

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Пятиминутка

№ 2 (37) 2016

**Законодательная
и нормативная база Центров
здоровья для детей**

Кондуктивная педагогика

**Реабилитация спортсменов
на курортах Венгрии**

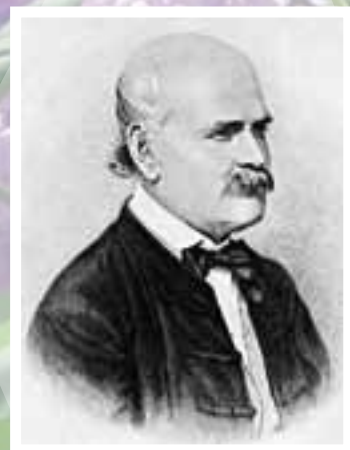
**Санаторно-курортное лечение
в Сербии**

**Рефлекс Семмельвейса
в медицине**

**Причины и коррекция
дефицита кальция**

**Дисбактериоз и часто
болеющие дети**

**Биологические часы
организма**



ISSN 2071-0712



9 772071 071005 1 6002 >

Per aspera ad astra
Через тернии к звездам
Сенека

Уважаемые коллеги!

Приглашаем принять участие в международной
научно-практической конференции в Санкт-Петербурге:
**Актуальные вопросы медицинской реабилитации
и адаптивной физической культуры
в России и за рубежом**

Место проведения — Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И. П. Павлова по адресу:
Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого 8–10 (учебный корпус № 57,
конференц-зал 2 этаж); ст. м. «Петроградская».

15-16 ноября 2016 г.

В программе конференции:

- Современные направления медицинской реабилитации
- Актуальные вопросы адаптивной физической культуры
- Опыт российско-венгерского сотрудничества в области реабилитации и оздоровления пациентов различного профиля. Возможности венгерской курортологии.
- Возможности реабилитации и оздоровления детей и спортсменов в Венгрии и Сербии. Спелеотерапия. Бальнеотерапия. Грязелечение. Мофеты.
- Венгерская стоматология и венгерская эстетическая медицина.
- Состояние системы реабилитации детей с психоневрологической и ортопедической патологией в Санкт-Петербурге. Сотрудничество с Институтом кондуктивной педагогики им. А. Петё (Будапешт, Венгрия).
- Психологическая реабилитация населения в современных условиях. Инновации.
- Роль питания в реабилитации и оздоровлении пациентов различных групп. Вода как лечебный и оздоровительный фактор. Лечебные минеральные воды. Дисвитаминозы и дисэлементозы.
- Возможности повышения квалификации в СПб и за рубежом врачей и среднего медперсонала в области медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.
- Альтернативные методы оздоровления. Гомеопатия. Фитотерапия. Скандинавская ходьба. Рефлексотерапия. Физиотерапия. Хиропрактика. Песочная терапия. Сказкотерапия. Аюрведа.
- И многое другое...

**Прикладная реабилитация.
Мастер-классы, презентации, дегустации. Дискуссия.**

Организаторы мероприятия:

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет (П СПбГМУ)
им. И. П. Павлова;

Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество»
при Издательском Доме СТЕЛЛА, Санкт-Петербург.

ВХОД НА КОНФЕРЕНЦИЮ СВОБОДНЫЙ

Справки по телефону: +7-921-589-15-82, e-mail: stella-mm@yandex.ru

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ **Пятиминутка**

№ 2 (37) 2016

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. Иванова Н. Е.**, зам.директора по научной работе Российского научно-исследовательского нейрохирургического института им. проф. А. Л. Паленова, Филиала ФГБУ «Федеральный Северо-Западный медицинский исследовательский центр», д.м.н., профессор, засл. врач РФ, СПб
- 5. Коновалов С. В.**, профессор 2 кафедры (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук, профессор, 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. Тешич Милан**, профессор, врач-физиотерапевт, Сербия–Россия.
- 11. 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.
- 12. 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
- 13. 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: 30.05.2016
Тираж: 10 000 экз. Заказ № 204
© Издательский Дом СТЕЛЛА, 2016

Отпечатано в типографии «Невская книжная типография», 197198, Санкт-Петербург, Большая Пушкарская ул., дом № 31, лит. Б, пом. 1Н тел./факс: +7 (812) 643-03-19 моб. тел.: +7 (911) 720-57-57
<http://spbcolor.com/> spbcolor@mail.ru



Уважаемые коллеги!

По-прежнему во главу угла мы ставим тему

санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации и в этом выпуске журнала представляем вам информацию о курортах Сербии и спортивной реабилитации в Венгрии.

Впервые обсуждается тема Центров здоровья для детей и продолжается дискуссия на тему дисбактериоза и часто болеющих детей.

Мы продолжаем публикации, посвященные истории медицины и медицинских открытий, а также продолжаем тему возможностей сотрудничества медицины народной и классической.

Обращаем ваше внимание на информацию Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество», которое успешно функционирует при нашем издательстве, и мы приглашаем всех наших коллег к участию в международных конференциях и рабочих поездках по обмену опытом с зарубежными специалистами, все анонсы и объявления о будущих мероприятиях вы найдете на страницах журнала.

Мы всегда ждем ваших отзывов, мнений и предложений.

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

Фото на первой обложке:

Игнац Филипп Семмельвейс
(венг. *Semmelweis Ignác Fülöp*) (1818–1865) — венгерский врач-акушер, профессор Будапештского университета с 1855 г., один из основоположников асептики. Его именем назван Будапештский медицинский университет. Очерк читайте на стр. 49

Информацию о журнале «Пятиминутка», а также о мероприятиях Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» вы можете найти на сайте: <http://www.stella.uspb.ru>

Читайте в следующем номере:

- Врачи — группа риска
- Аллергия и желудочно-кишечный тракт
- Целительные свойства чая
- Витамины в питании беременных и кормящих
- Синдром эмоционального выгорания
- Ароматерапия

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»			<i>Форма № ПД-4</i>			
	(наименование получателя платежа)						
	7842353627 / 784201001		40702810903000482671				
	(ИНН/КПП получателя платежа)			(номер счета получателя платежа)			
	Филиал «Северная столица» АО «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 / 2016 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»			<i>Форма № ПД-4</i>			
	(наименование получателя платежа)						
	7842353627 / 784201001		40702810903000482671				
	(ИНН/КПП получателя платежа)			(номер счета получателя платежа)			
	Филиал «Северная столица» АО «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:

- Международное сотрудничество.** М. А. Мамаева
Санаторно-курортное лечение или медицинский туризм? [4–5]
- Санаторно-курортное лечение.** Мамаева М. А., Милан Тешич
Сербия — страна курортов, о которых так мало известно... [6–8]
- Организация здравоохранения.** В. И. Бондарь, А. А. Модестов
Законодательная и нормативная база Центров здоровья для детей как профилактических подразделений: реалии, издержки и перспективы развития [9–15]
- Гастроэнтерология.** Н. Ж. Александрович, З. И. Пирогова
Микрофлора организма человека и пути её коррекции [16–20]
- Педиатрия.** Мамаева М. А.
Часто болеющие дети и дисбактериоз [22–25]
- Актуальная проблема.** А. В. Орлов
Кальций. Причины и коррекция дефицита [26–28]
- Реабилитация.** Богданович В. Н.
Реабилитация при помощи метода БЭСТ или поиски утраченной культуры «целительного прикосновения» [29–31]
- Новые технологии в медицине.**
Лехтлаан-Тыниссон Н. П.
Природоподобный способ восстановления организма или «Нащупанное» открытие [32–37]
- Медицинская реабилитация.** Мамаева М. А.
Программы реабилитации спортсменов в Венгрии [38–41]
- Коррекционная педагогика.** Циглене Фаркаш Каталин
Развитие фундаментальных способностей школьников младшего возраста в практике кондуктивного воспитания Монтессори [42–46]
- Коррекционная педагогика.** Хенриетт Пинтер, Францишка Гал
Уровень развития способности сочинения письменного текста учеников восьмого класса с патологией центральной нервной системы [47–48]
- Непознанное.** Мамаева М. А.
Народные целители и рефлекс Семмельвейса [49–51]
- Философия здоровья.** И. Д. Пунтикова
«Когда сила гармонии и глубокая радость...» [52–56]
- Медицинская психология.** Кружковская И. О.
Интуиция и творчество («Шестое чувство») [57–60]

**Мамаева М. А.,**

кандидат медицинских наук,
Руководитель Общества специалистов «Международное
медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА,
Санкт-Петербург, Россия

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ?

Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА в Санкт-Петербурге, которое объединяет врачей разных специальностей, главным направлением своей работы обозначает санаторно-курортное лечение и медицинскую реабилитацию.

Поскольку именно эти сферы отечественного здравоохранения подверглись наибольшей деструкции в «лихие» 90-е годы, а в дальнейшем не получили должного развития, в России сейчас значительная часть населения недополучает и санаторно-курортное лечение, и своевременную медицинскую реабилитацию, в которых нуждается. В результате приходится констатировать, что часть трудоспособного населения неоправданно пополняет ряды инвалидов, во многих случаях происходит хронизация заболеваний, которые могли быть излечены на начальной стадии, а отсутствие своевременной доступной медицинской реабилитации лишает нормального качества жизни такие категории пациентов, как дети, страдающие ДЦП, молодые спортсмены и люди, получившие травмы и оперативное лечение по поводу заболеваний опорно-двигательного аппарата.

За 4,5 года непрерывного изучения лечебно-оздоровительных программ венгерских курортов нам пришлось освоить практически с «нуля» всю курортологию от «А» до «Я», ибо, не зная азбуки, невозможно прочесть книгу. Стыдно сказать, но некоторые «премудрости» санаторно-курортного лечения мы впервые познавали именно в Венгрии, т. к. в наших отечественных медицинских вузах этот раздел медицины давно перестал преподаваться, и молодые врачи, да и врачи среднего поколения не знакомы ни с показаниями / противопоказаниями к санаторно-курортному лечению, ни с механизмами действия природных лечебно-оздоровительных факторов, ни, тем более, со спецификой тех или иных курортов.

В то же время в Венгрии мы увидели хорошо отлаженную систему санаторно-курортных учреждений, которые работают как самостоятельно, так и в содружестве между собой. Некоторые удаленные от больших городов курортные местечки используют систему взаимодействия, состоящую из трех учреждений: лечебная гостиница + го-

родская купальня + больница, где главным направлением работы является реабилитация.

Лечебные гостиницы — это достопримечательность Венгрии, удобная и достойная замена санаториям в нашем понимании. Особенно это привлекательно для иностранных гостей. В лечебной гостинице человек не ощущает себя пациентом, в то же время имеет возможность получить полноценный курс лечебно-оздоровительных процедур в хорошо оснащенной медицинском отделении такой гостиницы, остальное время посвящая туристическим и культурным программам.

Основные показания для лечения на том или ином курорте диктует, в основном, местная целебная вода, т. е. ее химический состав. Впрочем, как и противопоказания. Может показаться, что достаточно выучить состав лечебной воды, список показаний и противопоказаний, для того, чтобы давать рекомендации пациентам о выборе профильного курорта. Так считает большинство представителей туристических компаний, работающих в сфере так называемого медицинского туризма. На самом деле, если бы это было так просто, зачем тогда вообще учиться в медицинском вузе и получать профессию врача?!

Хочется напомнить, что санаторно-курортное лечение и медицинская реабилитация — это раздел медицины и, соответственно, сфера медицинской деятельности, куда должны быть допущены только врачи и средний медицинский персонал, причем, имеющие соответствующую специализацию, т. е. прошедшие соответствующие курсы повышения квалификации. Никому в голову не придет принять на работу в санаторий консультировать пациентов и назначать процедуры, например, артиста театра или учителя начальных классов. Так почему в таком случае направлениями на санаторно-курортное лечение у нас в стране занимаются турфирмы? Почему турфирмы допущены до сферы деятельности, которая строго лицензируется в рамках нашего здравоохранения? Почему сотрудники турфирм продают так называемые «лечебные пакеты», т. е. медицинские услуги, не имея на то никакого права? И на каком основании люди, не имеющие даже начального медицинского образования, отправляют пациентов с тяжелыми заболеваниями на курорты

и на лечение за рубеж? Ситуация, на наш взгляд, дикая. Однако, это факт. И на это никто из властьпридержащих почему-то не обращает никакого внимания.

С начала 90-х годов наше здравоохранение находится в состоянии постоянного «реформирования», и одним из наиболее ощутимых результатов этих «реформ» явился развал отечественной системы санаторно-курортной помощи, которая успешно работала в советский период. Сейчас делаются попытки что-то восстановить, что-то «внедрить», что-то «освоить», но это все происходит спорадически, бессистемно, в основном, на энтузиазме отдельных сотрудников.

Но пациенты не могут ждать, когда отечественная система санаторно-курортной помощи будет восстановлена, когда повсеместно и своевременно будет предоставляться медицинская реабилитация, и когда согласно потребностям населения все это будет обеспечиваться полисом ОМС, как это предусмотрено законом и задекларировано во множестве регламентирующих документов, но в жизни пока, к сожалению, не реализуется...

На этом фоне специалисты нашего Общества кропотливо собирают информацию о зарубежных и отечественных курортах с целью ее дальнейшего анализа, обработки и грамотного предоставления коллегам и пациентам. При этом используются такие популярные формы работы с аудиторией, как презентации, семинары и другие мероприятия.

Семинары в Санкт-Петербурге мы организуем ежемесячно, рассказываем о новых курортах, которые нам

удалось посетить в рамках рабочих программ. В ноябре состоялась презентация венгерских курортов в Великом Новгороде, в марте — в Казани, в апреле — в Калининграде. Планируем и дальше расширять географию нашей деятельности.

Кроме того, мы организуем большие международные конференции в Венгрии (Будапешт, Хевиз, Парадфюрдо, Тапольца) и Санкт-Петербурге, посвященные вопросам санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации, в которых участвуют специалисты не только из России и Венгрии, но и из Австрии, Чехии, Словакии, Германии и т.д.

В мае этого года состоялась первая рабочая поездка на курорты Сербии, уверены, что сотрудничество с Сербией будет развиваться быстро и продуктивно. А пока наша задача — распространить полученную информацию, чтобы люди знали, где и насколько эффективно можно поправить свое здоровье. ☺

Наши контакты:

**Общество специалистов
«Международное медицинское сотрудничество»
При Издательском Доме СТЕЛЛА,
Санкт-Петербург
Тел. +7-921-589-15-82 (Viber),
e-mail: stella-mm@yandex.ru
www.stella.uspb.ru**



О курортах Венгрии, о лечебных и оздоровительных программах, показаниях и противопоказаниях для санаторно-курортного лечения, а также о достопримечательностях Венгрии вы можете узнать в книге

«Курорты Венгрии глазами российских специалистов»

**Книга вышла в свет
в октябре 2015 года**

**Заявки по тел: +7-921-589-15-82 или e-mail:
stella-mm@yandex.ru**



Мамаева М. А., кандидат медицинских наук, руководитель Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА, Санкт-Петербург, Россия



Милан Тешич, профессор, доктор физических и технических наук, Сербия.

СЕРБИЯ — СТРАНА КУРОРТОВ, О КОТОРЫХ ТАК МАЛО ИЗВЕСТНО...

В мае 2016 года мы впервые организовали рабочую поездку специалистов по обмену опытом в Сербию, которая славится своими курортами. Нами были изучены лечебно-оздоровительные программы 4 курортов страны и проведены переговоры с Ассоциацией курортов Сербии и Ассоциацией реабилитационных учреждений Сербии.

Учитывая, что мы уже не новички в области санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации, в состав нашего Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» входят и опытные физиотерапевты, и реабилитологи, и специалисты из самых разных сфер медицины, в т.ч. альтернативной, а санаторно-курортным лечением мы занимаемся почти 5 лет, изучая курорты Венгрии, довольно быстро мы смогли сформировать свое представление и о системе санаторно-курортной помощи в Сербии, причем, увидели много отличий от той системы, которая функционирует в соседней Венгрии.

Так, практически все курорты Сербии, которые принято называть Банями, находятся не только под контролем государства, но и под полным его управлением. В чем-то, наверное, это хорошо, есть четкая централизация системы, преемственность этапов здравоохранения, социальная ориентация курортов... Но есть и определенные недостатки, например, недостаточная инициативность на местах и отсутствие прямой заинтересованности курортов в развитии. Однако, что очень порадовало, — на всех сербских курортах мы видели много пожилых людей, пенсионеров, которые совершенно бесплатно — в рамках страховой медицины — получают курсы медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения. Но это не единственный контингент на курортах Сербии. Есть и молодые люди, и дети, поправляющие здоровье, к примеру, после травм и оперативного лечения, люди разных возрастов с патологией кожи (там, где лечебная вода в т.ч. имеет дерматологический профиль), с патологией желудочно-кишечного тракта, гинекологическими и урологическими проблемами, бронхиальной астмой и т.д.

Цены в Сербии очень демократичны, в большинстве курортов в пакеты проживания уже включены и питание (полный пансион), и лечебные программы без ограниче-

ния количества процедур, т.е. если врач назначит больше процедур согласно профилю заболевания, цена от этого не увеличится. Это казалось бы фантастикой, если бы не было реальностью. Уточняли мы эти моменты несколько раз.

Не будем забывать также, что с Сербией у нас безвизовые отношения, прямые авиарейсы есть от Москвы до Белграда, а с июня открывается прямое авиасообщение и Санкт-Петербург — Белград, что значительно упрощает дорогу. Кроме того, в Сербии практически нет языкового барьера, сербский язык относится к славянской языковой группе, многие владеют и русским языком.

Много общего увидели мы, что объединяет курорты Сербии и Венгрии. Потрясающее радушие и гостеприимство, хлебосольность, открытость, готовность к сотрудничеству... Натуральное питание, чистая питьевая вода, любовь к природной минеральной воде, из приправ — паприка, так хорошо знакомая нам по Венгрии, да винный укус... В Сербии, как и в Венгрии, еда и вино — это часть национальной культуры, а на курортах — часть лечебных программ.

Как и Венгрия, Сербия богата термальными подземными водами, а также минеральной водой, многие источники имеют статус лечебных, питьевая лечебная вода бутилируется и продается в специальных магазинах и аптеках, а бюветы находятся в режиме доступа для всех отдыхающих на курортах. Также в Сербии много добывается лечебных грязей, на их основе строятся многие лечебные программы.

Каньича Баня — курорт на севере Сербии, до Венгрии всего 20 км, а потому не удивительно, что 83% населения в этих краях составляют именно венгры. Везде присутствует порядок, и ощущаются венгерская дисциплинированность и трудолюбие. Главное достояние курорта — уникальная по составу лечебная термальная вода, в бассейнах отделено место для плавания (в разбавленной термальной воде), и есть бассейн для спокойного времяпрепровождения в неразбавленной лечебной термальной воде. Широко используется и грязелечение, грязь местная, добывается неподалеку. Вода по своим свойствам напоминает лечебную воду венгерского курорта Харкань, который территориально находится совсем недалеко, а потому одним





из показаний для лечения на курорте является псориаз и другие кожные заболевания, упорно протекающие, например, аллергодерматит или нейродермит. Но все-таки основными показаниями для лечения считаются заболевания опорно-двигательного аппарата воспалительного и дегенеративного характера, ревматические заболевания, состояния после травм и операций.

Курорт позиционирует себя и как база для реабилитации спортсменов, здесь имеются все возможности для занятий спортом, прекрасный спортивный зал, тренажерный зал, стадион и т.д.

Без осмотра врача никто до процедур не допускается, врачи и средний медицинский персонал имеют квалификацию по реабилитации, привлекаются и узкие специалисты по профилю курорта.

Курорт Русанда — уникален тем, что основным методом лечения здесь является грязелечение, но не обычной органической лечебной грязью, а грязью минеральной, которая добывается из так называемого Соленого озера, на берегу которого и расположен этот курорт. С помощью этой редкостной грязи лечат довольно тяжелую патологию опорно-двигательного аппарата, стараются помочь даже людям с врожденными пороками, утратившим способность к передвижению. Есть больничные корпуса для местных жителей, которые приезжают на лечение по социальным направлениям, а есть корпуса с удобными гостиничными номерами, в т.ч. для иностранных гостей.

Удивительно, что вода Соленого озера не используется в лечении пациентов, хотя она, наверняка, обладает целебными свойствами, как и грязь со дна озера. Вероятно, это дело будущего.

Курорт Соко Баня — расположен высоко в горах, а потому считается респираторным курортом из-за пьянящего чистейшего воздуха, которым невозможно надышаться. Показания для лечения — бронхолегочная патология, респираторные аллергозы, включая бронхиальную астму, психоневрологическая патология, заболевания опорно-двигательного аппарата, сердечнососудистые заболевания. Природа в этих местах необыкновенно красива, и ощущается очень сильная энергетика. Немудрено, ведь это место бывшей бурной вулканической деятельности. Вокруг множество карстовых пещер, которые, вероятно, тоже можно использовать для лечения пациентов, но пока спелеотерапия не включена в лечебные программы курорта. Рядом расположено горное озеро, где летом работают лодочные станции, можно купаться. На территории курорта сохранился в первозданном виде и функционирует турецкий хамам 17-го века с термальной водой. Все это добавляет этому сказочному месту романтичности и таинственности.

Однако в огромном больничном комплексе происходят вовсе не сказочные, а реальные вещи: на высоком уровне диагностические мероприятия вплоть до микробиологических и иммунологических анализов, бронхоскопии и томографии, развернутые программы медицинской реабилитации, осмотры квалифицированных врачей и т.д.

На этом курорте получают оздоровление часто болеющие дети. Все условия, прежде всего, природные факторы, способствуют этому процессу.

Курорт Врначка Баня — расположен в южной части Сербии, знаменит тем, что здесь имеются четыре источни-

ка минеральной воды, разной по составу и, соответственно, по своим лечебным свойствам. Лечебная вода используется как для купания, так и для питьевых курсов. Помимо заболеваний опорно-двигательного аппарата, показаниями к лечению на курорте являются заболевания желудочно-кишечного тракта, желчевыводящих путей, обменные нарушения, гинекологические заболевания, а также сахарный диабет. Очень впечатляет центр эстетической медицины, где применяются различные косметологические манипуляции, в т.ч. инструментальные методики. Местная лечебная вода и природная косметика дополняют и придают уникальность методам омоложения, которые используются на курорте.

Мы только начали изучать сербские курорты, но даже первых знаний уже достаточно для того, чтобы включить эту информацию в нашу консультативную работу. Ведь ни Венгрия, ни Сербия, к сожалению, практически никак себя не рекламируют в качестве стран с мощной системой санаторно-курортных учреждений. Это странно, но факт.

Наша книга «**Курорты Венгрии глазами российских специалистов**», изданная в 2015 году по итогам нашего 4-летнего сотрудничества с венгерскими курортами и лечебными гостиницами, явилась единственным, а потому эксклюзивным руководством для врачей и пациентов по венгерской курортологии. Вероятно, подобную книгу придется издавать и по курортологии Сербии после нескольких наших рабочих поездок в эту прекрасную страну, чтобы эта ценная информация стала более доступна для наших специалистов и для наших пациентов, которые в ней нуждаются.

