27-28 февраля
2015 г.

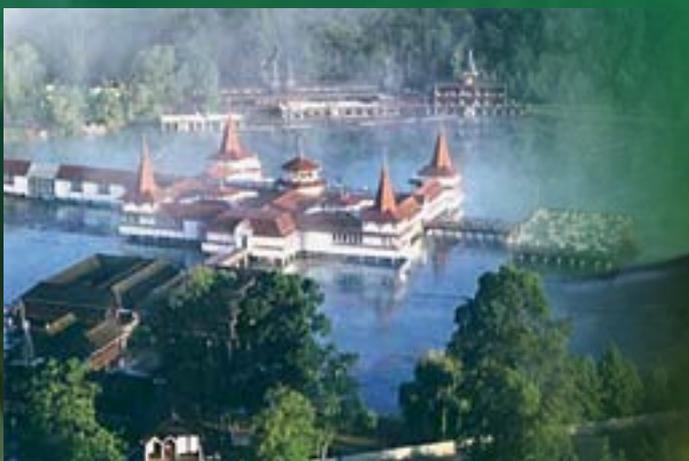


12-13 мая
2015 г.

VIII Научно-практическая конференция
с международным участием
**«Воронцовские чтения.
Санкт-Петербург - 2015»**
*Посвящается памяти профессора
И.М. Воронцова*

IX Российский Форум
**«Здоровье детей: профилактика
и терапия социально-значимых
заболеваний.
Санкт-Петербург-2015»**
*(Совместно с НЦЗД РАМН)
Посвящается Международному
дню защиты детей*

Вход свободный



**О КУРОРТАХ ВЕНГРИИ
ЧИТАЙТЕ НА СТР. 12**