Рабочая поездка в Сербию еще раз показала, **как важно, чтобы в области санаторно-курортного лечения работали врачи, а не турфирмы**. Результат, в котором заинтересованы врачи, — это здоровый человек, который после курорта активно включается в работу и повседневную жизнь. Тесная связь «врач — пациент» часто сохраняется на многие годы, даже если пациент выздоравливает, т.к. к хорошему доктору обращаются не только за лечением, но и за профилактикой заболеваний. А результат, в котором заинтересованы турфирмы, — это получение прибыли от продажи туристического продукта, и не важно, какого — путевки на курорт с лечебным пакетом, включающим большое количество процедур без учета показаний и противопоказаний к ним или чисто экскурсионных туров с пляжным отдыхом... Для турфирмы не существует человека с его проблемами, он для них — всего лишь клиент, который платит деньги. В этом состоит огромная разница в подходах к одному и тому же делу, которое сейчас принято называть медицинским туризмом.

На наш взгляд, чтобы ликвидировать профанацию медицинского туризма, которая происходит сегодня на рынке туристических услуг, необходимо реорганизовать деятельность туристических компаний, которые занимаются медицинским туризмом, таким образом, чтобы все люди, которые желают поехать на курорт, воспользовавшись услугами турфирм, в обязательном порядке получали консультацию специалиста по санаторно-курортному лечению и медицинской реабилитации. Наше Общество готово для такого сотрудничества. Дело за туристическими компаниями. ©



В. И. Бондарь,
д.м.н., академик АМТН РФ,
ФГАУ «НЦЗД» Минздрава
России, Москва



А. А. Модестов,
профессор, главный научный
сотрудник, ФГАУ «НЦЗД»
Минздрава России, Москва

ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ И НОРМАТИВНАЯ БАЗА ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ КАК ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ: РЕАЛИИ, ИЗДЕРЖКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Профилактика как комплекс государственно-административных мероприятий, имеющих четкое продолжение в неукоснительном исполнении, в мире началась тогда, когда пришло осознание принципов распространения инфекционных заболеваний, и началось целенаправленное создание карантинных кордонов на пути смертельно опасных эпидемий, принуждение больных проказой к ношению отличительных внешних и звуковых знаков с запретом захода их в населенные пункты, с кремацией их тел и личных вещей после смерти. Агрессивное отношение к пришлым со стороны ряда племен аборигенов, находившихся на ранних этапах общественного развития, также имело под собой цель оградить свой народ от напастей, в их числе — и от инфекций, влекущих за собой смерть значительной части населения, что происходило при освоении новых земель европейцами, и сохраняется по сей день в глухих отдаленных местах планеты. Интересно, что, как показали исследования, страх заразиться имеет инстинктивную природу и закреплен на генетическом уровне, и этот же ген отвечает за ксенофобию.

Сама медицинская статистика началась с регистрации причин смертных случаев именно с тем, чтобы не пропустить момент необходимости введения карантинных мер при вспышках инфекций, сопряженных с высокой смертностью.

Общепризнано, что профилактика является ведущей доктриной отечественной медицины. Профилактика в нашей стране была поднята на щит еще дореволюционной передовой медицинской общественностью, научной и практической, и находила отклик на высшем государственном уровне. Широко известен исторический факт проведения первой прививки оспы в Российской импе-

рии Екатериной II себе и цесаревичу в целях пропаганды этой формы профилактических мер среди подданных.

Со временем, по мере решения наиболее опасных для жизни человека проблем, менялись акценты и формы профилактики. С победой над многочисленными инфекционными заболеваниями (на протяжении тысячелетий определявших уровень смертности в мире, являясь основными ее причинами, а также приводившим к инвалидизации), благодаря целенаправленным карантинным мероприятиям, прививкам и широкому спектру антибиотиков, и, как следствие, снижением удельного веса инфекционных заболеваний среди причин летальных исходов, — со второй половины 20-го века на первый план среди причин смерти закономерно стали выходить болезни неинфекционной природы. Однако распространение этой группы патологии в мире в связи с урбанизацией и деформацией под нее повседневного образа жизни, не сообразного формировавшемуся миллионы лет генетическому материалу человека, с вредными привычками, а также с увеличением средней продолжительности жизни, — носит также эпидемический характер (сердечно-сосудистая патология, аллергические заболевания, онкология, ожирение...) [1, 2] Смещение акцентов среди причин, вредящих здоровью, вплоть до сокращения продолжительности жизни относительно максимально возможной, генетически преддетерминированной, — было осознано в мире, что нашло и находит подтверждение и отражено в документах международного уровня ООН и ВОЗ и в той или иной степени практически всех государств мира. Установлены основные причины возникновения и столь широкого распространения хронических неинфекционных заболеваний, и основная причина — не соблюдение



принципов здорового образа жизни. Опытom целого ряда стран, добившихся двукратного и более снижения смертности, но, прежде всего, увеличения средней продолжительности жизни населения, доказана эффективность мероприятий по профилактике этой группы заболеваний, что позволило ВОЗ рекомендовать их обобщенный опыт к широкому использованию. Как значительный потенциал дальнейшего укрепления здоровья населения указаны меры профилактики основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний за счет воспитания, введения в культуру поведения приверженности населения к здоровому образу жизни, своевременной диагностики и помощи по устранению выявляемых факторов риска и их ранних последствий на этапе функциональных нарушений, а также ранней, еще донозологической, диагностики и лечения самих заболеваний. Так, в Декларации, принятой резолюцией 66/2 Генеральной Ассамблеи от 19.09.2011 г., прямо указано, что:

«... 1. констатируем, что глобальное бремя и угроза неинфекционных заболеваний — это один из основных вызовов развитию в XXI веке, который подрывает социально-экономическое развитие во всем мире и ставит под угрозу достижение согласованных на международном уровне целей в области развития;

2. признаем, что неинфекционные заболевания являются угрозой для экономики многих государств-членов и могут приводить к усилению неравенства между странами и среди населения;

3. признаем главную роль и ответственность правительств в процессе реагирования на проблему неинфекционных заболеваний и настоятельную необходимость усилий и участия всех слоев общества для обеспечения эффективного реагирования в целях профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними;...

...5. подтверждаем право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья;

6. признаем, что принимаемые на глобальном, региональном и национальном уровнях меры по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними настоятельно необходимо расширять, чтобы способствовать полной реализации права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья...».

Знаменательно, что первая Глобальная министерская конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям была проведена Всемирной организацией здравоохранения именно в нашей стране и состоялась 28–29 апреля 2011 года в Москве. По ее итогам была принята Московская декларация о здоровом образе жизни и борьбе с неинфекционными заболеваниями, на нее ссылаются все последующие документы ВОЗ, касающиеся проблем профилактики неинфекционной патологии в мире и регионах.

Мировой опыт, обобщенный в международных документах различного уровня, посвященных проблемам и путям профилактики неинфекционной патологии в глобальном масштабе, и явился посылом к появлению целого ряда отечественных документов, в т. ч. развертыванию сети Центров здоровья (ЦЗ). **Цель и функциональные задачи этих подразделений, как они обозначены в нор-**

мативных документах отраслевого министерства, регламентирующих их создание для взрослых и детей, и есть профилактика неинфекционной патологии у населения нашей страны путем предупреждения и раннего выявления факторов риска их развития и среди них табакокурения и алкоголизма.

Гарантии права человека на сохранение здоровья являются неотъемлемой частью многих международных документов, примат которых признается на своей территории всеми странами с момента ратификации и до приведения своей нормативно-правовой среды к международному уровню либо в его развитие. Среди таких международных документов/норм, оговаривающих гарантии права человека на защиту его здоровья, к которым присоединилась наша страна, — прежде всего:

1. Всеобщая декларация прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.);

2. Конвенция о защите прав человека и основных свобод ETS N 005 (4 ноября 1950 г.) (с изменениями и дополнениями);

3. Декларация ООН о правах ребенка от 20 ноября 1959 года;

4. Конвенция ООН о правах ребенка от 20 ноября 1989 года (Россия присоединилась в 1990 г.);

5. Декларация тысячелетия ООН (принята резолюцией 52/2 от 08 сентября 2000 г.);

6. Декларация и План действий «Мир, пригодный для жизни детей» (приняты резолюцией S-27/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН 10 мая 2002 года);

7. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков». ВОЗ, — Женева, 2005;

8. Укрепление действий сектора здравоохранения в ответ на проблемы здоровья и развития подростков. ВОЗ, — Женева, 2009;

9. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010;

10. Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (принята резолюцией 66/2 Генеральной Ассамблеи от 19 сентября 2011 года);

11. Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков ВОЗ, — Женева, 2012.

12. Глобальный план действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013–2020 гг.;

13. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними. Доклад Секретариата ВОЗ. 11 апреля 2014 г.;

14. Последующие действия в связи с совещанием высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 2014 г. по всеобъемлющему обзору и оценке прогресса, достигнутого в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними. Доклад Генерального директора. 21 ноября 2014 г.

В русле и в развитие ратифицированных международных документов были сформулированы в свое время соответствующие статьи Конституции нашей страны, приняты Федеральные законы, изданы ряд Указов Президента страны, Постановлений Правительства, во исполнение и развитие которых с учетом существующих реалий была

сформирована и продолжает формироваться нормативная база, касающаяся вопросов необходимости и конкретных путей профилактики неинфекционных заболеваний в России. На профилактической направленности, как основной доктрине отечественной медицины, ставятся акценты в ежегодных Посланиях Президента России Федеральному Собранию (2003–2016 гг.). Особую остроту она принимает в условиях сложившейся в стране демографической ситуации, что было отмечено в ежегодном Послании Президента 2006 г. и вызвало к жизни утвержденную Указом Президента от 09.10.2007 г. за № 1351 Концепцию демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. Фактически же, еще в рамках подготовки данного Указа, Президиум Совета при Президенте РФ по реализации приоритетных национальных проектов 21.12.2005 г. утвердил среди четырех Национальных проектов Национальный проект «Здоровье», стартовавший 01.01.2006 г. Данный проект — программа по повышению качества медицинской помощи. Цель проекта:

- укрепление здоровья граждан;
- повышение доступности и качества медицинской помощи;
- развитие первичной медицинской помощи;
- возрождение профилактического направления в здравоохранении;
- обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

Все эти документы, общим числом более 270 (от международных — до приказов и инструктивных документов отраслевого министерства и министерств субъектов страны), определяют правовое пространство, в котором в короткие сроки созданы и осуществляют свою деятельность Центры здоровья (ЦЗ) и Центры здоровья для детей (ЦЗД).

Следует признать, что в течение последнего десятилетия Правительство страны, Министерство здравоохранения РФ, предприняли беспрецедентные усилия по развитию профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний. Сокращение потребления табака и алкоголя, здоровое питание, физическая активность, регулярная диспансеризация, наряду с четко организованной системой профилактических прививок населения — вот те меры, которые позволяют сохранить здоровье. Для их координации по предложению Минздрава РФ в 2012 году была сформирована Правительственная комиссия по охране здоровья граждан во главе с Председателем Правительства. В ее составе — большинство федеральных министров и руководителей федеральных служб, а также представители широкого гражданского общества. Впервые заложены основы для реализации принципа — «Каждый министр должен быть министром здравоохранения». Особое внимание комиссия уделяет вопросам демографической политики, улучшению здоровья населения и созданию национального базиса здорового образа жизни.

Меры по улучшению состояния здоровья детского населения и демографической ситуации в целом укладываются в четыре кардинальных направления:

- 1 — реализация мер по снижению смертности детского населения страны;
- 2 — усиление мер по повышению рождаемости;
- 3 — реализация мер, направленных на сохранение здоровья детей и подростков;

4 — формирование здорового образа жизни детского населения России.

Перечисленные направления носят стратегический характер. Их эффективная реализация стала приматом социально ориентированной государственной политики.

В данном контексте медицинская профилактика призвана стать фундаментом современной системы педиатрической помощи, доброжелательной к ребенку и его семье. Создание такой системы ориентировано на новую здравоохранную парадигму: **от здоровья индивидуума к здоровью популяции**. Основным инструментом профилактики на данном этапе и призваны стать новые функциональные подразделения поликлиник — ЦЗ, медицина образовательных учреждений нового уровня и качества*.**. В настоящее время в стране насчитывается 228 ЦЗД.

Профилактика болезней в детском возрасте, в т.ч. неинфекционных заболеваний, формы учетно-отчетной документации, касающиеся этого направления, закреплены следующими нормативными документами:

- Приказ МЗ СССР N 204 от 12.02.1987 г. «О введении формализованных форм медицинской документации»;
- Приказ МЗ РФ № 151 от 07.05.1998 г. «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям»,
 - а) Приложение 23. «Временные отраслевые стандарты по профилактической работе с детьми в возрасте от одного до трех лет»;
 - б) Приложение 24. «Временные отраслевые стандарты по профилактической работе с детьми в возрасте от 4-х до 18-ти лет»;
- Приказ МЗ РФ № 241 от 03.07.2000 «Об утверждении «Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений»;
- Приказ МЗ РФ № 286 от 28.07.2000 г. «Об утверждении «Медицинской карты ребенка, воспитывающегося в доме ребенка»;
- Приказ МЗ РФ № 81 от 15.03.2002 г. «О проведении Всероссийской диспансеризации детей в 2002 году»;
- Приказ МЗ РФ от 18.10.2002 г. N 320 «О реализации постановления Правительства Российской Федерации «Об общероссийской системе мониторинга состояния физического развития населения, физического развития детей, подростков и молодежи»;
- Приказ МЗ РФ № 455 от 23.09.2003 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации» (о Центрах и отделениях профилактики);
- Приказ МЗ РФ № 621 от 30 декабря 2003 г. «О комплексной оценке состояния здоровья детей»;
- Приказ МЗ РФ № 310 от 09.12.2004 г. «Об утверждении карты диспансеризации ребенка»;
- Приказ: МЗ РФ № 307 от 28.04.2007 г. «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни»;

* Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г. — Распоряжение Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 г.

** Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2011. Модернизация и развитие человеческого потенциала. — М.: 2011. — 144 с.



- Приказ МЗ СР РФ № 597н от 19.08.2009 г. «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».
- Приказ МЗ СР РФ № 152н от 16.03.2010 г. «О мерах, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»
- Приказ МЗ СР РФ № 430н от 08.06.2010 г. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 г. N 597н.»;
- Приказ МЗ СР РФ № 1074н от 26.09.2011 г. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 г. N 597н.»;
- Приказ МЗ СР РФ № 1346н от 21.02.2012 г. «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»;
- Приказ МЗ СР РФ № 677 от 30.09.2013 г. «Об утверждении Информационно-коммуникационной стратегии по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года»;
- Приказ МЗ РФ № 683н от 30.09.2015 г. «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»;
- и другие.

Даже неполный перечень приказов, касающихся здоровья детского населения на протяжении трети века (1987–2016 гг.), дает представление как о преемственности педиатрической службы СССР и Российской Федерации, так и о трансформации нормативной базы именно в части ее профилактической направленности. Для изучения потенциала развития деятельности ЦЗД путем совершенствования их нормативной базы нами было проанализировано свыше 270 нормативных документов (от международных до субъектового уровня).

В определенной степени базис профилактики нарушений развития и патологических состояний у здоровых детей был заложен Приказом Минздрава СССР № 60 от 19.01.1983 г. «О дальнейшем совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городах», (в редакции Приказа №154 Министерства здравоохранения РФ от 05.05.1999 г.), не потерявшим свою актуальность по настоящее время. Данным приказом для осуществления профилактической работы со здоровыми детьми в возрасте от 0 до 6 лет в составе городских поликлиник были организованы кабинеты профилактической работы с детьми (Кабинет здорового ребенка). Положение о нем содержится в приложении № 8 настоящего приказа.

Руководство кабинетом осуществляет заведующий одним из педиатрических отделений поликлиники. В кабинете здорового ребенка работает фельдшер или ме-

дицинская сестра, прошедшие подготовку по профилактической работе с детьми и санитарно-просветительной работе с населением.

Основные задачи кабинета:

- пропаганда здорового образа жизни в семье;
- обучение родителей основным правилам воспитания здорового ребенка;
- санитарное просвещение родителей по вопросам гигиенического воспитания детей, профилактики заболеваний и отклонений в развитии ребенка.

В методических рекомендациях «Организация работы кабинета здорового ребенка в детской поликлинике», утвержденных Приказом Министерства здравоохранения СССР от 23.03.1987 №11–11/6–25 и действующих по настоящее время, подробно расписана деятельность подразделения. Из них, как и из приложения № 8 Приказа № 60, следует, что большинство функций кабинета дублируют таковые ЦЗД, единственно — возрастной диапазон ограничен 0–6 годами. Приказ № 60 и методические рекомендации не потеряли своей актуальности. Приказы МЗ и СР РФ от 23.01.2007 г. N 56 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиник» и от 16.04.2012 г. N 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи», подтверждают необходимость наличия данного подразделения и уточняют таблицу его оснащения.

Важнейшим документом, нацеленным на профилактическую работу детских поликлиник в отношении организованных детей в возрасте 3–17 лет, позволяющим осуществлять мониторинг развития и здоровья ребенка, является форма 026/у-2000 «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, детских домов и школ-интернатов», утвержденная Приказом №241 от 03.07.2000 г.

В данном документе четко обозначены:

- сроки профилактических медицинских осмотров, приуроченных к поступлению и продвижению ребенка в системе образовательных учреждений;
- перечень специалистов осуществляющих обязательный профилактический осмотр на каждом возрастном этапе;
- имеется возможность мониторинга динамики физического развития и состояние здоровья ребенка на протяжении большей части детства (от 3 до 17 лет).

Но данная форма не учитывает, не отражает становящегося обязательным регулярное ежегодное обследование ребенка в ЦЗД, рекомендации, предлагаемые на основании этих обследований и порядок реализации индивидуальных коррекционных программ хотя бы в виде отметок о посещении ЦЗД и Школ здоровья в рекомендованные сроки. Выпадают из поля зрения неорганизованные дети 0–6 лет [5, 6, 7].

Поименованные документы, хотя сыграли свою роль в организации профилактического пространства в педиатрии, но не способствовали изменению психологии медицинского персонала, ориентированного на лечение больного ребенка.

Приоритетные национальные проекты «Здоровье» (2006–2009 гг.), Модернизация здравоохранения (2010–2013) и утвержденная Постановлением Правительства

РФ № 294 от 15.04.2014 г. в развитие их Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и План ее реализации (утв. распоряжением Правительства РФ № 1727-р от 04.09.2014 г.) со сроками реализации с 2013 по 2020 гг с этапами — 2013–2015 и 2016–2020 гг. — последовательно определили, как основную задачу первичной медико-санитарной помощи охват **всего детского населения, включая и здоровую его часть, как наиболее перспективный для профилактики контингент.**

Достаточно сказать, что первой задачей реализации Государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» указано обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи, а первая же подпрограмма — «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи». Первая же из целей реализации подпрограммы — увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний; вторая — снижение заболеваемости инфарктом миокарда и инсультами. А среди задач на первом месте обозначены: развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, в т.ч. снижение распространенности наиболее значимых факторов риска; реализация дифференцированного подхода к организации в рамках первичной медико-санитарной помощи профилактических осмотров и диспансеризации населения, в т.ч. детей, в целях своевременного выявления заболеваний. Собственно, этот документ определяет и подчеркивает сохраняющуюся на обозримый период приоритетность круга задач, поставленных перед ЦЗ и ЦЗД, положением об этих подразделениях

Как уже отмечалось, появлению данных акцентов в поименованных документах, а, значит, и в профилактическом направлении, способствовали достижения профилактики инфекционных заболеваний, что и выдвинуло на повестку дня новые приоритеты и привело к осознанию важности и возможности проведения ранних превентивных мер в предупреждении развития неинфекционной патологии на доклиническом этапе, кроме того, и новые технологические и информационные возможности в отечественном здравоохранении позволили поднять профилактику на качественно новый уровень [5, 6, 7, 11].

Таким образом, развертывающаяся сеть идеологически новых подразделений медицинской профилактики — центров здоровья, в частности, центров здоровья для детей — результат закономерного развития ситуации в мире и в нашей стране, его осознания и выхода в свет ряда поименованных Приказов отраслевого Министерства. Задача этих подразделений, как она формулируется Положением, — выявление факторов риска заболеваний и ранних нарушений, связанных с несоблюдением принципов здорового образа жизни у еще здорового населения, пропаганда и воспитание у населения нацеленности на здоровьесбережение в повседневной жизни на основе общих принципов, а, где необходимо, индивидуально ориентированных рекомендаций.

Как уже отмечалось, деятельность ЦЗ как подразделений лечебно-профилактических учреждений опре-

деляется более чем 270 нормативными документами, основные же из них (полные названия см. выше) — № 597н от 19.08.2009 г., — № 152н от 16.03.2010 г., № 430н от 08.06.2010 г., № 1074н от 26.09.2011 г., Письмо МЗСР РФ от 18.02.2011 г. №15–2/10/2–1642.

Утвержденный 19.08.2009 г. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» явился первым документом, обозначившим **поворот отечественной медицины к профилактике неинфекционных заболеваний у здоровых.** Созданные этим приказом ЦЗ отвечают основным принципам единой профилактической среды:

- единство с европейскими стандартами трехэтапного выявления факторов риска: анкетирование, осмотр, инструментальные и лабораторные данные;
- единая информационная система регистрации и хранения данных;
- единая направленность занятий по здоровому образу жизни (ЖОЗ) в учреждениях здравоохранения и образования;
- введение здоровьесбережения на основе ЗОЖ в число семейных ценностей, культуры и традиций семейной жизни как общей линии поведения.

Однако в данном приказе на момент его выхода организация ЦЗД практически была только продекларирована. Это касается, как табеля оснащения (табл. 1), так и формы отчетности №68 (приложение к приказу), которая отражала лишь общее количество осмотренных детей в возрасте от 0 до 17 лет и количество их с выявленными факторами риска (без указания этих факторов), а также число детей обратившихся повторно в течение отчетного года.

Для того чтобы более эффективно организовать деятельность Центров здоровья для детей, потребовался выход в свет уточняющего приказа, который появился спустя 10 месяцев — Приказ МЗ СР РФ № 430н от 08.06.2010 г. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 г. N 597н.». Дополнением к этому Приказу прописано положение о Центре здоровья для детей, штатные нормативы, табель оснащения, дан перечень тематических школ здоровья. Однако отчетная форма № 68 по-прежнему не удовлетворяет условиям происходящих в меняющемся темпе физиологических изменений периода детства, уточнения требуют формально обозначаемые отдельные графы (в т.ч. в плане мотивации к посещению ЦЗД: родители, медицинские работники АПУ или образовательных учреждений), в то время как есть позиции не менее существенные, но не находящие отражения в документе, как, например, посещение ребенком ЦЗД в сопровождении взрослых представителей семьи, способных дать исчерпывающие сведения о семейном анамнезе и об анамнезе ребенка и о его развитии к моменту визита в учреждение. Следует отметить, что за отсутствием инструкции по заполнению формы подробная расшифровка содержания сведений, заносимых в отдельные графы, освещенная в длинном названии, отражающем, в свою очередь, соответствующий пункт учетной формы № 025-ЦЗД/у-2 «Карта центра здоровья ребен-



Таблица 1

Стандарт оснащения Центров здоровья и Центров здоровья для детей (Приказ № 597н от 19.09.2009 г. с дополнениями, Приложение 9, и Приказ № 152н от 16.03.2010 г., Приложение 2)

№ п/п	Центры здоровья	Центры здоровья для детей
1	Аппаратно-программный комплекс для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма с комплектом оборудования для измерения параметров физического развития	Аппаратно-программный комплекс для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма с комплектом оборудования для измерения параметров физического развития, в состав которого входят: — персональный компьютер (по числу рабочих мест); — программное обеспечение Комплекса (за исключением операционных и офисных систем); — комплект оборудования для измерения параметров физического развития (ростомер, весы напольные, динамометр); — компьютерный электрокардиограф в комплекте с электродами
2	Система скрининга сердца компьютеризированная (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей)	±См. п.1
3	Система антологического скрининга с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчета плечелодыжечного индекса	—
4	Аппарат для комплексной детальной оценки функций дыхательной системы (спирометр компьютеризированный)	Аппарат для комплексной детальной оценки функций дыхательной системы (спирометр компьютеризированный)
5	Биоимпедансметр для анализа внутренних сред организма (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани)	Биоимпедансметр для анализа внутренних сред организма (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани)
6	Экспресс-анализатор для определения общего холестерина и глюкозы в крови (с принадлежностями)	Экспресс-анализатор для определения общего холестерина и глюкозы в крови (с принадлежностями)
7	Оборудование для определения токсических веществ в биологических средах организма	Анализатор для определения токсических веществ в биологических средах организма
8	Анализатор окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина	Анализатор окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина
9	Анализатор котинина и других биологических маркеров в крови и моче	Анализатор котинина и других биологических маркеров в моче
10	Смокелайзер	—
11	Кардиотренажер	—
12	Пульсоксиметр (оксиметр пульсовой)	Пульсоксиметр (оксиметр пульсовой)
13	Комплект оборудования для зала лечебной физической культуры	Оборудование для зала физкультуры
14	Комплект оборудования для наглядной пропаганды здорового образа жизни	Комплект оборудования для наглядной пропаганды здорового образа жизни
15	Компьютер персональный (не менее 3)	См. п. 1
Кабинет (рабочее место) гигиениста стоматологического		
16	Установка стоматологическая	Рабочее место гигиениста стоматологического, в состав которого входит: установка стоматологическая универсальная с ультразвуковым сканером
17	Компрессор	
18	Пылесос-слюноотсос	
19	Пескоструйный аппарат	
Рабочее место среднего медицинского персонала офтальмологического кабинета		
20	Набор пробных очковых линз и призм с пробной оправой	—
21	Проектор знаков	—
22	Автоматический рефрактометр	—
23	Автоматический пневмотонометр	—
Только для Центров здоровья для детей		
24	—	Весы медицинские для взвешивания грудных детей

ка», со временем теряется в силу сокращения названий в итоговых таблицах, а, значит, к отчетной форме, предложенной Приложением к Письму МЗСР РФ от 18.02.2011 г. №15–2/10/2–1642, теряется и первоначальный смысл содержания заносимых в графы данных, появляются варианты их трактовки, чего быть не должно. Соответственно, подробное название графы, отражающее сведения, в нее заносимые, не должно и не может исключать инструкции по заполнению форм. Все это лишает возможности полноценно и весомо использовать, получаемые ЦЗД данные в интересах аргументированной популяционной и групповой повозратно-половой профилактики неинфекционной патологии, разрабатывать экономически обоснованную стратегию профилактики, как на местах, так и в масштабах страны. ☉

Продолжение следует...

ЛИТЕРАТУРА

1. В.И. Бондарь. Состояние здоровья детей свидетельствует об истощении адаптационных резервов человека. // Сборник тезисов Международного Конгресса «Здоровье, обучение, воспитание детей в ЧЧИ веке. — М, 2004. С.172–175.
2. В.И. Бондарь. Что не учитывает современная медицина, но о чем необходимо задумываться врачу и тем, кто определяет перспективы развития медицинской науки и практики (Часть II). Дисадаптоз, как реальность требующая пересмотра основ терапевтического процесса // Пятиминутка, 2010; 5: 4–9.
3. Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г. — Распоряжение Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 г.

4. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2011. Модернизация и развитие человеческого потенциала. — М.: 2011. — 144 с.

5. А.А. Модестов, В.И. Бондарь, С.А. Косова, Г.А. Малькова. Центры здоровья для детей как основа модернизации профилактического направления в педиатрии. // Заместитель главного врача, лечебная работа и медицинская экспертиза. — 2014, №5 (96). — С. 22–28.

6. В.И. Бондарь. Центры здоровья для детей: кампания или фундамент новой системы медицинской помощи детям? // Idoctor. — 2015, №6 (34). — С. 10–13.

7. В.И. Бондарь, А.А. Модестов, Г.А. Малькова, С.А. Коган, Р.Н. Терлецкая. Центры здоровья для детей: итоги 2013 года и перспективы развития. // Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 20: сборник научных трудов / Под. ред. з.д.н. РФ, д.м.н., проф. Вишнякова Н.И. — СПб.: — 2015. — С. 246–250.

8. В.И. Бондарь, С.А. Коган, А.А. Модестов. Нормативная база как потенциал развития службы Центров здоровья для детей (ЦЗ). Сборник материалов. XVII Конгресс педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», Москва, 14–16 февраля 2015 года. — М. — 2015, с. 26.

9. В.И. Стародубов, С.Г. Руднев, Д.В. Николаев, К.А. Коростылев. Федеральный информационный ресурс центров здоровья: современное состояние и перспективы развития // «Социальные аспекты здоровья населения» электронный научный журнал, 2015, 5 (45).

10. В.И. Бондарь, Г.А. Малькова, А.А. Модестов. Деятельность центров здоровья для детей Северо-Западного Федерального округа (по итогам 2013 г.). // Пятиминутка, 2016, №1 (36), с. 28–35.

11. Шабалов Н.П. Детские болезни. М., 1993, с. 86–94.

НОВОСТИ

Минздрав традиционно в тройке лидеров по неэффективному использованию бюджетных средств, на счетах государственных учреждений остаток фактически выделенных на работу казённых денег дошёл до 22,5 миллиардов рублей. Хуже всего реализуется программа «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013–2020 годы, за прошлый год осталось почти 20% выделенных средств, потому что за первые три квартала смогли отработать только 42,7% от намеченного.

Недовольна Счётная палата и смертностью россиян, в 2015 году должно было быть 12,5 случаев на тысячу человек, а вышло 13,1 случая. Аудиторы обнаружили серьёзные дефекты льготного лекарственного обеспечения, при том, что армия льготников уменьшилась на 165 тысяч человек. Перечни льготных лекарств в российских регионах разительно не схожи, а половину препаратов покупается у зарубежных производителей, что в нынешнее время «ведёт к удорожанию». Министр Скворцова накануне выразила полное удовлетворение итогами работы своего ведомства.

Инициативная группа сенаторов готовит предложение о ликвидации Фонда обязательного медицинского страхования и возврате к прямому бюджетному финансированию здравоохранения, поскольку без этого невозможно в кризис гарантировать гражданам их конституционные права на охрану здоровья. Сегодня в регионах одновременно действуют обеспечивающаяся перечисленными в ФОСМ средствами казны федеральная программа и собственная программа. В 2005 году было 46 соцобязательств, в 2016 — 105 пунктов и многие из них недофинансированы. Бюджеты наполняются только работающими гражданами, а тратятся на всех, при этом численность пенсионеров и безработных выросла. При сохранении всех обязательств и поддержании уровня медицинских гарантий в условиях резкого ухудшения экономической ситуации большинство регионов ждёт банкротство. По данным мониторинга РАНХиГС, 98% россиян недовольны системой оказания медицинской помощи.

«У нас фиктивная система ОМС. Её нельзя назвать страховой, о чем сказал президент ещё в 2012 году. Она была полезна в 1993 году, когда гарантировала целевые поступления в бюджет: тогда не было бюджета на медицину, а это были деньги чисто на здравоохранение, их никто не мог изъять. И тогда, в первой половине 1990-х, она спасла ситуацию. Но сейчас воспроизводить эту имитационную страховую модель нельзя, тем более в нашей стране. Согласно 41 ст. Конституции, в России бесплатная медицинская помощь. Это значит, что здравоохранение нужно брать на госбюджет — и никаких вариантов! А мы придумали ещё посредников, которые вообще непонятно за что отсасывают часть денег».

Источник: <https://mirvracha.ru/news/show/3678>



Александрович Н. Ж.,
кандидат медицинских наук,
генеральный директор ООО
«БИОМЕДИКА
Санкт-Петербург»



Пирогова З. И.,
кандидат медицинских
наук, кафедра педиатрии
и неонатологии СЗГМУ
им.И.И. Мечникова

МИКРОФЛОРА ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА И ПУТИ ЕЁ КОРРЕКЦИИ

Учение о роли симбионтной микрофлоры для организма человека связано с именем великого русского учёного И. И. Мечникова. В 1911 году в работе «Этюды оптимизма» он писал о том, что многочисленные ассоциации микроорганизмов, населяющих кишечник человека, в значительной мере определяют его духовное и физическое здоровье, и показал, что кожа и слизистые покрыты биоплёнкой, состоящей из сотен видов микробов. Позже И. И. Мечников отметил особые свойства молочнокислых бактерий, в частности, их антагонизм по отношению к гнилостным и патогенным бактериям. Именно поэтому он рассматривал использование в рационе продуктов, богатых молочнокислыми бактериями — знаменитой «простокваши Мечникова», как путь к долголетию.

Организм человека находится в постоянном контакте с огромным количеством микробов окружающей среды. Между этой микрофлорой и всеми открытыми эконишами человеческого организма происходит постоянная циркуляция микроорганизмов, которые населяют кожу, дыхательные и половые пути, пищеварительную систему, но основная их масса находится в толстом кишечнике. При такой «разбросанности» микрофлора человека — целостная система: нарушение её в одном органе рано или поздно приводит к нарушениям в других органах и системах. Это обстоятельство нужно обязательно учитывать при выборе методов коррекции, проводить её комплексно, используя как разные корректирующие средства, так и различную локализацию их применения в организме.

Кишечник является наиболее ярким примером открытых микроэкологических ниш организма. В настоящее время известно почти пятьсот различных видов микроорганизмов, которыми колонизирован желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) человека. По численности (10^{14}) эти микробные клетки превышают суммарное количество человеческих клеток (10^{13}). Эта сложная ассоциация микроорганизмов активно влияет на жизнедеятельность друг друга и организма хозяина.

Процесс формирования кишечной микрофлоры происходит в первые дни жизни ребенка. В этом процессе выделяют три фазы. I фаза — *асептическая* — длится 10–20 часов после рождения. Затем наступает II фаза — *транзитная* — заселение ЖКТ кокками и другими микроорганизмами (первые 2–4 дня после рождения). Постоянная микрофлора в это время ещё не сформиро-

вана. III фаза — *трансплантации*, когда бифидофлора становится основой микробного пейзажа. Важнейшим фактором формирования нормофлоры является естественное вскармливание, особенно раннее (в первые часы после рождения) прикладывание к груди. Грудное молоко (в первую очередь — молозиво) чрезвычайно богато пребиотическими бифидогенными факторами: лактоза грудного молока (β -галактозилфруктоза, бифидус-фактор I (N-ацетил- α -глюкозамин) и бифидус-фактор II, левулёза). Важную защитную роль играют также лизоцим и иммуноглобулины женского молока, обеспечивающие пассивный иммунитет новорождённых и детей первых месяцев жизни. Все бифидогенные факторы женского молока термолабильны, после термической обработки их активность значительно снижается.

В состав нормальной микрофлоры человека входят несколько видов бактерий, но львиная доля из них — это бифидобактерии: у детей первого полугодия на грудном вскармливании они составляют до 98% всей микрофлоры организма, у взрослого человека — около 65%. У здорового человека нормальная микрофлора представлена в следующем соотношении (в упрощенном виде, если мы сократим часть нулей): на 100 клеток бифидобактерий в толстом кишечнике должно быть 1 клетка лактобактерий, 1–10 клеток кишечной палочки, 1 клетка других микроорганизмов. Эта оптимальная количественная и качественная пропорция микроорганизмов в толстом кишечнике у человека должна строго соблюдаться.

Нормофлора кишечника колонизирует как просвет кишечника — полостная (П-микрофлора), так и поверх-

ность слизистой оболочки — пристеночная или мукозная (М-микрофлора).

Многочисленные эпидемиологические исследования свидетельствуют, что большинство населения земного шара имеет нарушения качественного и (или) количественного состава микрофлоры — **дисбактериоз или дисбиоз**.

Впервые такими терминами начали оперировать микробиологи. Действительно, достаточно просто вдуматься в название: «дисбактериоз» — дословно значит нарушение бактериальной флоры, а «дисбиоз» — нарушение всего биоценоза нашего организма, в состав которого входят не только бактерии, но и вирусы, грибы, бактериоиды и другие микроорганизмы, т. е. дисбиоз более широкое понятие, чем дисбактериоз.

В современной медицине дискуссии вокруг проблемы дисбактериоза, кажется, достигли своего пика. Актуальность проблемы не может оправдать ту лёгкость, с которой часто ставится развёрнутый диагноз дисбактериоза. При этом не учитывается, что ни дисбактериоз, ни дисбиоз не могут быть нозологической единицей, так как не соответствуют критериям болезни, а значит, и не могут выступать в качестве диагноза. В клинической практике такой подход мешает корректной постановке диагноза и выбору рациональной терапии. Нарушение

микробного пейзажа — это звено патогенеза патологического процесса, этот процесс всегда вторичен. Только такая трактовка этих понятий не будет отрицательно влиять на правильный выбор терапии основного заболевания.

Из всей огромной массы бактерий бифидо- и лактобактерии — являются самым важным звеном в системе защиты организма и поддержании постоянства его внутренней среды. Эти два вида бактерий и являются главной составляющей нормальной микрофлоры.

В связи с тем, что основная масса микрофлоры находится в толстом кишечнике, микроорганизмы, живущие в нем, и выполняют свою главную задачу — переваривание пищи, а точнее — конечное микробное расщепление трудноперевариваемых компонентов пищи (клетчатки; гемицеллюлозы; отработанных частей клеток).

Для полезных нам микробов очень важно, какая пища доминирует в повседневном рационе. Их нормальная жизнедеятельность нуждается в продуктах, богатых витаминами и пищевыми волокнами — бифидоактивными углеводами (трудноперевариваемыми компонентами пищи). К таким продуктам, в первую очередь, относится растительная пища — овощи и фрукты, которые и составляли основу рациона человека до середины прошлого века. Однако с развитием пищевой промышленности в нашем питании стали доминировать рафинированные продук-

БИОМЕДИКА

Естественная коррекция дисбиоза

«БИОМЕДИКА Санкт-Петербург»
(812) 274-58-69, 710-20-51
bv-pbcom@yandex.ru
www.bio-me.ru



Бифидумы

— жидкие пробиотики, источники кислотоустойчивых бифидо-бактерий, необходимых в любом возрасте, особенно детям.



Сироп «Фитолон»

— надежный помощник пробиотиков, содержит только природные компоненты. Создает невыносимые условия для вредных микробов и вирусов, идеально питает полезные бактерии



«Наринэ-Форте»

— это содружество самых необходимых участников пищеварения — ацидофильных лакто и бифидо-бактерий.

Инулин — это натуральные растворимые пищевые волокна, полученные из корней цикория. Наринэ с инулином обладает пребиотическими свойствами, способен стимулировать размножение и рост полезных бактерий, улучшает пищеварение и усвоение кальция из пищи, способствует снижению чувства голода.

Вместе они точно победят дисбактериоз!

РЕКЛАМА

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ СЛЕДУЕТ ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ



ты, почти не содержащие пищевых волокон и бедные витаминами. При их недостатке нормофлора не получает достаточного питания, не может нормально развиваться и полноценно выполнять свои функции. И тогда начинают поднимать голову и активно размножаться условно-патогенные микробы, что и служит одним из пусковых механизмов развития дисбактериоза. Вот почему **дисбактериоз встречается сейчас более чем у 90% населения.**

В начальном отделе толстого кишечника располагается аппендикс. Поскольку раньше считалось, что аппендикс это рудимент, не нужный нашему организму, то его удаляли при первом же удобном случае. Однако в настоящее время показано, что **аппендикс играет очень важную роль в поддержании нормальной микрофлоры толстого кишечника.** Именно в аппендикс организм человека откладывает бифидоактивные углеводы (семена растений, шелуху от подсолнечника и другие трудноперевариваемые компоненты пищи, содержащие гемицеллюлозу), которые способствуют развитию бифидобактерий, в дальнейшем колонизирующих толстый кишечник.

Кроме конечного микробного расщепления пищи, нормофлора не только кишечника, но всего организма выполняет еще целый ряд не менее важных функций.

Защитная функция. Поверхности слизистых оболочек кишечника и других полостей организма человека покрыты микроорганизмами. Формирование подобной биопленки обеспечивается способностью микроорганизмов к адгезии, т.е. прилипанию к мембранам с помощью специальных рецепторов. Биопленка является одним из барьеров защиты организма от вторжения инфекции. Она подавляет жизнедеятельность патогенных микроорганизмов, не допуская массового их размножения.

При нарушении адгезивной способности нормофлоры в значительной степени снижается или даже утрачивается защитная функция микрофлоры, нередко возникают инфекционные процессы, неспецифические аллергические реакции.

Синтетическая функция наиболее лабильна и уязвима. В настоящее время доказано, что обеспечение организма многими жизненно важными витаминами осуществляется за счет внутреннего их синтеза в самом организме. Установлено, что кишечной микрофлорой осуществляется синтез витамина В₁ (тиамина), витамина В₂ (рибофлавина), витамина РР (никотиновой кислоты), витамина В₆ (пиридоксина). Потребность организма в биотине и фолиевой кислоте удовлетворяется, в основном, за счет эндогенного синтеза кишечной микрофлорой. Кишечная микрофлора продуцирует значительное количество витамина В₁₂ и витамина К, поступление которых в составе пищи имеет второстепенное значение. Имеются данные и о синтезе кишечной микрофлорой других витаминов.

Моторная функция. Бифидофлора кишечника продуцирует вещества, стимулирующие его двигательную активность. Дефицит этих веществ при дисбактериозах вызывает развитие запоров и, как следствие, усиление гнилостных процессов в кишечнике, нередко сопровождающихся кожными реакциями.

Помимо уже перечисленных функций нормальная микрофлора участвует в выработке антител, в формировании иммунитета, в регулировании процессов пищева-

рения и всасывания полезных для организма веществ. Бифидобактерии и ацидофильные лактобактерии повышают устойчивость организма к возникновению онкологических заболеваний.

Существует множество внешних факторов, кроме нерационального питания, которые подавляют рост и развитие полезной микрофлоры. Девять из десяти человек современного цивилизованного общества хотя бы раз в жизни принимали антибиотики, многие регулярно принимают желчегонные, слабительные, рвотные, обволакивающие, отхаркивающие, наркологические, анестезирующие средства. Все эти и многие другие препараты влияют либо на двигательную функцию кишечника, либо на состояние слизи, в которой живут полезные микробы. Вот почему во время приёма таких препаратов лучше поддерживать свою микрофлору биопрепаратами.

От стрессовых ситуаций не застрахован никто. Деятельность кишечника активно регулируется нервной системой. Стресс — это удар в первую очередь по ней. В этом и состоит причина сбоя в работе кишечника при стрессе. Пища либо слишком быстро проходит через кишечник, и питательные вещества не успевают всасываться, либо возникают запоры. Микрофлора плохо переносит такие изменения. Да ещё при стрессе нарушается состав слизи, в которой живут полезные бактерии кишечника. Это мешает им прикрепляться к кишечной стенке и защищать её от патогенных микробов.

Кроме перечисленных причин нарушения микрофлоры есть и множество других — острые и хронические заболевания, операции, вредные привычки, радиация и другие.

Важнейшим фактором **коррекции микробиологических нарушений** является устранение причин их возникновения и эффективная терапия основного заболевания.

В первую очередь надо сделать свой рацион питания полезным для бактерий кишечника — больше натуральных продуктов, особенно содержащих грубые пищевые волокна (отруби и продукты с ними, сырые овощи и фрукты, «серые» каши).

Собственно коррекция дисбактериоза состоит из двух этапов.

I этап — микробная элиминация:

- энтеросорбенты: энтерос-гель, энтеродез или гемосорбенты: зостерин-ультра,
- бактериофаги с узкой направленностью действия в отношении соответствующих видов микробов,
- препараты нитрофуранового ряда (эрцефурил, макмирор, фурадонин, фуразолидон, 5-НОК),
- гидроксиминолы (интетрикс, энтеро-седив) и другие,
- антиоксиданты.

II этап — нормализация флоры:

- антиоксиданты,
- пребиотики — это неперевариваемые или трудноперевариваемые пищевые ингредиенты, благотворно влияющие на организм за счет избирательной стимуляции активности и/или роста одного или нескольких видов бактерий (сироп Фитолон, витаЛАГ, эубикор, рекицен-РД, лактулоза, лизоцим),
- пробиотики или симбиотики — композиции живых бактерий (бифидумбактерин «Бифишка», Наринэ-форте, биовестин, биовестин-лакто).

Препараты первого этапа коррекции дисбиозов хорошо известны в медицинской среде. Стоит только обратить внимание на высокую эффективность в коррекции дисбиозов зостерина-ультра. Этот препарат натурального происхождения, на основе травы зостерии дальневосточной, является гемосорбентом. Не причиняя вреда, он устраняет проблемы ЖКТ, восстанавливает слизистые оболочки, способствует нормализации микрофлоры кишечника, связывает и выводит патогенную микрофлору, способствует выведению аллергенов и токсинов не только из желудочно-кишечного тракта, но и внутренних органов. Быстро и эффективно выводит из состояния интоксикации (например, при острых отравлениях), при аллергодерматитах избавляет от их внешних проявлений, снимает кожный зуд.

Антиоксиданты необходимы нашему организму для того, чтобы нейтрализовать повреждающее действие свободных радикалов на клетки организма человека и предотвратить тем самым частые, длительные и тяжелые заболевания или облегчить и укоротить их течение, в том числе и такого состояния, как дисбиоз. Свободные радикалы образуются в нашем организме постоянно в процессе обычного обмена веществ. Для их нейтрализации у нас есть эффективные естественные антиоксидантные механизмы, которых вполне достаточно для обычной жизни:

- а) здорового организма,
- б) в условиях экологически чистой среды.

К сожалению, эти два простых на первый взгляд условия очень трудно выполнимы, т.к. мы нередко болеем и живем в условиях далеко не горного курорта. Вот поэтому нам очень нужны дополнительные антиоксиданты, как в виде богатой ими пищи (цитрусовые, свежие яблоки, морковь, капуста, рыбий жир и пр.), так и в виде витаминных комплексов (витамины А, С, Е, группа В). Однако в природе есть и вещества, на порядок (в 20! раз) более богатые натуральным антиоксидантом — дигидрокверцетином (ДКВ), получаемым в Сибири и на Дальнем Востоке из корневой части сибирской даурской лиственницы. **ВитаЛАГ** — это уникальное сочетание ДКВ с арабиногалактаном — растворимыми натуральными растительными пищевыми волокнами, природным пребиотиком из той же самой сибирской лиственницы.

Примечательно, что и перечисленные продукты, и корень сибирской лиственницы — источники и антиоксидантов, и растительных волокон одновременно. Как все-таки в природе все гармонично продумано!

Пребиотики нужны нам не менее, чем антиоксиданты, для того чтобы создать в средах организма наиболее благоприятные условия для питания и роста дружественных нам бактерий.

ВитаЛАГ — природный пребиотик и очень мощный антиоксидант.

Сироп Фитолон — еще один природный пребиотик. Он также обладает антиоксидантной активностью, она менее выражена, чем у ВитаЛАГа, но у него есть другие не менее полезные свойства. В состав его входят медные производные хлорофилла (МПХ) из хвои сосны и ели, лишённые вызывающих аллергию компонентов хвои — смоляных кислот и эфирных масел, душица обыкновенная или «оригано», мята перечная, яблочный пектин.

МПХ — прекрасный антисептик, антиоксидант, иммуностимулятор, подавляет рост патогенной флоры, способствует восстановлению полезной, способствует быстрой регенерации поврежденных тканей. Медь, являясь одним из компонентов гемоглобинового комплекса, способствует профилактике анемии. Душица обыкновенная или «оригано» — антиспазматическое, ветрогонное и противопростудное средство, мята перечная служит превосходным средством от болей в желудке, спазмов и вздутий, обладает успокоительным эффектом. Пектин яблочный — прекрасный натуральный сорбент (способствует выведению шлаков, токсинов и тяжелых металлов из организма), а также обладает обволакивающим бактерицидным действием. Яблочный пектин — нежная растворимая растительная клетчатка служит эффективной питательной средой для живых бифидо- и лактобактерий. В настоящее время сироп Фитолон содержит в 1,5 раза больше яблочного пектина, чем в предыдущие годы его выпуска. Он особенно полезен детям, беременным и кормящим женщинам.

И антиоксиданты, и пребиотики в разных их видах можно и нужно регулярно использовать для поддержания нормального состояния, как полезной микрофлоры, так и всего организма в целом.

В периоды сезонных подъемов заболеваемости, неблагоприятной экологической обстановки, тяжелых и длительных или хронических заболеваний, операций для предупреждения их неблагоприятного воздействия на здоровье человека становятся необходимы **пробиотики** (pro — «для», bios-«жизнь»). «Пробиотик» — это «живая микробная кормовая добавка, которая оказывает полезное действие на животное-хозяина путем улучшения его кишечного микробного баланса» (R. Fuller, 1989 г.). Последнее определение, принятое в научной литературе, подчеркивает важность живых микробных клеток как необходимого компонента эффективного пробиотика.

Очень важно учитывать, что целью использования пробиотиков является обеспечение оптимальных условий для роста и размножения индивидуальной микрофлоры человека, а не создание конкуренции между вводимыми извне и собственными бактериями индивидуума. Для этого необходимо соответствие пробиотика следующим условиям:

1. Штаммы бактерий в составе пробиотика должны быть абсолютно здоровы и многократно тестированы, иметь происхождение из микроорганизмов кишечника здорового человека (новорожденного).
2. Титр бактериальных клеток не должен превышать титр собственных соответствующих видов бактериальных клеток с целью предупреждения конкуренции между ними.
3. Обладать высокой степенью антагонистической активности к патогенным и условно-патогенным микроорганизмам.
4. Содержать бактерии с выраженной кислото- и ферментостойчивостью.
5. Иметь высокие адгезивные свойства.

Из всех современных пробиотиков очень немногие обладают всеми выше перечисленными свойствами, а высокой кислото- и ферментостойчивостью обладают всего два современных штамма: *бифидобактерии штамма В*.



bifidum 791/БАГ и штамм ацидофильных бактерий «Наринэ ТНСи». Первый из них депонирован (хранится) в Государственном Научном Центре Вирусологии и Биотехнологии (ГНЦВБ) «Вектор». *Штамм «Наринэ ТНСи»* — единственный в России штамм (из всех многочисленных штаммов Наринэ), который депонирован во Всероссийской Коллекции Промышленных Микроорганизмов — ВКПМ и рекомендован Институтом Питания РФ для диетических и профилактических продуктов.

Новый пробиотик **Бифидумбактерин «Бифишка»** (ООО «Биокор»), кисломолочный биопродукт, имеет в основе штамм *B. bifidum 791/БАГ*, изготовлен по самым современным технологиям. Кроме уже перечисленных его достоинств, отличается от предшественников *физиологической* (а не повышенной) концентрацией бактерий 10^9 . Бифидобактерии штамма *B. bifidum 791/БАГ*, ранее прошли широкую клиническую апробацию в ряде лечебных учреждений Новосибирска, Челябинска, Москвы, Владивостока при комплексном лечении больных с кишечными инфекциями, кожными заболеваниями, нарушениями иммунитета, хроническими вирусными гепатитами в стадии обострения. Штамм *B. bifidum 791/БАГ* зарекомендовал себя в качестве особо эффективного для коррекции нарушений кишечного биоценоза. Бифидобактерии обладают способностью быстро восстанавливать двигательную активность кишечника, поэтому Бифидумбактерин «Бифишка» дает стойкий результат при коррекции дисбиозов, сопровождающихся усилением бродильных процессов (учащенный неоформленный стул, метеоризм, кишечный дискомфорт).

Симбиотический кисломолочный биопродукт нового поколения **Наринэ-форте** содержит одновременно два вида полезных микроорганизмов: бифидобактерии штамма *B. bifidum 791/БАГ* и ацидофильные бактерии нового, наиболее эффективного штамма «Наринэ ТНСи», полученного учёными Томска и Наукограда Кольцово (ООО «Биокор»). Штамм «Наринэ ТНСи», составляющий основу продукта, *уникален тем, что его клетки устойчивы даже к максимально кислой питательной среде*. При такой высокой кислотности клетки других штаммов Наринэ погибают. Повышенная устойчивость клеточных мембран штамма «Наринэ ТНСи» обеспечивает при культивировании устойчивый симбиоз с другими молочнокислыми бактериями (в данном случае с *B. bifidum 791/БАГ*), гарантирует *жизнеспособность* клеток штамма как при прохождении их через агрессивный кислый желудочный «барьер», так и при *длительном хранении*.

Оздоровляющие свойства комплексного биопродукта Наринэ-форте были исследованы в клиниках Санкт-Петербурга и Москвы. В 2005 г. было проведено комплексное клиническое исследование свойств Наринэ-форте и сиропа Фитолон на базе клинко-диагностической и бактериологической лабораторий ДИБ №5 им.Н.Ф.Филатова, Санкт-Петербург. В исследуемую и контрольную группу вошли 173 ребенка. Результаты проведенного исследования позволили сделать следующие выводы:

1. Наринэ-форте и сироп Фитолон, особенно при их совместном использовании в комплексе терапии кишечных инфекций у детей, позволяют достичь максимально быстрого и полного исчезновения таких клинических проявлений, как снижение аппетита, боли в животе, жидкий стул и его учащение.

2. Наринэ-форте обладает выраженным бифидогенным эффектом, который значительно (вдвое) усиливается при комплексном его применении с сиропом Фитолон.

3. Наринэ-форте и сироп Фитолон способствуют нормализации кишечной микрофлоры: восстановлению нормального количества и качества кишечной палочки, снижению кокковых форм (золотистого стафилококка), подавлению роста протей и клебсиеллы.

4. Для достижения положительного эффекта необходима минимальная длительность приёма Наринэ-форте — 12–15 дней, сиропа Фитолон — 20 дней.

5. Сочетанное применение Наринэ-форте и сиропа Фитолон особенно показано для восстановления микрофлоры после ротавирусной и аденовирусной инфекций.

Наблюдения показали, что ацидофильные бактерии «Наринэ ТНСи» активно подавляют рост и размножение гнилостной флоры, тормозят избыточные гнилостные процессы в кишечнике, способствуя тем самым устранению запоров.

Бактерии и Бифидумбактерин «Бифишка», и Наринэ-Форте отличаются очень высокой адгезией, что надёжно защищает организм от патогенных микроорганизмов и вторжения инфекции.

Главное отличие биопродуктов Бифидумбактерина Бифишка и Наринэ-форте от близких по составу симбиотиков — высокая устойчивость бактерий обоих штаммов не только к кислой среде самого биопродукта, но и к еще более агрессивной кислой среде желудка.

Эффект пробиотиков всегда многократно повышается при их сочетании с пребиотиками и антиоксидантами. По этой причине прием Бифидумбактерина «Бифишка» и Наринэ-Форте рекомендуется сочетать с использованием сиропа Фитолон у детей любого возраста, а с приемом ВитаЛАГа у детей старшего возраста и взрослых.

В текущем году появились новые продукты, сочетающие в своем составе высокоэффективные пре- и пробиотики: **«Наринэ-форте» с инулином»** и **«Бифидум с инулином»**. Инулин — пребиотик, полисахарид, полученный из корней цикория, на 95% состоит из фруктозы. Под воздействием соляной кислоты и ферментов желудочно-кишечного тракта инулин частично расщепляется до молекул фруктозы, которые попадают в кровеносную систему и приступают к выполнению своих основных функций — очищению организма от токсинов и снижению уровня сахара в крови. Нерасщепленная часть инулина выводится из организма естественным путем, попутно избавляя его от избыточного холестерина, токсинов и прочих вредных веществ, а также избирательно стимулируя рост и метаболическую активность бифидо- и лактофлоры.

Теоретически понятно, что такое сочетание должно дать более выраженный клинический эффект, что и нашло подтверждение в результатах приведенного выше исследования. В настоящее время аналогичное исследование проводится в клинике ФГБУ НИИ детских инфекций федерального медико-биологического агентства. Предварительные результаты исследования говорят о наличии предполагаемых преимуществ такой комбинации пре- и пробиотиков, как в «Наринэ-форте» с инулином» и «Бифидум с инулином». Достоверные результаты исследования будут опубликованы позднее — после окончательного подведения итогов наблюдения. ©

АНОНС

Уважаемые коллеги!

Приглашаем принять участие в ежегодной международной научно-практической конференции:

*Альтернативная медицина.
Возможности сотрудничества медицины
народной, природной и классической.*

05–12 февраля 2017 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 и нумерология.**
- **Народные целители. Возможности сотрудничества медицины народной и классической.**
- **И многое другое...**

Целители и специалисты по альтернативной медицине проводят дополнительные семинары, встречи и консультации.

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 зимний бассейн, сауны, бьювет с лечебной минеральной водой), с медицинским реабилитационным центром, а также возможность зимнего купания в термальном озере Хевиз.

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

Организаторы мероприятия: Издательский Дом СТЕЛЛА — Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество», Санкт-Петербург, Россия; мэрия г. Хевиз, Венгрия.

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

**Мамаева М. А.,**

кандидат медицинских наук, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ И ДИСБАКТЕРИОЗ

Часто болеющие дети (ЧБД) — это по-прежнему актуальная проблема современной отечественной педиатрии, а в последние годы — и серьезная социальная проблема, поскольку приводит к «хроническим» больничным листам и вынужденной безработице матерей, ухудшению психологической обстановки в семьях, снижению общего состояния здоровья детского населения. ЧБД, по данным разных авторов, составляют от 14 до 18% в детской популяции (1, 2). Все чаще в данной группе детей отмечаются, как следствие, хронические заболевания с выходом на инвалидность (заболевания почек, бронхиальная астма и т. д.). Тем не менее, на сегодняшний день практически состоятельные программы диспансеризации, лечения и оздоровления таких детей в отечественном здравоохранении отсутствуют. Продолжается порочная практика бесконтрольного назначения детям иммуномодуляторов, синтетических поливитаминных комплексов, а также антибиотиков, что вызывает тревогу. В то же время наши исследования показали, что первичная патология у ЧБД носит вполне конкретный характер и может быть выявлена уже на первичном амбулаторном этапе. Одним из наиболее значимых этиологических и поддерживающих иммунный дисбаланс факторов является дисбактериоз. О проблеме дисбактериоза у детей в настоящее время много дискутируют и практикующие врачи, и ученые. Существует масса мнений от рекомендаций сложных и дорогостоящих схем коррекции этих состояний до полного игнорирования проблемы. В нашем исследовании проблему обойти не удалось, иначе и быть не могло. Ведь известно, что желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), в частности, кишечник является важным звеном иммунной системы организма и самым большим иммунным органом человека, где сосредоточено около 80% всех иммунокомпетентных клеток.

По итогам десятилетнего наблюдения ЧБД в Приморском районе Санкт-Петербурга количество таких детей составило 62% от общего числа обратившихся на прием педиатра-консультанта. В результате был разработан **алгоритм обследования ЧБД:**

- Сбор жалоб, анамнез,
- Осмотр, оценка физического развития,
- Клинический анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма,

- Исследование кала на яйца глистов и простейшие (лямблии) с предварительной 3-дневной провокацией желчегонными препаратами,
- УЗИ органов брюшной полости, почек и мочевого пузыря,
- Мазок из зева и носа на флору с определением чувствительности к антибактериальным препаратам,
- Консультации специалистов — ЛОР-врача, инфекциониста, по показаниям — гастроэнтеролога, аллерголога и др.

Поскольку у большинства детей уже при первом осмотре были жалобы и симптомы, предполагающие наличие дисбактериоза кишечника, в процессе дальнейшего наблюдения детям потребовалось более углубленное обследование, в частности, бактериологическое исследование кала на дисбактериоз, а в половине случаев — целенаправленный поиск наличия паразитов в организме методом ПЦР кала.

Таким образом была обследована группа ЧБД из 576 чел. Дети до 3 лет составили 12%, от 3 до 7 лет — 43%, от 7 до 12 лет — 27%, от 12 до 17 лет — 18%. Мальчиков и девочек было примерно поровну.

В результате проведенного обследования у 42% детей был выявлен лямблиоз кишечника, из них у половины — в ассоциации с гельминтозом (острицы, аскариды, 1 случай — токсокароз). Практически у всех детей клинически отмечались признаки дисбактериоза кишечника (запоры или неустойчивый стул, склонность к метеоризму и т.д.) и признаки застойных явлений в гепатобилиарной системе (по результатам УЗИ). Кроме того, у 36% детей были выявлены хронические очаги инфекции ЛОР-органов (тонзиллит, синусит, ринит и т.д.). Практически у всех дошкольников и частично у младших школьников отмечена гиперплазия лимфоидной ткани в виде умеренного увеличения лимфоузлов (больше — шейной группы, без признаков воспаления), гипертрофии небных миндалин, аденоидных разрастаний. Такие дети составили 22%. У 18% детей обнаружена инфекция мочевых путей (ИМП),

а при дальнейшем более углубленном обследовании в 1/3 случаев поставлен диагноз хронический вторичный пиелонефрит. У 56% ЧБД выявлены аллергические заболевания: у большинства дошкольников (86%) — в виде кожных проявлений, у школьников — в виде атопического дерматита, нейродермита, экземы (52%), в виде рецидивирующих респираторных аллергозов — ринитов, синуситов, ларинготрахеитов и т.п. (41%), а также бронхиальной астмы (7%). Кроме того, у школьников, особенно старшей возрастной группы, довольно часто (33% случаев) отмечалась хроническая патология ЖКТ в виде гастродуоденита, дискинезии желчевыводящих путей, функциональных нарушений поджелудочной железы. Это объяснялось наличием сочетания многих факторов: нарушения режима питания, несбалансированного питания, сухоедения, вредных привычек, инфекционного фактора, вегетативных дисфункций, стрессов, отягощенной наследственности, а также, как выяснилось в результате обследования, длительно не леченных паразитозов и дисбактериоза кишечника. Последний факт, на наш взгляд, требует самого пристального внимания врачей педиатров.

Первым этапом лечения ЧБД, соответственно, стало воздействие на обнаруженные в организме хронические очаги инфекции, но этого оказалось не достаточно, эффект от санации очагов был непродолжительным. Дело в том, что при хроническом инфицировании организма ребенка, как правило, происходят значимые нарушения

Пробиотик для всей семьи РЕЛА Лайф®

Источник пробиотических лактобактерий *Lactobacillus reuteri*, выделенных изначально из женского грудного молока.

Lactobacillus reuteri - самая продаваемая лактобактерия в аптеках Финляндии.*

* IMS Health SLD MAT EUR 10/2015



www.relalife.ru

Капли Рела Лайф для детей с рождения

- Всего 5 капель в день
- Не требуют хранения в холодильнике
- Не имеют выраженного вкуса и запаха

Жевательные таблетки Рела Лайф

- Удобны в применении: взрослым по 1 таблетке в день
- С приятным вкусом клубники

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ

RU.77.99.88.003.E.008754.09.15 от 02.09.2015
RU.77.99.88.003.E.008922.11.15 от 03.11.2015

РЕКЛАМА



Таблица 1

Дисэлементозы у ЧБД (Мамаева М. А., 2008 г.) (3).

1.	Содержание магния — значительно ниже нормы у 65% детей, еще у 29% детей — на нижней границе нормы. Устойчивая норма содержания магния отмечена лишь у 1 ребенка.
2.	Содержание кальция — снижено у 59% детей. У 1 ребенка — повышено. Устойчивая норма отмечена в 35% случаев.
3.	Снижение содержания калия отмечено у 35% детей, у 12% — нижняя граница нормы, устойчивая норма — в половине случаев.
4.	Снижение содержания хрома отмечено у 71% детей, у 17% — повышенное, устойчивая норма — у 12% детей.
5.	Снижение содержания марганца отмечено у 59% детей, у 1 ребенка — нижняя граница нормы, повышенное содержание — у 12% детей, устойчивая норма — у 23% детей.
6.	Уровень железа — снижен у 41% детей, еще у 29% детей — на нижней границе нормы, устойчивая норма отмечена в 30% случаев.
7.	Снижение содержания меди выявлено у 12% детей, повышение уровня — у 18% детей, устойчивая норма — у 70%.
8.	Снижение содержания цинка отмечено у 65% детей, еще у 1 ребенка — нижняя граница нормы, у 2 детей содержание цинка в волосах было повышенным (как выяснилось, вследствие использования специального шампуня, обогащенного цинком). Устойчивая норма отмечена в 17% случаев.
9.	Снижение содержания селена выявлено у 76% детей, устойчивая норма, соответственно, — у 24% детей.
10.	Повышенное содержание никеля отмечено у 35% детей, у 1 ребенка — верхняя граница нормы, устойчивая норма — у 59% детей.
11.	Содержание кобальта у 59% детей было повышенным, у 41% детей — сниженным, нормальных показателей не обнаружено
12.	Повышение содержания кадмия выявлено у 1 ребенка. В остальных случаях показатель был в норме.
13.	Содержание натрия, алюминия и свинца у всех детей было в норме.

Таблица 2

Уровень витаминов в крови ЧБД (Мамаева М. А., 2008) (3).

1.	Уровень витамина Д определялся значительно ниже нормальных показателей у 41% детей — в пределах 26,5±2,7 мкг/мл (при норме 47,7–144,0 мкг/мл); еще в 6% случаев витамин Д был на нижней границе нормы.
2.	Уровень витамина А был снижен в 18% случаев и колебался в пределах 0,17±0,05 мкг/мл (при норме 0,20–0,43 мкг/мл); у 1 ребенка отмечен уровень витамина А выше нормы — 0,53 мкг/л; в 76% случаев отмечены нормальные показатели.
3.	Уровень витамина Е был выше нормы у 88% детей и составлял 12,17±0,8 мкг/мл (при норме 3,0–9,0 мкг/мл), у 2 детей — девочки 8 лет и мальчика 15 лет уровень витамина Е был ниже нормы. Нормальные показатели не отмечены ни у одного ребенка.

обмена веществ, а именно, витаминно-минеральный дисбаланс, что было подтверждено и в нашем исследовании определением уровня минералов в волосах ЧБД с помощью спектрального анализа и уровня витаминов в сыворотке крови (таб. 1, 2).

При проведении целенаправленной коррекции полученных нарушений мы столкнулись с определенными трудностями, т.к. у большинства ЧБД нарушен баланс микрофлоры кишечника, соответственно, нарушены процессы всасывания, выработки витаминов группы В и т.д. При этом, как известно, нарушается проницаемость энтерогематического барьера, в связи с чем организм страдает от постоянной интоксикации: из кишечника в кровь попадают токсические вещества которые в норме туда попадать не должны (продукты гниения и брожения, бактериальные экзо- и эндотоксины и пр.). Токсическую нагрузку для часто болеющего ребенка добавляют и глистно-паразитарные явления, и многократные курсы антибактериальной терапии, а также сами бактериально-вирусные инфекции. Хроническая интоксикация объединяет все патогенетические процессы в единый круг проблем.

Стало очевидным, что без решения проблемы дисбактериоза и хронической интоксикации невозможны ни коррекция витаминно-минерального дисбаланса, ни успешное лечение вторичной патологии ЖКТ, ни ликвидация частой простудной заболеваемости, а также вторичной аллергической патологии.

Борьба с интоксикацией в амбулаторных условиях может осуществляться при помощи энтеросорбции. В настоящее время для этой цели используются разнообразные препараты в виде гелевых, таблетированных, порошкообразных (растворимых) форм и в виде суспензий. Все они имеют определенные преимущества и определенные недостатки, которые учитываются в индивидуальном порядке. Одним из лучших на сегодняшний день является Энтеросгель в виде пасты, не имеющий возрастных ограничений и практически не влияющий на моторику кишечника. Курс энтеросорбционных препаратов также определяется индивидуально. Имеет значение все: возраст пациента, стадия патологического процесса, выраженность клинических проявлений и их характер.

Большинство современных схем коррекции дисбактериоза, применяемых практикующими врачами, начина-

ются с приема так называемых кишечных антисептиков, что неизбежно ведет к дополнительному угнетению нормальной микрофлоры кишечника, которая, как правило, и так находится в сложных условиях существования. Бактериофаги являются более целенаправленной и щадящей мерой воздействия на чрезмерно разросшуюся условно-патогенную флору (УПФ), но, к сожалению, к ним не всегда определяется чувствительность.

В последнее время большинство бактериологических лабораторий стали использовать тестирование УПФ на чувствительность к пробиотикам. Это позволяет использовать натуральные пробиотические препараты, содержащие лакто- и бифидофлору, в схемах коррекции дисбактериоза.

Однако не все так просто. Бифидо- и лактофлора не устойчива в агрессивной среде, поэтому предварительно требуется продолжительная и основательная стадия подготовки ЖКТ. Известно, что терапевтическое действие пробиотиков значительно усиливают пребиотики, что мы и применяем в наших схемах. Выбор пребиотиков, разрешенных к применению у детей, не большой. Мы отдаем предпочтение таким известным и проверенным многолетней практикой натуральным препаратам, как Фитолон-сироп и Рекицен.

Курс пребиотиков продолжительностью 2–3 недели закономерно следует за первыми двумя этапами коррекции дисбактериоза: энтеросорбцией и этиотропной терапией (энтеросептики и бактериофаги, назначаемые исключительно на основании результатов бактериологического тестирования на чувствительность).

Последним этапом схемы коррекции дисбактериоза является этап пробиотиков. Здесь мы имеем огромный выбор разнообразных препаратов, содержащих представителей нормальной микрофлоры человека. Большинство специалистов считают, что самые эффективные пробиотики те, что выпускаются в жидкой форме. Именно в таком состоянии микрофлора лучше сохраняет свои свойства и, попадая в просвет кишечника, практически сразу включается в работу, выполняя свои важные функции по перевариванию пищи и выработке жизненно необходимых ферментов и витаминов. Одним из наиболее эффективных пробиотиков является препарат «РЕЛА ЛАЙФ»® финской компании VERMAN. Это жидкий пробиотик, который легко дозируется — суточная доза составляет 5 капель. Основным компонентом препарата является представитель нормальной лактофлоры — *Lactobacillus reuteri* Protectis™ (*Lactobacillus reuteri* DSM 17938). *Lactobacillus reuteri* — одна из наиболее изученных лактобактерий в мире, эффективность которой подтверждена данными более 100 клинических исследований. Возрастных ограничений капли «РЕЛА ЛАЙФ»® не имеют и рекомендуются детям с первых дней жизни. Рекомендуемый курс — 1 месяц. Обычно для эффективной профилактики и коррекции дисбактериоза достаточно двух курсов в год. Причем, для профилактических целей данный препарат может использоваться вне каких-либо схем, т.е. самостоятельно.

Конечно, представленная схема коррекции дисбиоза не является универсальной, однако, на наш взгляд, вполне целесообразно рекомендовать ее для эмпирической терапии дисбиотических нарушений при отсутствии воз-

можности быстрого бактериологического обследования ребенка, учитывая трудности современной диагностики таких состояний.

На фоне проводимой коррекции дисбактериоза у ЧБД улучшались процессы всасывания в кишечнике и, соответственно, усвоение организмом минералов и накопление их в депо (волосы). Так, до проведения коррекции дисбактериоза попытки восполнения дефицита кальция (по данным спектрального анализа волос) у 20 из 25 пациентов обследованной группы были прерваны из-за резко положительной пробы Сулковича. В то же время после нормализации состава кишечной микрофлоры коррекция дефицита кальция оказалась более успешной: проба Сулковича, проводимая раз в 10 дней, оставалась в пределах нормы, а по данным спектрального анализа волос в отдаленном периоде уровень содержания кальция в волосах значительно увеличился, доходя до нормальных цифр.

Аналогичные показатели получены при восполнении дефицита цинка, хотя после первого курса коррекции нормальных показателей уровня цинка в волосах не было получено ни у одного ребенка обследованной группы, но достигнуто значительное повышение содержания цинка в депо.

Хорошие результаты получены по уровню железа. До начала лечения уровень железа в волосах у детей группы обследования был ниже нормы, несмотря на нормальные показатели гемоглобина в периферической крови. Именно поэтому в таких случаях препараты железа не использовались, и уровень железа в депо повышался только лишь на фоне коррекции дисбактериоза.

Таким образом, можно утверждать, что применение предложенной схемы коррекции дисбактериоза у ЧБД, включающей энтеросорбент Энтеросгель, пребиотики Рекицен и сироп Фитолон, пробиотики, содержащие представителей нормальной микрофлоры, в частности, препарат «РЕЛА ЛАЙФ»®, позволяет успешно корригировать не только дисбиотические нарушения в кишечнике, но и способствует восстановлению нарушенного баланса минералов в организме ребенка. ☺

ЛИТЕРАТУРА

1. Самсыгина Г.А. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии // Практика педиатра, декабрь, 2005. — с. 40–44.
2. Балева Л.С., Вавилова В.Л., Доскин В.А. и др. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей (медицинская технология), М., 2006, 46 с.
3. Мамаева М.А. Часто болеющие дети: алгоритм обследования и тактика оздоровления \ В сб. материалов 2 научно-практ. конф. «Нерешенные проблемы современной педиатрии: Часто болеющие дети» 18 декабря 2008 г., СПб., с. 6–10.
4. Федорова О.В., Федулова Э.Н., Тутина О.А., Коркоташвили Л.В. Особенности патогенеза и коррекция терапии воспалительных заболеваний кишечника у детей \ Пятиминутка, № 1, 2011, с. 12–16.



А. В. Орлов,

кандидат медицинских наук, заведующий отделением пульмонологии Детской городской больницы Святой Ольги, доцент кафедры педиатрии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

КАЛЬЦИЙ. ПРИЧИНЫ И КОРРЕКЦИЯ ДЕФИЦИТА

*Кальций — элемент II группы периодической системы. Выделен в 1808 году Г. Дэви (Англия). Название происходит от латинского *calx* (известь). Кальций — щелочно-земельный металл, занимающий 5-е место по распространенности в земной коре.*

Различные соли кальция широко используются в медицине. Лечебный эффект этих препаратов иллюстрирует многообразное воздействие кальция на организм человека.

Хлорид кальция применяют при состояниях, связанных с усиленным выведением кальция из организма (например, длительная иммобилизация больных), а также при:

- аллергических заболеваниях и осложнениях, связанных с приемом некоторых лекарств (сывороточная болезнь, крапивница, сенная лихорадка, ангионевротический отек);
- васкулитах (для уменьшения проницаемости сосудистой стенки);
- недостаточной функции паращитовидных желез, сопровождающейся тетанией или спазмофилией.

Глюконат кальция по своему эффекту близок к хлориду кальция, но не обладает таким сильным местнораздражающим действием. Лактат кальция применяется внутри в тех же случаях, что и хлорид и глюконат кальция. Глутаминат кальция назначается при различных психических расстройствах.

Оксид кальция является дезинфицирующим средством. Гипс $\text{CaSO}_4 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$ используется для получения алебаstra или полуводного гипса $2\text{CaSO}_4 \cdot \text{H}_2\text{O}$, который при смешивании с водой легко затвердевает, переходя снова в $\text{CaSO}_4 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$ (таким образом получается гипс, широко применяемый в травматологии).

При изготовлении кальцийсодержащих лекарственных препаратов и биологически активных добавок к пище

(БАД) используются такие соединения, как кальция цитрат, аспартат, доломит, комбинация солей кальция с витамином D.

Осажденный карбонат кальция обладает выраженной антацидной активностью, усиливает секрецию желудочного сока, входит в состав зубных порошков. Глицерофосфат кальция применяют как общеукрепляющее средство при несбалансированном питании, переутомлении, истощении нервной системы, рахите.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ КАЛЬЦИЯ

Кальций ежедневно поступает в организм с пищей. В большом количестве он содержится в молочных продуктах (сливки, молоко, сыр, творог), в меньших концентрациях — в огородной зелени (петрушка, шпинат), овощах (бобы, фасоль), орехах, рыбе. Суточная потребность организма в кальции — 800–1500 мг. Биосовместимость кальция составляет 25–40%.

Всасывание кальция происходит в тонком кишечнике, главным образом в двенадцатиперстной кишке. Здесь желчные кислоты образуют с солями кальция комплексные соединения, которые затем проходят через стенку ворсинок. Около трех четвертей общего количества кальция, поступающего ежедневно в организм взрослого человека, впоследствии выделяется с калом, 1/5 часть — с мочой и 1/30 часть — с потом.

Кальций — это макроэлемент, необходимый для функционирования мышечной ткани, сердечной мышцы, нерв-

ной системы, кожи и особенно костной ткани. Достаточное количество кальция обеспечивает активную деятельность мышц человеческого организма.

НОРМА И ДЕФИЦИТ

В организме новорожденного 25 граммов кальция, в организме взрослого человека — 1,5 килограмма. Из этого следует, что организм ребенка в процессе роста постоянно накапливает кальций.

Суточная потребность в кальции у взрослых и детей от 1 до 7 лет — 800 мг, у беременных и кормящих женщин — 1100–1200 мг, у детей 7–10 лет — 1100 мг, у детей 11–17 лет — 1200 мг. У детей в возрасте до года норма потребления кальция составляет от 400 до 600 мг и обычно обеспечивается за счет грудного молока или молочных смесей.

У взрослого человека 99% кальция находится в костной ткани. Поэтому при дефиците кальция его концентрация в крови обычно долго не снижается.

Дефицит кальция является достаточно распространенным явлением. Так, при обследовании жителей Москвы было установлено, что 90% женщин и 95% мужчин имеют дефицит кальция. Серьезный дефицит кальция, сопровождающийся уменьшением плотности костной ткани (остеопороз) у людей старше 50 лет, отмечается в 30–35% случаев. У подростков серьезный дефицит кальция, приводящий к развитию остеопороза скелета, выявляется

в 25–37% случаев. Обнаруживается дефицит кальция и у детей дошкольного возраста. А у детей старше 7 лет, страдающих частыми или хроническими бронхолегочными заболеваниями, дефицит кальция с нарушением структуры костей имеет место в 40–50% случаев.

Таким образом, у каждого 10-го ребенка обнаруживается серьезный дефицит кальция.

Это состояние берет начало еще во внутриутробном периоде. На сроках от 20 до 22 недель беременности происходит активная минерализация костей у плода, а на сроках 30–32 недели — окостенение скелета плода. В то же время на 10–14-й неделе беременности у 27% женщин происходит явное снижение массы костной ткани. Считается (материалы 11-го Конгресса педиатров России), что всем женщинам начиная с 4-го месяца беременности необходим дополнительный прием препаратов кальция. Профилактика и коррекция дефицита кальция и витамина D у матери гарантирует нормальные темпы линейного роста плода, повышает прочность костей скелета и снижает вероятность развития рахита у ребенка.

Факторами, способствующими развитию дефицита кальция у детей, являются:

- генетические особенности (в семье есть случаи остеопороза);
- гормональные нарушения (позднее половое созревание);
- хронические заболевания (особенно ревматические, болезни печени и почек);

НАТУРАЛЬНЫЕ МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ – ОСНОВНОЙ ИСТОЧНИК КАЛЬЦИЯ



В СОСТАВЕ ПРОДУКТОВ «LACTICA»
- ТОЛЬКО НАТУРАЛЬНЫЕ ИНГРЕДИЕНТЫ
(БЕЗ КОНСЕРВАНТОВ,
РАСТИТЕЛЬНЫХ ЖИРОВ И ГМО)



* % ОТ СРЕДНЕЙ СУТОЧНОЙ ПОТРЕБНОСТИ В КАЛЬЦИИ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

ВЫСОКОЕ СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ УКРЕПЛЯЕТ КОСТИ И УСКОРЯЕТ ОБМЕН ВЕЩЕСТВ

ПРОБИОТИКИ СПОСОБСТВУЮТ УСВОЕНИЮ КАЛЬЦИЯ И НОРМАЛИЗУЮТ ПРОЦЕСС ПИЩЕВАРЕНИЯ

Лактис
Производство молочной продукции
Продукцию можно купить в магазинах Санкт-Петербурга:

- Дикси
- Семья, SPAR, Идея
- Лайм
- МЕТРО Кэш энд Керри
- Перекресток
- Карусель
- Азбука Вкуса
- Сезон
- Универсам «Пловдив»
- Универсам «Северный»
- Универсам «Пулковский»
- Универсам «Александровский»
- Супер БАБИЛОН
- РИОМАГ

Представительство в Санкт-Петербурге: (812) 406-79-76, www.lactis.ru

ПОЛЕЗНЫ: ● ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН ● ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ ● ДЛЯ ЛЮДЕЙ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

РЕКЛАМА



- особенности питания (пристрастие к мучной пище, сладкому, исключение молочных продуктов).

Основные причины дефицита кальция:

- низкое содержание кальция в продуктах питания и воде;
- неправильное питание, голодание;
- нарушение абсорбции кальция в кишечнике (дисбактериоз, кандидоз, пищевая аллергия и т.д.);
- избыточное поступление в организм фосфора, свинца, цинка, магния, кобальта, железа, калия, натрия;
- недостаток кальциферолов (витамина D);
- заболевания щитовидной железы;
- дисфункция паращитовидных желез;
- повышенная потребность в кальции в период роста, при беременности и лактации, во время постменопаузы;
- усиленный расход кальция в результате стрессорных воздействий, чрезмерного употребления кофеинсодержащих продуктов, курения;
- усиленное выведение кальция из организма в результате длительного применения мочегонных и слабительных средств;
- заболевания почек;
- панкреатит;
- длительная иммобилизация больных;
- другие нарушения метаболизма кальция в организме.

Основные проявления дефицита кальция:

- общая слабость, повышенная утомляемость;
- боли, судороги в мышцах;
- боли в костях, нарушения походки;
- нарушения процессов роста;
- гипокальциемия, гипокальциноз;
- декальцинация скелета, деформирующий остеоартроз, остеопороз, деформация позвонков, переломы костей;
- мочекаменная болезнь;
- нарушения иммунитета;
- аллергозы;
- снижение свертываемости крови, кровоточивость.

Внешне дефицит кальция может проявляться в виде кариевеса, ломкости волос и ногтей, болей в ногах при ходьбе. Остеопороз называют «тихой эпидемией», поскольку его симптомы не выражены или неспецифичны. Даже потеря до 30% кальция может быть незаметна на рентгенограмме. Только специальные исследования (например, денситометрия) позволяют своевременно выявлять потерю кальция костной тканью.

Основными источниками кальция, как уже было сказано, являются жидкие молочные продукты, твердый сыр, рыбные консервы с хрящами и зелень.

Оптимальное соотношение кальция и фосфора в пище — от 1:1,5 до 1,5:1 (молоко и молочные продукты). В хлебе и картофеле оно составляет 1:5, в мясе и рыбе — от 1:10 до 1:20. Избыток фосфора в питании (например, постоянное употребление мяса с картофелем и пренебрежение зеленью и молочными продуктами) способствует деминерализации скелета (потере кальция), особенно в условиях низкой физической активности. Ограничение количества фосфора особенно важно при применении активных форм витамина D. Таким образом, принимая какие-либо препараты кальция для профилактики или лече-

ния его дефицита, целесообразно употреблять молочные продукты.

Дети в возрасте до 7 лет лучше переносят препараты кальция без активных метаболитов витамина D. У школьников возможно применение препаратов кальция с витамином D.

Препараты кальция желателно принимать в вечернее время (от 17 до 19 часов) вместе с пищей, которая должна быть не очень жирной и желателно без фитиновых соединений (овсянка), уменьшающих всасывание кальция.

Для лучшего усвоения кальция организмом необходимы витамины С, К, D, витамины группы В, а также ряд минералов (фосфор, магний, кремний, хром, железо, медь, цинк).

Зимой и летом, в период сезонного снижения уровня кальция в организме, целесообразно профилактическое применение коротких курсов препаратов кальция у детей.

При профилактическом приеме дозировки кальция могут составлять от 50–100 мг в день (1-й год жизни) до 200–400 мг в день. Лечебные дозы могут достигать до 1000 мг в сутки. Продолжительность курса определяется индивидуально.

Повышенной биодоступностью и биоусвояемостью обладает препарат Кальцинова («КРКА», Словения). Хорошо себя зарекомендовали препараты кальция в сочетании с магнием: Берокка® Плюс (ЗАО «Байер»), Доломит («Валмарк», Чехия), Пиимакс (Финляндия).

Существуют также различные БАД, содержащие кальций в сочетании с различными натуральными продуктами (черника, брусника, морковь, яблоко, сельдерей).

Однако следует помнить, что избыток кальция в организме также очень опасен. Поэтому его суточная доза не должна превышать 2000 мг.

Основные проявления избытка кальция:

- подавление возбудимости скелетных мышц и нервных волокон;
- уменьшение тонуса гладких мышц;
- гиперкальциемия, повышение содержания кальция в плазме крови;
- повышение кислотности желудочного сока, гиперацидный гастрит, язва желудка;
- кальциноз, отложение кальция в органах и тканях (в коже и подкожной клетчатке; соединительной ткани по ходу фасций, сухожилий, апоневрозов; в мышцах; на стенках кровеносных сосудов; нервах);
- брадикардия, стенокардия;
- увеличение содержания солей кальция в моче;
- нефрокальциноз, почечно-каменная болезнь;
- увеличение свертываемости крови;
- увеличение риска развития дисфункции щитовидной и паращитовидных желез, аутоиммунного тиреоидита;
- вытеснение из организма фосфора, магния, цинка, железа.

При наличии полноценного, сбалансированного питания, в частности, при регулярном употреблении достаточного количества качественных молочных продуктов, возможно избежать развития дефицита кальция даже без профилактического применения медикаментозных препаратов и БАД, и, соответственно, без риска развития симптомов избытка кальция в организме. ☺



Богданович В. Н.,
врач, писатель, психолог,
Санкт-Петербург, Россия,
www.osoznavanie.ru, e-mail: kbvb@list.ru

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПОМОЩИ МЕТОДА БЭСТ ИЛИ ПОИСКИ УТРАЧЕННОЙ КУЛЬТУРЫ «ЦЕЛИТЕЛЬНОГО ПРИКОСНОВЕНИЯ»

Реабилитация (*re* — повторное, возобновляемое действие, противодействие, *habilis* — удобный). Её суть — комбинированное и координированное применение социальных, медицинских, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки человека для достижения оптимальной для него трудоспособности, мероприятий, направленных на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в социум.

Точкой приложения реабилитации являются не выявление и лечение патологии, а работа с их последствиями, коррекция с учетом конкретных нарушений внутри отдельных нозологических форм заболеваний и травм, что позволяет начать процесс реабилитации для некоторых групп уже в период проявления болезни.

Если не принять этот концепт за основу, то термин «блестяще» растворится в многочисленных проблемах милосердия, которыми озадачено сообщество. Комплекс мероприятий реабилитации подразделяется на:

- медицинскую реабилитацию, использующую различные методы аллопатии, физиотерапии, ЛФК, лечебное питание, противоэпидемические мероприятия, хирургическую коррекцию;
- психологическую реабилитацию, возвращение человеку адекватного представления о себе и своих возможностях;
- профессиональную реабилитацию, возвращение обществу трудоспособного человека;
- социальную реабилитацию, возвращение в активное социальное взаимодействие.

Как бы ни были наглядны успехи фармацевтики, какими бы ни были новые методы лечения, на фоне их применения не произошло существенного изменения качества жизни людей, страдающих распространенными хроническими неинфекционными заболеваниями. Развитие технического оснащения в медицине ведёт к отдалению врача от пациента.

Традиционные критерии эффективности лечения, основанные на показателях средней продолжительности жизни, общей смертности и смертности от конкретных причин, уже не дают объективной картины, не могут оценить физическое и душевное здоровье, определить особенности конкретного человека в его взаимосвязях с социальной средой, для чего необходимо вводить новые производные. Кроме физического здоровья и психологического статуса, стоит учитывать уровень личной независимости, адаптивность, умение активно поддерживать гомеостаз с окружающей социальной средой. Эффективность и экономичность различных методов лечения целесообразнее оценивать по показателям качества жизни, не отрицая традиционные критерии.

Целью и смыслом реабилитации становится повышение качества жизни, что включает в себя изменение физического, психического и социального статуса и благополучия. Так реабилитация оказывается тесно связанной с медицинским, социологическим и философским понятием качества жизни. Только тогда она сможет оказать наибольшее воздействие на качество жизни человека.

Медицина как наука долго занималась изучением и устранением структурных и функциональных нару-



шений в организме человека, возникающих под воздействием патологических процессов. В последнее время стала все более актуальной концепция «личность и болезнь», которая позволяет иначе взглянуть на базовые для медицины понятия. Биологическая модель болезни заменяется на смешанную, в которой акцент сделан на взаимодополнении биологического, психологического и социального. Биологическое всегда опосредуется социальным, а психика как интегральное понятие образует связь между биологическим и социальным. Организм рассматривается в постоянном состоянии адаптации/дезадаптации с окружающей его средой.

Смысл лечения состоит не только в том, чтобы избавить организм от патологического процесса, в предотвращении летального исхода, восстановлении функций, продлении жизни, но и в общем улучшении качества жизни. **Больной должен иметь возможность полноценно жить, а не выживать или существовать.**

Восстановлением целостного статуса личности должна заниматься реабилитация. Именно она в своих методах опирается на личность больного, активно восстанавливает нарушенные болезнью функции, в том числе и социальные. Не существует подлинной реабилитации без обращения к личности больного, без восприятия человека в неразрывной связи с окружающей средой. Успех может быть достигнут и закреплен тогда, когда установлен баланс между внешним и внутренним.

Реабилитация — завершающий этап общего лечебного процесса, где важно оценить эффективность лечения, воздействия на организм, прежде всего, в плане восстановления личностного и социального статуса больного, а также создать условия для здорового будущего.

Рациональное сочетание физических и психических методов воздействия на конкретного больного влияет самым непосредственным образом на успех в лечении распространенных тяжелых хронических заболеваний, в том числе в полном или частичном восстановлении трудоспособности. **Эффективная реабилитация основана на партнерстве врача и пациента,** разноплановости усилий и воздействий, направленных на разные сферы жизнедеятельности, на единстве биологических и психосоциальных методов воздействия и ступенчатости воздействий.

Она, реабилитация, — это лечебно-восстановительные мероприятия, в основе которых лежит использование системы медико-биологических и психосоциальных мероприятий. Но, как обычно, «дьявол кроется в мелочах», а потому нельзя смешивать понятия «лечение» и «реабилитация». Реабилитация — составная часть лечебного процесса и отличается ранней и особой направленностью лечебных меро-

приятий, обеспечивающих улучшение функции систем организма и наиболее полное восстановление трудоспособности. **Реабилитация — не «долечивание»!** Она может быть применена на ранних стадиях патологического процесса, хотя наиболее активно ее методы применяются на завершающих этапах лечения.

Существует система БЭСТ, разработанная в 70-е годы XX века проф. Е.И. Зуевым, которая успешно объединяет весь этот сложный комплекс реабилитационных мероприятий. Она как раз и была создана как система реабилитации для одной из самых травмоопасных профессий — артистов балета. Она соединяет в себе медицину, психологию, систему профилактики рецидивов и «настройку» организма на полноценное и здоровое функционирование, что служит духу реабилитации.

Система БЭСТ — (био-энерго-системная терапия) — телесно ориентированное воздействие, выглядящее как массаж с включением приемов мануальной терапии и привлечением психотерапевтических техник. Массаж сам по себе как искусство прикосновений уже полезен, а система БЭСТ позволяет ему не только расслаблять спазмированные зоны, но и формировать новые поведенческие паттерны, позволяющие становиться более успешными в жизни, что является необходимым компонентом системы реабилитации.

Механизм формирования дисфункциональности, приводящий к частичной или полной потере работоспособности и разрушению социальных связей, заключается в нарушении нормального замыкания цикла стресса «напряжение — действие — получение желаемого результата — расслабление» (завершенный гештальт). Невозможность по разным причинам получить полноценное расслабление приводит к накоплению напряжения в организме, которое вызывает перенапряжение и спазм зон или частей тела. Напряженные, спазмированные участки тела влияют на работу, подвижность и функциональность человека в целом, что закрепляет и поддерживает доминанту. Закономерным итогом этого процесса является создание «порочного круга», выйти из которого можно только в том случае, когда снимается не только напряжение, но и происходит процесс «научения» организма новому способу функционирования. В противном случае все по инерции возвращается к прежнему состоянию, которое было обусловлено сформированным болезнью или травмой поведенческим паттерном, причем, не только на функциональном уровне, но и на социальном (соадаптация).

Метод БЭСТ механически расслабляет спазмированные участки, а затем при помощи осознанной фиксации внимания клиента формирует новый поведенческий паттерн. Как общий результат по прохождении курса БЭСТ у клиента

через активное образование положительной обратной связи происходит то, что называется «успешной социальной адаптацией».

В метод органически входят примерно 12–14 видов массажа, растяжки, рольфинги, Rosen-терапия, «палсинг», «краниосакральная терапия» и остеопатия, холистический массаж, а также многочисленные психотехники (эриксоновский гипноз, метод свободных ассоциаций, вербальная и невербальная суггестия, управляемый транс и др.).

Меняя субъект — человека, меняется объект — жизнь. Благодаря БЭСТ, человек получает новое состояние, более высокое, нежели прежнее, расширяется его диапазон, что позволяет шагнуть за прежние социальные рамки и взглянуть на происходящее вокруг «новыми глазами». Приобретая новые идеи — приобретаем новые глаза! Очень важно осознать, что это состояние — толчок к созданию нового *Modus Vivendi* и, если его не поддержать, привычный стиль реагирования и жизни неизбежно «загонит» в прежнее состояние.

В процессе сеанса пациент может получить некое «озарение», после чего он получает возможность осознанно избавиться от дисфункциональных поведенческих шаблонов, стереотипов, обогащает себя новым опытом (ощущение себя единым целым, яркое переживание ощущения полета), подъемом общего уровня тонуса. Результат может быть получен уже после первого сеанса. Эффективность метода высока и эффект прослеживается иногда десятилетиями.

БЭСТ способствует:

- решению частных задач в целостном контексте показаний проводимой терапии;
- посттравматической реабилитации;
- получению физического и эмоционального удовольствия, снятия блока «запрет на удовольствие» и снятию ряда связанных с этим запретом сексуальных расстройств;
- получению ответа на корректно поставленный самому себе вопрос для решения конкретной проблемы;
- выявлению и снятию проявленных личных комплексов пациента, записанных в вязы мышц;
- погружение в ДИСС* и обучение практике фиксации внимания на происходящем, что способствует увеличению количества и качества осознанно проживаемой жизни.

К противопоказаниям в системе БЭСТ нужно подходить осторожно и индивидуально. БЭСТ очень многогранен, имеет много уровней, и его применение обязательно будет полезно для любого и в любом состоянии, что определяет специалист индивидуально для каждого.

Проводя массаж БЭСТ, мы параллельно решаем массу частных задач. БЭСТ — это больше, чем массаж, это система воздействий, направленная на исцеление-самовосстановление человека, что является, пожалуй, самым эффективным и перспективным направлением. Системе БЭСТ по силам лечение и профилактика ряда заболеваний задолго до их проявления на физическом уровне, что, без сомнений, лучше оперативного вмешательства. Здоровье как душевное, так и физическое — прекрасное под-

спорье в процессе развития: «Здоровому человеку нужен весь мир, а больному — только здоровье».

Кожа невероятно богата рецепторами, ее поверхность огромна: 18 тыс. кв. см у взрослого. К примеру, органы слуха, зрения, обоняния и вкуса занимают по несколько сантиметров. Человечество почти обходит стороной этот орган восприятия окружающего мира. Поэтому поиски утраченной культуры «целительного прикосновения» не менее трудны, чем поиски Атлантиды. Наибольшей трудностью является то, что научиться прикосновению можно только у мастера, как и игре на скрипке. Это искусство. Тело человека — это такой же тонкий инструмент, разве только еще сложнее.

Первые девять месяцев своего существования человек не знает другого языка, кроме прикосновения. Неудивительно, что вся его последующая жизнь до самой смерти определяется уже в первые часы появления на свет. В этот период четыре перинатальные матрицы определяют очень многое в судьбе человека. Тело, как магнитная лента, записывает все прикосновения на карту судьбы. Прикосновение — язык первоначального общения руководит бессознательным и заставляет нас делать тот или иной выбор в жизни.

Если мать ласкает ребенка, берет его на руки, ребенок хорошо развивается и всегда здоров. Если мать уповает на процедуры и таблетки, забывая о прикосновении, наступает сенсорная депривация той или иной степени выраженности, и ребенок продолжает болеть. Исходя из этого, массаж БЭСТ это:

- искусство прикосновения;
- искусство исцеления;
- путь самосовершенствования;
- традиции в тысячах самобытных культур;
- помощь в обретении новой Я-концепции;
- вход в ДИСС, сокровищницу наших ресурсных состояний;
- диалог с Миром.

Отрицая очевидное, не понимая и не принимая, мы теряем частицу себя. Табу на прикосновение заставляет нас ограничивать себя во многом. Принимая прикосновение, как язык общения, мы снимаем черные очки (шоры), входим в картинную галерею, понимая, что этот мир был за гранью восприятия. Наша жизнь — череда последовательных выборов. Как мы их делаем? Осознанно или нет? Если в подсознании есть опыт только черного и белого цвета, как сделать выбор между зеленым и коричневым?

Одно искусство порождает другое искусство. Искусство прикосновения, которое многими людьми на подсознательном уровне отождествляется с любовью, породило другие виды искусств. Может быть, настало время и для Европы принять легитимность искусства прикосновения, значение культуры «касания» для того, чтобы вести полноценный Диалог с Миром.

Применение метода БЭСТ в реабилитации необходимо. Наша актуальная задача — распространение и полноценное внедрение его в комплекс реабилитационных мероприятий. Это можно сделать при помощи его популяризации и путем обучения специалистов «помогающих» специальностей, как среднего медицинского персонала, так и врачей, психологов, специалистов по ЛФК. ●

* ДИСС — дискретно измененное состояние сознания.



Надежда Паулевна Лехтлаан-Тыниссон,
руководитель Санкт-Петербургского научно-практического
Института перспективной медицины (ИПМ), биофизик,
автор научных статей, изобретений и универсального
не медикаментозного метода восстановления здоровья —
«ОБРАТНАЯ ВОЛНА».

ПРИРОДОПОДОБНЫЙ СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОРГАНИЗМА ИЛИ «НАЩУПАННОЕ» ОТКРЫТИЕ

Удивительно, но наш мир изучен всего на 5%, остальные 95 — пока неподвластны человеческому объяснению.

И так уж повелось, что ученые-первопроходцы, осваивая эту непознанную целину, всегда назывались лжеучеными, а тема, которую они пытались изучить, — лженаукой. «Шарлатанство», «мракобесие», «облапошивание» — какими только ярлыками не увешивается то, что не входит в рамки восприятия этих «не лжеученых». Именно с такой несправедливостью я и столкнулась, когда к необычным явлениям подошла с научными мерками.

Сегодня врачи, которых я подготовила еще в те далекие 90-е, принимают людей с самыми невероятными заболеваниями. Им удается то, с чем не справляется современная медицина, не имеющая возможности помочь людям в их беде. Позволю себе привести лишь некоторые примеры из практики нашего института.

1. Мальчик Илюша живет полноценной жизнью и даже занимается каратэ, хотя много лет назад врачи рекомендовали удалить ему селезенку, сделать так называемую «спленэктомия». У 2-летнего малыша был запредельно низкий уровень тромбоцитов (тромбоцитопения). Вот уже 8 лет, как ребенок снят с учета у гематолога.

2. У Ларисы Николаевны отсутствовала чувствительность пальцев рук. С закрытыми глазами она не распознавала предметы на ощупь. Снимки показали два разреженных образования в спинном мозге, образно говоря, своеобразные «дырочки». Сигнал от головного мозга не проходил к конечностям. Женщина оформляла документы на инвалидность. За два сеанса нашим методом чувствительность восстановилась полностью! И по сей день Лариса Николаевна в полном здравии.

3. Малышке 5-ти месяцев была сделана комплексная прививка «по возрасту». Ребенок перестал двигаться, переворачиваться, гулить и практически полностью остановился в развитии. Родители привезли дочку в институт, когда ей исполнилось уже три года. Взгляд не фиксировала, самостоятельно не стояла, не сидела, не разговаривала, на обращенную речь не реагировала. За несколько сеансов ребенок стал держать спинку, появился осмысленный взгляд. Сейчас прошло уже много лет. Родители привозят девочку раз в несколько месяцев на реабилитацию. Она ходит без поддержки, хорошо успевает на домашнем обучении, помогает нянчить младшую сестренку. Одним словом, не только у нее, но и у мамы с папой появилась полноценная жизнь.

4. В 1998 г. с помощью нашего метода за один (!) сеанс был освобожден от операции по удалению атеросклеротической бляшки на левой сонной артерии один из первых космонавтов Советского Союза — Николаев Андриян Григорьевич. Гордость института — фото космонавта со словами благодарности: «Дорогой Надежде Паулевне за добрые дела...»

И таких примеров огромное количество. Вот уже 25 лет без громкой рекламы, по так называемому «сарафанному радио», идет поток людей со всех концов не только нашей страны, но и из-за рубежа.

В чем необычность терапии, которую представляет наш институт?

Эмпирически удалось «нащупать» поистине **природоподобный способ восстановления организма**. Ничего специально не изобретая, я просто ОБНАРУЖИЛА некоторые законы взаимодействия нашего физического мира с живыми водосодержащими системами.

А все началось...

ИЗ «ПАРА» ИСТОРИИ

В конце 80-х — начале 90-х годов возник бурный всплеск интереса к «парапсихологии» — необычным явлениям и к людям со сверхспособностями. Вдруг появились целители и предсказатели, белые маги и колдуны. Газеты пестрели заголовками «сниму сглаз, порчу». Казалось, полгорода «портит», а полгорода все это «снимает».

Многие ученые пожелали разобрататься в тонкостях «тонкого мира», изучить тот или иной феномен, и поставить на научную основу те факты, которые имели статистическую картину.

Именно в эти годы проявился ученый из Политехнического института, к.т.н. Поляков Вадим Борисович. Отличался он тем, что пытался придать своим идеям научную трактовку. На своих лекциях Поляков обучал «пондеромоторному письму», которое основывалось на интуитивном поиске так называемых «энергетических потоков». Более того, обучая людей экстрасенсорным навыкам, он отдавал



предпочтение врачам, правильно полагая, что образованный человек со знанием анатомии и физиологии сможет более грамотно описать процессы оздоровления. Ему удалось создать методику обучения для медработников с целью использования ими «паранормальных» способностей в своей практической деятельности.

Обученные им врачи показывали чудеса дистанционной высокоточной диагностики и лечения пациентов, находящихся даже на других

континентах.

Однажды, во время очередной лекции, я стала свидетелем интересного опыта. Поляков попросил всех сосредоточиться на фантоме некоего Джона из Нью-Йорка, которого, якобы, необходимо вылечить от какой-то напасти. Все врачи дружно направили свои «энергетические потоки» на никому не известного Джона, и на следующей лекции мы узнали, что американец благополучно избавился от серьезного недуга. Таких эпизодов с реальным



САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ПЕРСПЕКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ (ИПМ)

**Универсальный способ комплексного восстановления здоровья
25 лет Активационной терапии «ОБРАТНАЯ ВОЛНА»
авторский метод: безлекарственный, безопасный и эффективный**

- восстановление после инсульта, инфаркта миокарда
- купирование болевого синдрома любого происхождения
- помощь при задержке психофизического и речевого развития
- лечение острых и хронических воспалительных процессов
- нормализация обменных процессов
- купирование гормональных нарушений
- восстановление функций желудочно-кишечного тракта
- восстановление иммунитета
- профилактика онкологической патологии и др.

Приглашаются к сотрудничеству врачи всех специальностей

**По субботам лекции, вопросы, ответы,
экспресс-диагностика на программном комплексе,
апробированном в Военно-медицинской академии**

ВХОД СВОБОДНЫЙ

**Предварительно звонить (812) 296-08-45, 8 (921) 31-82-822
Санкт-Петербург, ул. Руднева 24 (Ст. М. Проспект Просвещения)**

РЕКЛАМА

**ИПМ — УЧАСТНИК ПРОЕКТА «ФОНД ПЕРСПЕКТИВНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ РФ»
ПО ТЕМЕ «НЕЛЕКАРСТВЕННЫЙ МЕТОД ИНТЕНСИВНОЙ АКТИВИЗАЦИИ АДАПТАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ ЧЕЛОВЕКА»**



подтверждением оздоровительного эффекта у Вадима Борисовича было немало. Однако уловить, а, тем более, измерить слабые волны, влияющие на что-то заоканское здоровье, не представлялось возможным: природа «энергетических потоков» была неизвестна.

В это же время другая группа ученых вела активные исследования в ЛИТМО на кафедре компьютерной теплотехники под руководством проф. Дульнева Г.Н. Были разработаны тепловые датчики, которые крепились одновременно на голову пациенту и оператору. На монитор выводились данные о наличии или отсутствии, как воздействия оператора, так и реакции пациента. Некоторое время сотрудники лаборатории предлагали всем желающим проверить таким образом свои экстрасенсорные способности. Множество известных целителей примерило на себя своеобразные «детекторы лжи». Показать эффект надо было в течение получаса: 10 мин. покоя, 10 мин. воздействия и еще 10 мин. покоя. Таким образом, графики должны были показать наличие дельты относительно первых и последних 10 минут покоя. Целители испытывали колоссальное нервное напряжение. Кто-то читал молитву, кто-то делал пассы руками. Был случай, когда одному из них стало плохо прямо во время опыта: переживания и неуверенность в своих силах достигли апогея.

Даже академик Гуляев Ю. В., директор Института радиотехники и электроники РАН, с которым я имела честь беседовать, проявил интерес к известной целительнице Джуно. Он исследовал «феномен Джуно» и обнаружил, что человек «выдает» себя самыми разнообразными полями и излучениями, причем, в огромном диапазоне: инфракрасном, электромагнитном, оптическом, акустическом, в радиодиапазоне... Но, как говорит Юрий Васильевич, ничего примечательного от рук Джуно не исходило, и излучение не удалось измерить, настолько оно оказалось **неизвестным и сверхслабым**.

НАУКА ПОВЕРНУЛАСЬ ЛИЦОМ

И вот, в едином порыве ученые решили изучать необъяснимые, с точки зрения науки, сверхслабые феномены. Так, в июне 1997 года в Санкт-Петербурге естественным образом был создан и до сих пор проходит Международный конгресс «**Слабые и сверхслабые поля и излучения в биологии и медицине**», председателем которого является доктор физико-математических наук, профессор Галль Лидия Николаевна. Один из участников конгресса тогда написал: «Произошло беспрецедентное событие!».

Беспрецедентным оно названо потому, что в советские, да и в постсоветские времена слабые и сверхслабые поля наши корифеи науки практически не принимали в расчёт. Воздействие таких полей считалось ничтожным, а их целебные эффекты — самовнушением пациентов или экспериментаторов. Конгресс решительно опроверг эту точку зрения и провозгласил новый взгляд на слабые поля и излучения, признав их существенным фактором в бытии живой и неживой материи.

Выяснилось, что физические приборы крайне мало чувствительны к сверхслабым электромагнитным полям (ЭМП) и излучениям (ЭМИ) со сверхнизкими частотами.

Этот факт и привел нас к пониманию того, что в качестве детекторов можно использовать как различные

водосодержащие системы, так и более сложные структуры — микроорганизмы.

Мы провели многочисленные опыты по изучению действия сверхслабого магнитного поля на культуры бактерий.

Первые интересные эксперименты с бактериями *E.coli* были проведены на кафедре микробиологии совместно с учеными ВМедА еще в 1996 г. По этой теме меня пригласили сделать доклад на Международных форумах в Англии и в Японии. В Хэррогейте, в Англии, мне удалось с успехом представить доклад. Было много вопросов, а один доктор наук из Италии даже эмоционально воскликнул: «Да это же переворот в естествознании!»

Не менее значимые результаты исследований были получены в лаборатории бактериальных капельных инфекций в НИИ им. Пастера. Обыкновенную водопроводную воду вначале обрабатывали в магнитном поле, а затем на некотором расстоянии от нее ставили суспензии бактерий *Staphylococcus aureus*. Такая «опосредованно омагнитненная» обработка давала статистически значимый бактерицидный эффект: на чашках Петри, практически не просматривались колонии бактерий. Омагнитненная водопроводная вода способна убить стафилококк! Такое вот необычное явление!

ЧТО ПЕРВИЧНО? ФИЗИКА ИЛИ ФИЗИОЛОГИЯ?

К сожалению, симбиоз науки и практики оказался трудноосуществимым. Ни для кого не секрет, что путь от изобретения до внедрения порой исчисляется десятилетиями, а если изобретение основано на «необычном явлении» — можно смело ставить крест: жизнь уйдет на доказательство...

Тем не менее, на сегодняшний день накоплено огромное количество фактов, свидетельствующих о том, что именно очень слабые воздействия, практически не регистрируемые приборами, существенно влияют на живой организм, изменяя направленность и скорость биохимических реакций.

К слову сказать, именно сверхслабыми полями, в основном, и можно объяснить множество явлений, связанных с чудесами исцеления. И общение с Поляковым В. Б., и посещение его лекций убедило меня в том, что многие из его методик можно перевести в более материальную плоскость, попытаться найти в природе естественные сверхслабые поля и излучения, похожие на те, которые генерируют особо одаренные люди.

Позже нами был создан настоящий прибор «на воде» (патент РФ). Низкочастотные магнитные поля пропускали сначала через воду, и уже вода (!) влияла на организм человека. Получился практически полный **аналог того, что генерирует опытный целитель**.

Но еще тогда, в 1989 г., мне пришла мысль, что организму человека надо сообщить такое по силе воздействие, которому он был бы способен сопротивляться! Представляете, насколько слабый сигнал надо подать, если, например, магнитное поле миокарда сердца в 10 миллионов раз меньше, чем у магнитного поля Земли, а тепло, которое исходит от тела человека, всего-то около 100 Вт, что соответствует мощности обычной лампочки!

И уж, коль скоро в то время всеми муссировалась тема биополей, существование которых позже подтвердил

академик Гуляев, то и воздействие, как мне тогда виделось, надо было производить не на тело, а на то, что оно излучает! Причем, предельно слабым полем, которое способно вызвать равный ответ, реакцию сопротивления. То есть, переведа это понятие в физическую плоскость, организм во взаимодействии «физика-физиология» также должен сработать по III закону Ньютона — «Действие равно... противодействию»!

Практика подтвердила, что такой слабый, пороговый стимул как раз и является необходимым и достаточным действием для выведения системы из устойчивого неравновесного условно-патологического состояния.

Так возник универсальный метод оздоровления с условным названием «ОБРАТНАЯ ВОЛНА» (патент РФ), основанный на малоизвестном биологическом механизме: *клетка способна генерировать большой ответ на минимальный, пороговый стимул*. Это утверждение принадлежит лауреату Нобелевской премии Г. Уолду. С 1991 г. метод используется врачами нашего ИПМ.

ОРГАНИЗМ НА «ОБРАТНОЙ ВОЛНЕ» — «МАШИНА» ВРЕМЕНИ

Живые организмы представляют собой нелинейные, открытые и далекие от равновесия термодинамические системы. Исследуя «реакцию-сопротивление» организма на сверхслабый стимул в режиме реального времени в течение, допустим, 10–15 минут, мы отмечаем целый комплекс изменений в эндокринной, иммунной и центральной нервной системах. И речь здесь вовсе не идет о лечении конкретных заболеваний с общепринятой точки зрения. Микро-стимул для открытой нелинейной термодинамической системы, коей является человек, позволяет включить механизмы центральной регуляции, а это, в свою очередь, влечет за собой «раскачку» всей системы и переход ее через точки бифуркации на качественно иной уровень, всегда более положительный, нежели прежний...

И тогда организм, как машина времени, «вспоминает» все: от прошлого отита в детстве до будущего артрита в старости. И сам раскручивает ту, неведомую ни одному «светиле» от медицины «временную» спиральку о накопившихся недугах и их причинно-следственной природе. При таком подходе все «жалобы» определяет сам организм, причем, без каких-либо негативных побочных явлений.

Впрочем, когда организм уже «заблудился», перенасыщенный многолетним приемом препаратов, витаминов и добавок от давления, от тяжести в желудке, для зрения, для нормализации стула, для настроения и потенции, короче — «от всего» и «для всего», наступает время делать генеральную уборку. И как же виртуозно он это делает! Все «побочные» эффекты сводятся лишь к одному: выведению отходов клеточного метаболизма через пот, стул, мочу и мокроту. Именно этот процесс выведения и способствует мощному восстановлению организма даже при крайне тяжелых заболеваниях. Природа организма оказалась совершенной!

Раз в месяц, проводя конференции, я популярно объясняю этот эффект такими терминами, как «дразнить», заставить клетку защищаться, «огрызаться» на внешнее

влияние, чтобы борьба между воздействием (физика) и реакцией (физиология) не приносила никому из них победы. К примеру, если на ринге оба бойца имеют равный потенциал, то выявить победителя будет крайне сложно. Зато какая тренировка!

Смех смехом, но только спустя почти 15 лет, в 2003 г., участвуя в очередном конгрессе «слабых и сверхслабых», я ознакомилась с работами Гаркави Л. Х, которые как нельзя кстати, оказались созвучны не только с придуманными мною терминами («защита», «тренировка», «реакция сопротивления», откуда и пошло название «обратная волна», поскольку, по закону Ньютона, сила сопротивления всегда с ОБРАТНЫМ знаком»), но и красиво вписались в многолетнюю практику моего института. Ведь, как известно, любые непонятные явления, как бы они ни были воспроизводимы, не представляют интереса для науки до тех пор, пока под них не подведена теория.

Сколько лет я билась над тем, чтобы пояснить механизм действия моей «волны»!

Масса вопросов возникает на лекциях при демонстрации метода, но один и тот же вопрос, как правило, исходит от физиков, программистов, математиков и инженеров: «а какие частоты у вашего прибора?», «а вот оптимальнее использовать такие». Отвечаю: «Любые! Человек сам излучает в огромном диапазоне. **Дело не в физике, а в физиологии!**»

ОТКУДА БЕРУТСЯ БОЛЕЗНИ?

Может, человек и «царь природы», но еще в начале прошлого века профессор Чижевский А. Л. обнаружил, что солнечная активность напрямую влияет на биосферу Земли. А это значит, что все живое безропотно подчиняется приказу нашего светила. От него зависят войны и революции, набег саранчи и урожай винограда. Нас заранее предупреждают о надвигающейся магнитной буре, и в такие дни, как показывает статистика, станции скорой помощи работают в усиленном режиме. Более того, термин «метеозависимость» уже возведен чуть ли не в ранг диагноза.

Однако каждый организм по-разному реагирует на космофизические факторы. Если биоритмы головного мозга оперативно среагировали и вовремя включили механизм защиты, то человек не почувствует никаких изменений в своем организме. У человека ослабленного, не имеющего достаточных сил для сопротивления, возможно развитие какого-либо «спящего» заболевания. А вот тому, кто находится в критическом состоянии, грозит даже летальный исход.

На сегодняшний день современный человек буквально окутан дополнительными ЭМП «рукотворного», техногенного происхождения. А срок для адаптации к этим новым параметрам среды нашего обитания относительно мал — каких-нибудь последних 30 лет. Если бы первобытный человек резко переместился в наше время, то, вероятно, тут же бы и погиб, не выдержав современного ареала.

Множество людей, нуждающихся в помощи, ведут, как правило, пассивный образ жизни. Гиподинамия захватила даже детей. Малышей, сидящих за компьютерными развлечениями, сейчас можно увидеть чаще, чем во дворе с мячиком или скакалкой.



Мобильные телефоны, буквально «прилипшие» к самой близкой к головному мозгу, височной области, сегодня, практически, у каждого первоклассника. Надо ли говорить о возникновении болезней, связанных с накоплением экстремальных воздействий!

Очевидно, что защитные механизмы «homo sapiens» истощились. Участились и помолодели такие заболевания, как сердечнососудистые, астма, диабет, аллергия. Что уж говорить о таком страшном недуге, как детская онкология!

Длительное пребывание человека в подобных, мягко говоря, некомфортных условиях вызывает физическое и психическое истощение организма, а затем приводит к снижению работоспособности, повышению утомляемости, снижению иммунитета, и, как следствие, к заболеваниям и даже к социальным конфликтам. Накопление такого рода факторов, в свою очередь, ведет к напряжению адаптационных механизмов организма.

Так что в основе развития практически всех заболеваний и патологических состояний, лежит «накопленное напряжение», или, как мы привыкли выражаться — «**стресс**».

У каждого из нас индивидуальная реакция в ответ на один и тот же стимул и стресс, и зависит она от степени резистентности организма на то или иное экстремальное воздействие. Следовательно, результатом стресса может быть **либо адаптация**, при которой за счет приспособительных механизмов сохраняется гомеостаз, **либо развитие дезадаптации**, когда происходят функциональные нарушения, и развивается та или иная болезнь, вплоть до онкологии.

Эти аргументы диктуют спрос на некий инновационный подход в медицине, как лечебной, профилактической, так и превентивной, способной создать организму условия для противостояния всевозможным негативным воздействиям извне.

Вероятно, поиск такого инновационного подхода для адекватного повышения защитных, адаптационных возможностей организма, находится на стыке многих наук, что может привести к их рациональному симбиозу. Скорее всего, **возникнет неклассическая часть медицины, связанная не столько с лечением определенных болезней, сколько с управлением здоровьем.**

Минимизировать влияние негативных стрессовых факторов и повысить адаптационные возможности с помощью лекарств и биологически активных веществ, как показывает анализ некоторых исследований, не представляется возможным.

НАУКА О РЕАКЦИЯХ

Вот мы и подошли к той теоретической части, которая, наконец-то, дала ответ на вечный вопрос: так какой же механизм действия слабых полей и излучений?

Знаете ли вы, что еще в начале прошлого века, в 1936 г. нобелевский лауреат Ганс Селье ввел в физиологию понятие «стресс»? Лабораторных крыс Селье «стрессировал» самым невероятным образом: пугал сильным звуком, сильно пеленал, топил в воде. А затем препарировал их и искал изменения, вызванные стрессом. Так, он обнаружил общие закономерные и специфические реакции для многофункциональных живых организмов под воз-

действием сильных стрессов. Обнаружилось, что у всех без исключения подопытных животных произошло кровоизлияние в слизистую желудка и двенадцатиперстной кишки (вот тут и подумаете, справедливо ли заслужили Нобелевскую премию те, кто *Helicobacter pylori* назвал первопричиной язвенной болезни!).

А в 1970-е годы в дополнение к стрессу Селье ученые из Ростовского НИИ онкологии Гаркави Л.Х., и Квакина Е.Б. описали Неспецифические Адаптационные Реакции Организма (НАРО). Ими были разработаны теория и практика целенаправленного вызова этих реакций в организме, которые и дали развитие новой молодой медицинской науке — «Антистрессорная терапия», или «Активационная терапия».

В серии экспериментов на животных с вживленными в гипоталамическую область электродами было показано, что в зависимости от силы раздражения гипоталамуса, в организме животных развиваются 3 различных вида общих адаптационных реакций, в том числе и реакция стресса с её классической триадой патофизиологических изменений.

Ростовские ученые пришли к выводу, что если на сильные раздражители организм отвечает по типу реакции «стресс» и постоянное стрессирование сокращает жизнь животных, то на более слабые раздражители организм отвечает по типу реакции «активации», а на еще более слабые — по типу реакции «тренировки».

Эти термины относятся к одному и тому же физиологическому свойству организма — способности противостоять и сопротивляться внешним факторам. В этом заключен весь смысл нашего физического существования: каждую секунду — выживать!

При этом было доказано, что ответы организма и лечебные эффекты при *малых воздействиях* оказываются во многих случаях выше и клинически продуктивнее, чем при применении факторов высокой интенсивности и мощных приборных полей.

Итак, при сильном стрессе (классически описанная Г.Селье и характеризующаяся выраженной лимфопенией — менее 20%), организм последовательно проходит стадии тревоги, резистентности и, как следствие, истощения. Осуществляются защитно-приспособленческие реакции: усиление метаболизма, оптимизация биоэнергетических процессов, первоочередное кровоснабжение функционирующих жизненно важных органов. При срыве, происходящем чаще всего в результате истощения регуляторных и контролирующих субстанций, развивается патологический процесс.

Биологический смысл малых воздействий заключается в адекватном повышении активности защитных систем организма. При этом происходит самая быстрая перестройка регуляторных систем в ответ на повреждающие воздействия, самое быстрое заживление ран или восстановление сил после болезни. Его защитные механизмы становятся настолько совершенными, что способны надежно поддерживать наше здоровье. Целенаправленный вызов этих реакций в организме можно достичь любым раздражителем, вызывающим колебания гомеостаза в пределах нормальных показателей. (Из публикаций Гаркави Л.Х., Шепелев А.П., Татков О.В., Марьяновский А.А. — 2000 г., Татков О.В., Гаркави Л.Х., Рубцов В.В., Фатькина Н.Б. — 2004 г.)

Сегодня основные положения теории НАРО цитируются и используются в работах по нормальной и патологической физиологии. Академик РАМН Н. А. Агаджанян в совместной книге с А. Ю. Катковым описывают лабораторные эксперименты Л. Х. Гаркави, Е. Б. Квакиной и М. А. Уколовой как важное открытие.

Существуют также и книги по теории НАРО. Они регулярно включаются в списки рекомендованной литературы к курсам нормальной физиологии и валеологии, включены в Государственный стандарт послевузовской подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по восстановительной медицине, подготовленный в ММА им. И. М. Сеченова под руководством академика РАМН, д.м.н. проф. А. Н. Разумова.

Конечно, зная основы теории и получая эффективные результаты на практике, мне удалось создать свою эксклюзивную методику преподавания, которая оправдывает себя вот уже на протяжении 25 лет. Подготовлено без малого 400 медработников. Так что, врачей, уставших выписывать рецепты, приводящие порой к кумуляции, и способных воспринять принципиально иную терапию, милости просим на курсы по подготовке врачей нового формата!

Существует две стратегии активационной терапии: Стратегия 1

1. Воздействие: средствами активационной терапии являются *биостимуляторы растительного и животного происхождения* и другие. Чаще всего применяется наиболее общедоступный биостимулятор — экстракт элеутерококка.

2. Контроль: использование обратной связи по сигнальному показателю — *количеству лимфоцитов в лейкограмме*. С их помощью определяют тип реакции, а далее подбирают дозы по принципу обратной биологической связи, с учетом величины «коэффициента реакции», обычно равного 1,2;

Список средств «активационной терапии» продолжает пополняться, и в него уже включаются различные физические воздействия:

Стратегия 2

1. Воздействие: *постоянное и переменное магнитное поле*, КВЧ (электромагнитное поле крайне высокой частоты), низкоэнергетический лазер.

2. Контроль: использование *программированных режимов* (позволяющих избегать частых взятий анализов крови).

Активационная терапия (АТ), основанная на НАРО, распространяется крайне медленно. Это — медицина творческая, я бы даже сказала, изящная. Но при желании, каждый врач способен проявить индивидуальность и привнести в нее свой свежий нюанс с учетом использо-

вания и сочетания ЛЮБЫХ доступных и разрешенных МЗ РФ средств.

Метод «ОБРАТНАЯ ВОЛНА» — авторская разработка, используется врачами ИПМ с 1991 г. и, как выяснилось в 2003 г., явилась разновидностью Активационной терапии.

Метод «ОБРАТНАЯ ВОЛНА» — стратегия 2

1. Воздействие (физиотерапия) — аппараты дистанционного электромагнитного воздействия с низкочастотными параметрами.

2. Контроль (функциональная диагностика) — программный комплекс «Омега-М».

Метод позволяет «спровоцировать» организм на неспецифическую резистентность. А с 1998 г. в качестве контроля неспецифических реакций наши врачи используют «Цифровой анализатор биоритмов» «Омега-М». Комплекс прошел апробацию в ВМедА и используется на всех атомных станциях РФ.

Выбор пал именно на этот программный комплекс, поскольку это наиболее простая и в то же время высокоточная оценка данных о ритме сердца.

Пульсовая диагностика появилась несколько тысячелетий назад в древнем Китае. Общеизвестно, что сердце откликается на все изменения, как во внешней среде, так и внутри организма. Именно пульс дает возможность предугадать сбои в работе сердечнососудистой системы у больных с желудочковыми нарушениями ритма, при хронической сердечной недостаточности, позволяет произвести прогноз риска внезапной смерти и фатальных аритмий при инфаркте миокарда и ИБС, обусловленной артериальной гипертензией и кардиомиопатией.

Наш пациент может не только субъективно ощущать процессы, происходящие в его организме в зависимости от порога чувствительности, но и — с помощью программы — наблюдать свою реакцию на экране монитора в реальном времени.

В нашем случае комплекс незаменим при оценке общего состояния человека, и получении информации об адаптационных резервах организма. Контроль проводится непрерывно на протяжении всего сеанса и каждый может воочию убедиться, как организм сам управляет своим здоровьем, быстро определяет, что является наиболее важным для его выживания и, как при пожаре, в первую очередь, берется за «проблему-причину». Поистине, сам себе диагност и лекарь. Такими вот волшебными оказались Неспецифические Адаптационные Реакции Организма.

Знания о тайнах физиологии человека привели нас к пониманию, что термин «вылечить» неприемлем к большинству нездоровых людей. Поэтому девизом врачей ИПМ является полушутливая фраза **«Здоровье — это пожизненная, безлекарственная ремиссия всех имеющихся заболеваний!»** ©

**Мамаева М. А.,**

кандидат медицинских наук,
Руководитель Общества специалистов «Международное
медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА,
Санкт-Петербург, Россия

ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ В ВЕНГРИИ

Спортивная реабилитация — одна из актуальных проблем современной отечественной медицины и так называемого большого спорта. Та пропаганда массового спорта, которая проводится сейчас в нашей стране, должна сопровождаться развитием системы реабилитационных центров для спортсменов — как взрослых, так и детей, а также системы профилактики травматизма и других нарушений здоровья, связанных именно с занятиями спортом.

В Санкт-Петербурге — на весь пятимиллионный город, который является кузницей отечественных рекордсменов и олимпийских чемпионов, — работает один Городской Врачебно-физкультурный диспансер (!), в котором трудятся специалисты по лечебной физкультуре, врачи реабилитологи, массажисты, физиотерапевты и др. Растущую армию серьезно занимающейся спортом молодежи это единственное в своем роде учреждение обслужить не в состоянии.

Спортсмены, получившие спортивную травму, чаще переломы конечностей, наблюдаются после операции в районных травмпунктах, перенаправляясь затем в районные поликлиники, где хирурги-травматологи, как правило, лишь формально продлевают им больничные листы, вообще не назначая никакой реабилитации. Восстановление здоровья становится заботой самого спортсмена. На курс реабилитации в стенах Городского Врачебно-физкультурного диспансера могут рассчитывать лишь немногие и, в первую очередь, те, кто осведомлен о возможности такого курса.

Согласно опросам молодых спортсменов, посещающих один из престижных спортивных залов Санкт-Петербурга, где тренируются атлеты, представители силовых видов спорта, большинство из них не имеют информации, где, каким образом и с какой периодичностью можно и нужно получать курсы медицинской реабилитации, профилактические медицинские мероприятия, консультации по правильному питанию и образу жизни при больших физических нагрузках, а также куда обращаться при наличии нарушений здоровья, полученных в результате спортивных занятий.

Типичным примером такого нарушения здоровья являются межпозвоночные грыжи, ранние артрозы суставов

у достаточно молодых людей, миалгии и мышечные спазмы, а также заболевания печени, поджелудочной железы, почек в результате экстремального спортивного питания, неврологические заболевания, болезни сердечнососудистой системы, в частности, гипертоническая болезнь, миокардиодистрофия и т.д. — в результате непомерно больших физических нагрузок на фоне витаминно-минеральной недостаточности. Проще говоря, чтобы после периода активного занятия спортом человек не провел всю оставшуюся жизнь инвалидом, необходима мощная и реально работающая система медицинской реабилитации спортсменов.

Следует заметить, что если даже спортсмен все-таки получает возможность пройти курс реабилитации в диспансере, то, в основном, это будут процедуры массажа, ЛФК и ФТЛ. К сожалению, в нашей стране, обладающей огромными природными богатствами, в т.ч. природными оздоровительными факторами, большая часть оздоровительных и реабилитационных мероприятий состоит из факторов искусственных: электротерапии, магнитотерапии, ультразвуковых методик и т.д. Даже соляные пещеры у нас только искусственные. Но это лучше, чем ничего...

Не удивительно, что в этих условиях наши спортивные команды и большинство ведущих спортсменов устремляются в другие страны именно за медицинской реабилитацией и оздоровлением. Наши опросы, даже очень поверхностные, показали, что популярностью у наших спортсменов пользуются такие страны, как Болгария, Чехия, а совсем недавно на одном из первых мест стояла и Турция...

Специалисты нашего Общества «Международное медицинское сотрудничество» давно заинтересовались данной темой. Изучая зарубежные курорты, прежде всего, курорты Венгрии, которые мы считаем достойным примером хорошо отлаженной системы санаторно-курортной помощи, мы увидели, что на многих венгерских курортах предлагаются эффективные программы реабилитации спортсменов.

Венгрия обладает тем природным богатством, которым не обладает более ни одна страна в мире, и это, прежде всего, огромные подземные запасы термальных и минеральных вод, которые умело используются венгерской медициной для лечения многих недугов — от сложной



ОТКРОЙТЕ ДЛЯ СЕБЯ СПА ПРОЦЕДУРЫ В ОТЕЛЯХ ГРУППЫ «ДАНУБИУС»...

- Четырех- и пятизвездочные гостиницы с лечебно-оздоровительными, спа процедурами, велнес гостиницы: Будапешт (3), Хевиз (2), Шарвар и Бюкфюрдэ
- Профессиональные лечебные центры и опытные врачи, спа-специалисты, широкий спектр лечебно-оздоровительных процедур
- Восхитительный ассортимент расслабляющих спа процедур для снятия стресса, открытые и крытые плавательные бассейны, комплекс термальных купален, бассейны с аттракционами, сауны, парные, фитнес центры и салоны красоты



БУДАПЕШТ, СТОЛИЦА-СПА

Откройте для себя Будапешт, один из самых романтичных городов мира, «жемчужину Дуная». Выберите столицу-спа для городского отдыха и лечения, облегчающего боли и жалобы. Ошеломляющие 80 природных термальных источников, богатых минералами, бьют в Будапеште и вокруг него и питают дюжину купален.

ХЕВИЗ, СИЛА ПРИРОДЫ

Хевиз – всемирно известный курортный город недалеко от озера Балатон (являющегося самым большим внутренним озером в Европе). Озеро Хевиз со своей водной поверхностью 4,5 га – второе самое большое натуральное термальное озеро в мире и самое большое из тех, которые подходят для купания. Горячие источники, питающие озеро, богаты серой, радоном и лечебными минеральными веществами, а грязь, извлечённая со дна озера, применяется для лечебных и велнес аппликаций и других омолаживающих процедур.

ШАРВАР, 'ROYAL SPA OF EUROPE'

Очаровательный небольшой город в западной Венгрии, предлагающий нетронутую природу и возбуждающие термальные источники.

БЮКФЮРДЁ, ДЛЯ СПА И СПОРТА!

Наблюдай закат солнца издалека над склонами альпийского предгорья. Этот спа находится всего в 50 км от австрийской границы, на пути к Вене!



Тел.: +7 (495) 981 5188

Электронный адрес: moscow@danubiushotels.com

www.danubiushotels.ru



патологии опорно-двигательного аппарата до аллергических и эндокринных заболеваний. Все зависит от химического состава лечебной воды. Наличие тех или иных минералов придают венгерской воде новые качества. Причем, вода используется как для лечебного купания, так и для лечебных питьевых курсов.

Кроме лечебных вод, в Венгрии добывается уникальная лечебная грязь — со дна термального озера Хевиз, единственного в мире, доступного для круглогодичного купания. Эта грязь развозится по всем курортам страны, смешивается там с местной лечебной водой, в результате чего образуется новый лечебный продукт, имеющий свои показания к применению.

Также закономерно, что в стране термальных источников есть целые системы карстовых пещер, некоторые из них имеют статус лечебных, где успешно справляются с тяжелыми бронхолегочными и аллергическими заболеваниями, нервными болезнями и т. д.

Наконец, страна, география которой связана с территорией бывшей вулканической деятельности, обладает природными мофетами — сухими углекислыми ваннами, что является редкостью даже для стран с развитой санаторно-курортной системой.

Но мало иметь такие природные богатства, важно ими мудро управлять с тем, чтобы сделать доступными для как можно большего числа нуждающихся в санаторно-курортном лечении людей. Венгрия в этом преуспела. Самая распространенная врачебная специальность в Венгрии — реабилитолог, в то время как в нашей стране эта специальность пока еще относится к числу экзотических. И пока это так, наша санаторно-курортная система будет отставать от европейской...

В Венгрии немного санаториев в том понимании, как мы это представляем, но в этой стране развита сеть лечебных гостиниц, при которых работают на полную мощность хорошо оснащенные медицинские, а по сути, реабилитационные центры. И эти лечебные гостиницы успешно играют роль полноценных санаторно-курортных учреждений, обслуживающих большое количество пациентов на потоке.

Именно в таких лечебных гостиницах мы познакомились с программами реабилитации спортсменов. В этих программах широко используются не только физические искусственные факторы, как это принято в наших отечественных спортивных диспансерах, скорее, там они имеют вспомогательное значение, но в программах реабилитации спортсменов используются по большей части природные оздоровительные факторы: термальные бассейны, аппликации лечебной грязи, мофеты, питьевые курсы лечебных минеральных вод и ванны с минеральной водой, а также специальное питание с использованием натуральных продуктов, учитывая, что Венгрия — аграрная страна и кормит собственными натуральными продуктами не только свой народ, но и многих соседей.

Одним из ярких примеров такой хорошо налаженной и эффективной системы спортивной реабилитации является программа в медицинском отделении, объединяющем два прекрасных лечебных отеля на таком же прекрасном острове Маргит в самом центре Будапешта посреди Дуная.

Остров Маргит (Margitsziget) сам по себе является отдельной достопримечательностью Будапешта. Длина

острова — 2,5 км, ширина — 0,5 км, площадь — 80 га. На острове нет жилых домов и административных зданий, строительство там запрещено, остров является Национальным парком. Ранее, в средние века, он назывался Заячьим островом, был сплошь покрыт густым лесом. Здесь в 13 веке несколько лет своей жизни провела дочь венгерского короля Бела IV — Маргарита (Маргит), ее именем и зовется этот остров в наши дни.

История Маргит является свидетельством величайшей верности своему слову ее отца — короля, а также огромной трагедией молодой девушки, лишенной права на нормальную жизнь. Во время монгольского нашествия король Бела IV дал обет, что, если ему удастся защитить город, то его единственная дочь поселится в монастыре на острове посреди Дуная и не будет иметь возможности его покинуть. Венгерские воины победили, и королю ничего не оставалось, как выполнить данное обещание. Несчастливая Маргит прожила на острове несколько лет и умерла в 19-летнем возрасте, не нарушив данное отцом обещание. Принцесса Маргит возведена в ранг святой и очень почитается в Венгрии.

На острове сохранился ценный памятник архитектуры — руины женского доминиканского монастыря 13 века. Мраморная плита в нефе монастырской церкви покрывает могилу принцессы Маргит. Недалеко от руин монастыря стоит средневековая часовня. В ее башне висит самый старый из сохранившихся колоколов Венгрии, отлитый еще в 15 веке. Его повесили вновь, когда в полной сохранности нашли под корнями старого дерева, вывернутого бурей. На аллее, окружающей часовню, установлены статуи выдающихся деятелей венгерской культуры. Недалеко от входа на остров со стороны моста Маргит находится очень красивый фонтан и памятник работы Иштвана Кишша, который установлен в честь столетия объединения Буда и Пешта.

В 20 веке на острове были обнаружены целебные источники, в результате остров Маргит превратился в место отдыха и лечения. В настоящее время на острове функционируют две гостиницы Danubius Health Spa Resort Margitsziget**** Superior и Danubius Grand Hotel Margitsziget**** Superior, объединенные одной веллнесс-зоной и медицинским отделением, где используется целебная вода из источников. Оба отеля, принадлежащие к известной сети Данубиус, имеют статус лечебных гостиниц, поскольку оснащены современным медицинским центром, где квалифицированные врачи-специалисты — реабилитологи и терапевты, полагаясь на десятилетние традиции и отвечая самым современным профессиональным стандартам, проводят лечебные программы, основанные на особенностях местных природных ресурсов, таких как термальная целебная вода, питьевая минеральная вода, лечебные грязи и природные газы.

Лечебные программы острова Маргит направлены, в основном, на лечение и реабилитацию пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (для этой цели есть все необходимое вплоть до подводного вытяжения по Моллу), с ревматизмом, с кожными болезнями (местная вода оказывает благотворное воздействие на состояние кожи), с обменными нарушениями (особенно популярны программы по снижению избыточной массы тела), гинекологическими заболеваниями, а также заболе-

ваниями нервной системы. В такое красивое, тихое, спокойное и уютное место рекомендуется приезжать на отдых всем, кто устает от офисной работы, кто испытывает постоянное напряжение, состояние хронической усталости и т.д. Здесь созданы все условия для отдыха с детьми, а также для отдыха и реабилитации спортсменов.

Упомянутая выше методика подводного вытяжения, автором которой является хевизский врач Dr. Moll, активно применяется на многих курортах Венгрии при различных заболеваниях опорно-двигательного аппарата, в частности, в комплексном лечении межпозвоноковых грыж, в реабилитации после травм, в т.ч. спортивных, а также в послеоперационной реабилитации. Методика имеет многолетний опыт успешного применения и доказала свою высокую эффективность.

На острове Маргит также много спортивных сооружений: большой стадион, Национальный спортивный бассейн, теннисные корты, специально оборудованные беговые дорожки, окружающие весь остров, велосипедные трассы и, наконец, пляж-купальня Палатинус. Пляж имеет несколько бассейнов — плавательный, традиционный, бассейн «с незабываемыми переживаниями», где есть фонтаны, специальные спуски-коридоры, массаж водяными струями и т.д. В бассейны поступает термальная вода из источника острова Маргит. Вода содержит карбонаты кальция, магния, натрия, сульфиды, флюориты, кремниевую кислоту, а также свободный углекислый газ. Поэтому вода немного «газированная». Та же самая вода использу-

ется для купания и питьевых курсов в лечебных гостиницах сети Данубиус, расположенных на этом острове.

Возможность совмещать курсы медицинской реабилитации со спортивными занятиями делает пребывание спортсменов на острове Маргит полноценным во всех отношениях, чтобы сохранялась спортивная форма, и восстанавливалось при этом здоровье.

Стоит отметить, что при высоком уровне медицинских услуг в лечебных гостиницах на острове Маргит отмечается и высокий уровень сервиса. Отдыхать и восстанавливать здоровье в таких условиях доставляет удовольствие любому человеку.

Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА ставит одной из своих задач доведение до целевой аудитории полученной в рабочих поездках информации о лечебных программах на зарубежных курортах, в т.ч. о программах медицинской реабилитации спортсменов, а также занимается организацией поездок целевой аудитории на курорты с целью лечения и оздоровления. ☺

**Общество специалистов
«Международное медицинское сотрудничество»
при Издательском Доме СТЕЛЛА
Тел. +7-921-589-15-82,
e-mail: stella-mm@yandex.ru
www.stella.uspb.ru**

**Уважаемые коллеги!
При Издательском Доме СТЕЛЛА организовано
Общество специалистов:
«Международное медицинское сотрудничество»**

Основные направления работы:

- 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 и отечественной курортологии
- организация поездок врачей по обмену опытом с зарубежными коллегами
- организация международных конференций в России и за рубежом

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

Приглашаем к сотрудничеству врачей разных специальностей

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

www.stella.uspb.ru



Циглене Фаркаш Каталин / *Czigléné Farkas Katalin*,
Институт Гуманитарных Наук, ВУЗ имени Андраша Петё,
Будапешт, Венгрия,
Cziglene.Farkas.Katalin@peto.hu

РАЗВИТИЕ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ШКОЛЬНИКОВ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ КОНДУКТИВНОГО ВОСПИТАНИЯ МОНТЕССОРИ

Понятие «синтез движения» итальянская врач Мария Монтессори определила как единство целенаправленных движений и приведённых в определенный порядок отдельных частей движения. Она была убеждена, что ребёнок стремится к совершенствованию своих действий путем «анализа движения», так она это называла. В каждом целенаправленном движении создаётся единство ряда отдельных движений, которые имеют свою собственную цель. Для правильного осуществления полного действия надо сознательно отдельные движения делать друг за другом и связывать их между собою. Если мы не научим детей этому логическому порядку, может наступить сбой, и в результате потребуются дополнительная энергия. Движения потеряют свою гармонию и красоту.

В качестве примера приведем открытие и закрытие дверей. Отдельные части движения: идти к двери, поднимать руку, нажимать на ручку двери, потом поднимать ее вверх, открывать дверь. При закрытии двери — те же самые движения, но только в обратном порядке. Ежедневные действия и деление на части движения повышают интерес ребёнка и побуждают его к новым действиям. Действие становится с каждым разом все более совершенным (*A. Huber és C. D. Kaul, 1991*).

Деление движения на части, цитируя Монтессори, — «разделение» и совместное освоение в определенной последовательности отдельных движений. Итальянская врач определила развитие отдельных движений в ситуациях и пришла к выводу, что мотивация при правильной

установке может повышать интерес учеников. Мы строили экспериментальную практику кондуктивного воспитания Монтессори, опираясь на ситуативные положения и движения и в Школе для практики Высшего Института имени А. Петё.

Целью введения этой формы образования было то, чтобы создавать представление в мышлении наших студентов, как можно при помощи метода Монтессори обеспечить приобретение школьных знаний, развитие комплексной личности и движения. Игра связывалась с обучением движению, движение осуществлялось не непосредственно, а в рамках дидактической игры. И дети, естественно, осуществляли движения в игровых ситуациях. Причем, в игровых ситуациях принимали участие даже дети с ограничением речи, которые общались только жестами и мимикой.

Игра по педагогическим принципам Монтессори — это «дидактическое средство», а игровая ситуация обозначала «дидактическое окружение».

Целью практики было обеспечение такого педагогического окружения, которое явилось бы условием для применения метода Монтессори. Педагогическое окружение обозначали предметы, размещенные на открытых полках, на тех местах, которые ученики сами выбирали для игровой деятельности.

Другой целью практики было соблюдение трехступенного обучения в ходе применения предметов (ученик знакомился с предметом, упражнялся им несколько раз

на практике, а потом на уровне своих способностей мог применять его). Важным моментом был контроль времени.

Кондуктивные цели занятий были определены в планах занятий, которые готовили студенты. Планирование и осуществление кондуктивных целей были в гармонии с планированием и осуществлением практики Монтессори (например, самостоятельная ходьба, планирование пути каждого ребёнка к полке, где находился данный предмет). Студентам надо было, с одной стороны, разработать для каждого ученика индивидуальный план самостоятельной ходьбы и движений, с другой стороны, выбор места в положении сидя в соответствии со спецификой данной конкретной патологии, чтобы ребенок мог выполнять индивидуальные кондуктивные упражнения.

На основе так называемых ситуативных положений и движений мы строили экспериментальным путем практику кондуктивного воспитания Монтессори.

Руководили практикой руководитель данной группы, преподаватель кафедры кондуктивной педагогики, специалист по методике кафедры науки воспитания и ответственный кондуктолог данной кондуктивной группы детей. Практику осуществили студенты-кондуктологи третьего курса.

До начала практики первым этапом была профессиональная подготовка студентов с ориентацией в специальной литературе, а вторым этапом были посещения и пассивная практика в детском саду и в школе Монтессори.

В ходе посещений в школе студенты наблюдали, каким образом можно применять и встроить средства Монтессори в систему школьных предметов и в практику школьных уроков.

Занятия продолжались 60 минут, после занятий проводился детальный анализ занятий и оценка. После осеннего семестра планировали весенний семестр, то есть занятия школьников и подготовка студентов продолжались без перерыва. Практика кондуктивного воспитания Монтессори за три года продолжалась с участием двух кондуктивных студенческих групп и двух дисфункциональных групп детей. В ведение трехгодовой практики входила подготовка студентов, а также после выполнения практики — «постопека детей» со стороны студентов, ведение дневников наблюдений и даже возможность подготовки дипломных работ. Была и возможность проведения заключительного (экзаменационного) занятия Монтессори.

Так как экспериментальные занятия проходили в той же самой группе, где студенты проходили свою кондуктивную практику, для них не было трудностью назначение индивидуально планируемых для каждого ученика кондуктивных целей по Монтессори. Они хорошо знали детей. Основой планирования практики было представление нового манипулятивного средства, которое студенты — будущие кондуктологи сами приготовили.

Эти основополагающие средства были копиями тематических средств, которые подготовила Монтессори (тематические, связанные с родным языком, космические, развивающие ощущение, связанные с бытовой жизнью). Средства, приготовленные студентами, попали на полку, где было тематическое место данного средства (например, в средствах для ежедневной деятельности были модели для упражнения — застегивать пуговицы, что мы включаем в повседневный образ жизни).

Развивали функции, чтобы средство попало на своё место, чтобы дети умели в соответствии с принципом «порядка» Монтессори, самостоятельно двигаясь к полке, положить средства обратно на свое постоянное место.

Занятия осуществлялись в рамках внешкольных занятий.

Занятие организовывал и руководил им подготовленный студент и его помощник. Дети с тяжелыми нарушениями требовали дополнительной помощи для достижения кондуктивных целей. Занятия обычно начинались в кругу, сидя на ковре, с обсуждения индивидуальных кондуктивных целей.

После этого разговора проводилось так называемое упражнение «для тишины». В ходе этого упражнения передавали по кругу интересный предмет, который был связан с этим разговором или предстоящей игрой. Целью было упражнение получения и передачи данного предмета.

После упражнения «для тишины» следовало представление нового средства. Представляли игрушку (средство), как ее надо взять, составить, строить, и как дети могут проверить результат своей деятельности. Потом следовал процесс свободного выбора игры. Были дети, которые оставались сидеть на ковре с новой игрушкой, и были дети, которые в соответствии с упражнением кондуктивной ходьбы отправились к полке выбирать игрушку.

Движение развивало элементы осознания (ощущения) учеников в пространстве:

- размещение в пространстве за столом, на ковре;
- направление их движений (вперёд, налево, направо);
- путь осуществления движения (прямо к полке).

Развитие большой и мелкой моторики учеников проявилось и в их связи с предметами и средствами. Для наших школьников характерно было размещение предметов — под, над, через, близко, далеко, впереди, сзади и манипулятивная деятельность с ними.

У детей с выраженной дисфункцией движение не было простым делом, каждому нужно было соответствующее вспомогательное средство и оказание помощи, поэтому в этой части занятий требовалась дополнительная помощь. Руководитель занятия должен был планировать способы ходьбы и оказания помощи в соответствии с кондуктивной программой. При выборе игры дети могли взять с собой что-то для дополнительной помощи, куда могли положить выбранное средство или в руках несли его на место игры. Во время занятий дети сидели за столом или лежали на животе на ковре, сидели прямо или «по-турецки», как позволяло им их состояние. Продолжительность игры с учётом выполнения упражнений для движения составляла 60 минут. После свободной игры дети относили игрушки обратно на полки, где их взяли.

В числе позитивных результатов методики надо отметить, что, несмотря на напряжённый темп режима дня, следующие обучающие занятия тоже мотивировали детей.

Студенты заполняли анкеты о наблюдениях за детьми. Вопросы анкеты касались того, что они наблюдали в ходе игры детей, отмечали их реакции, эмоциональные проявления, их связи с товарищами, продолжительность игры и т.д., которые осуществлялись функциональными и кондуктивными элементами движения.

Примеры см. в таб. 1.



Таблица 1

Характерные черты игровой деятельности

Характерные черты	а) мотивирован, стремится к позитивному решению		б) отсутствие мотивировки		с) углубленная деятельность		д) не занимает игра		е) упорно в игровой деятельности		ф) нетерпеливый	
	да	%	да	%	да	%	да	%	да	%	да	%
Группа Монтессори (7 ч)	40	71,4	1	1,8	18	32,1	2	3,6	21	37,5	1	1,8
Контрольная гр. (10 чел)	23	32,9	9	12,9	20	28,6	11	15,7	29	41,4	5	7,1
итого:	52,15%		7,35%		30,35%		9,65%		39,45%		4,45%	

По моему опыту, дети, входящие в группу Монтессори, прежде всего, были мотивированы манипулятивной игровой деятельностью в виде упражнений с данным средством. Их вполне занимала игра.

Особенности внимания хорошо наблюдаются у детей в игровой ситуации.

Для группы Монтессори характерно сосредоточение внимания (76,8%), в контрольной группе этот показатель составил только 34,3%. Для креативности детей было характерно, что некоторые выбрали вместо правильного отличное решение. Под правильным решением понимается в этом случае классическая манипуляция, как описано в применении средств у Монтессори. В группе Монтессори можем наблюдать, что креативность не осуществилась в 20% случаев. Это, вероятно, связано с тем, что из трех этапов обучения Монтессори (узнавание, упражнение и применение на уровне способностей) дети довольно долго находились в периоде упражнения или применения на уровне способностей и в данной фазе тратили много времени. То есть креативные решения остались в тени из-за упражнения применения способностей.

С точки зрения методов социального обучения для детей группы Монтессори характерна эмпатия (способность интуиции) (50%). В этом отношении для детей контрольной группы характерно, скорее, подражание, так как дети этой группы средствами Монтессори играли спонтанно, а не следуя дидактическим шагам Монтессори.

В обеих группах из интеллектуальных характеристик отмечалось любопытство.

У детей группы Монтессори на важном месте — внимательность (46,4%). Неожиданный результат обследования — низкие показатели сочувствия и моральных эмоций, причину чего раскрыть еще предстоит следующими исследованиями.

Для спонтанных эмоциональных проявлений детей характерны были уравновешенность и свободные, жизнерадостные эмоции. В группе Монтессори показатель спонтанных эмоций выше (55,4%).

Дети, входящие в группу Монтессори, не прекращали игру даже в случае задержки игры и самостоятельно продолжали игровую деятельность.

Таблица 2

Характерные черты внимания и креативности

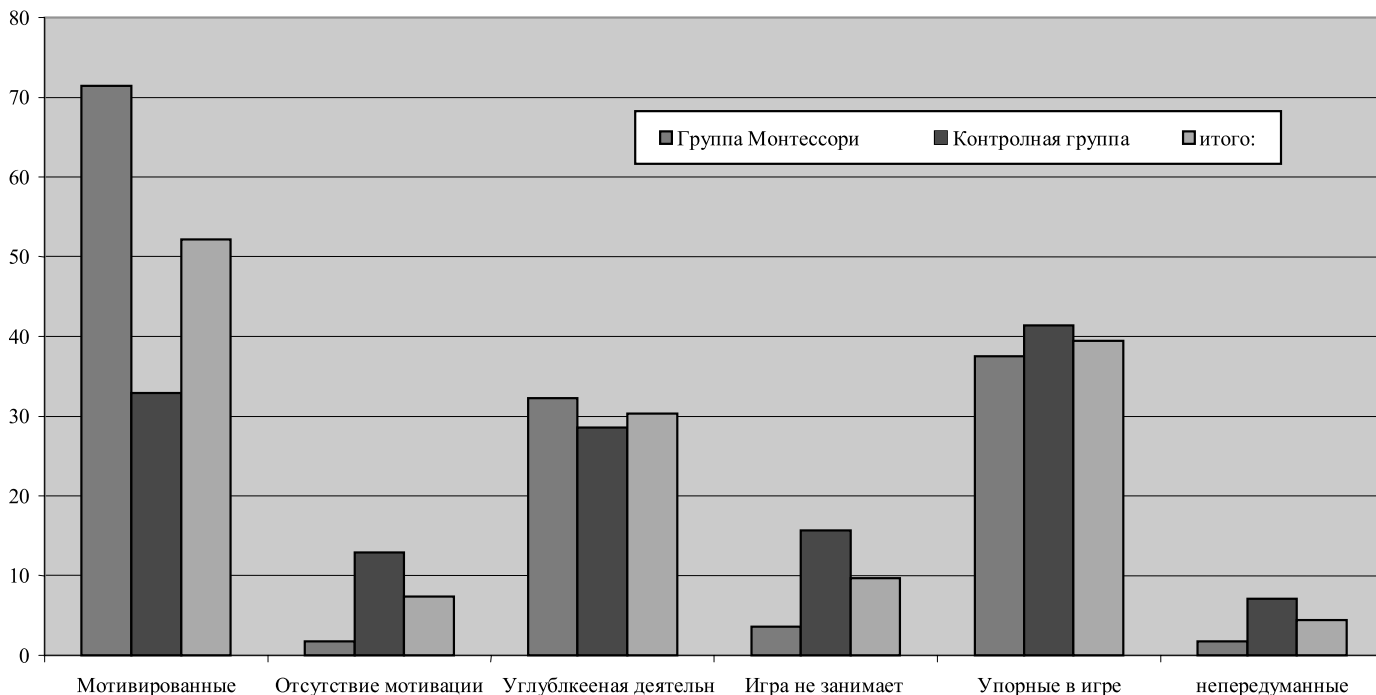
Характерные черты	Внимание				Креативность					
	а) рассеянное		б) сосредоточенное		а) решение самостоятельно		б) решение с помощью		с) не осуществляется	
	да	%	да	%	да	%	да	%	да	%
Группа Монтессори (7 ч)	12	21,4	43	76,8	22	39,3	23	41,1	11	20
Контрольная группа (10 ч)	32	45,7	38	34,3	28	40	34	48,6	9	13
итого:	33,55%		55,55%		39,65%		44,85%		16,25%	

Таблица 3

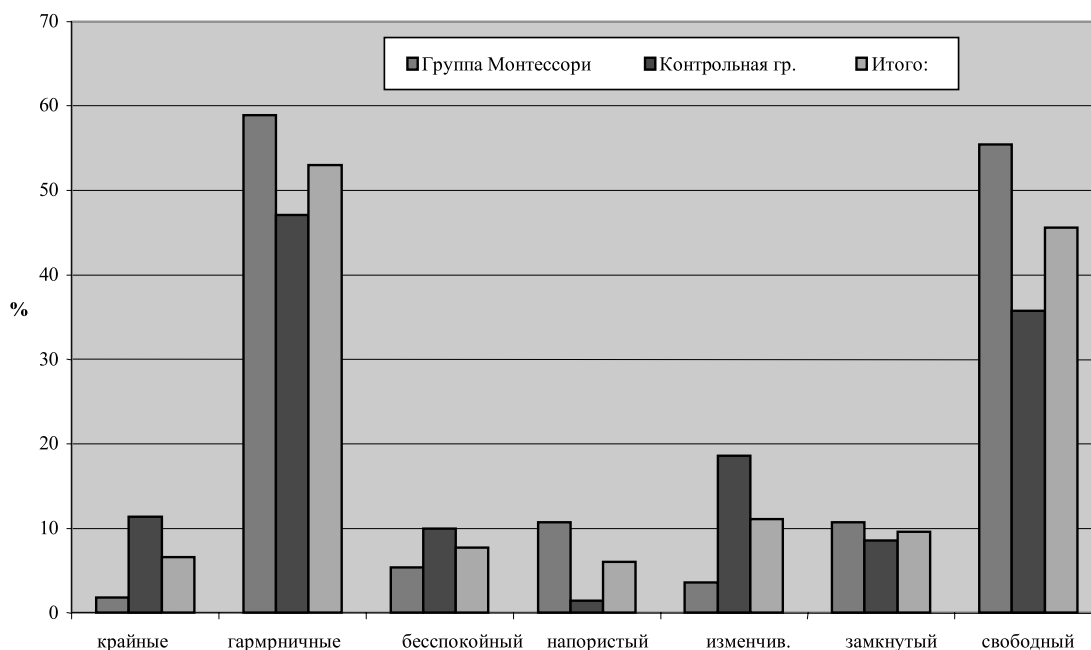
Способы социального обучения

Характерные черты	а) Подражание		б) Эмпатия		с) Отождествление	
	да	%	да	%	да	%
Группа Монтессори	17	30,4	28	50	16	28,6
Контрольная группа	33	47,1	25	35,7	13	18,6
итого:	38,75%		25,18%		23,60%	

Характерные черты игровой деятельности



Характерные черты спонтанных эмоций



Для создания места игры для каждого ребенка важнее всего была удобная доступность, в связи с тем, что это дети с нарушениями движения, и для них очень важно создание подходящего положения тела, которого требует состояние их движения.

В ходе самоконтроля формирование целенаправленности есть важная задача дальнейшего развития.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ловкость обозначала в упражнениях воспитания Монтессори для детей их естественную деятельность в виде специальных жестов и кондуктивных движений. На языке педагогики это — манипулятивная деятельность. Точное

осуществление упражнения обозначало осуществление деятельности присоединения к естественным движениям и элементам кондуктивно-развивающего движения.

К примеру, переливание жидкости хорошо показывает те элементы, которые в ходе деятельности происходят (сгибание запястья, захват ложки и т.д.). С освоением присоединённого элемента движения в ходе процесса обучения Монтессори ребенок прошел путь от ознакомления через упражнение до применения на уровне способностей. Как писала Монтессори, ребенок «управляет средством»).

Развитие ловкости должно обосновываться на естественной способности движения или, по-другому говоря, на развитии фундаментальных основополагающих спо-



способностей. (Gallahue D.L. — Ozmeen, I.C. — Goodway, I.O., 2012).

На практике на основе учений Монтессори в ходе стремления учеников к приобретению способностей и функций чувствовались нужда к естественному движению и стремление к нему. У наблюдаемых детей в ходе осуществления упражнений и координации их деятельности (ментальный план) необходимо было постоянное когнитивное присутствие.

Общими запланированными целями кондуктивного обучения и воспитания были: повышение внимания и стремления к точному и все более самостоятельному осуществлению упражнений и к непрерывному самоконтролю, развитие координации глаз, рук и ног, точное осуществление изменения места и положения, стремление к созиданию и сохранению ортофункциональных ситуаций, предотвращение болезненных совместных движений.

Индивидуальные частичные цели (например):

1. Ученик: поднятие головы, активное применение обеих рук, повышение стабильности сидения, созидание контакта глаз.

2. Увеличение сосредоточения, поднятие головы и сидение с выпрямленной спиной, включение в деятельность и левой руки.

3. Сохранение положения головы посередине, обучение самостоятельному сидению на стуле со ступеньками.

4. Нагрузка на внешней стороне стопы, сохранение положения стоп внизу.

Монтессори была одой из тех «педагогов-реформаторов», которые осознали, что движение играет очень важную роль в развитии личности детей. Цитируем её: «Движение — очень важная жизненная деятельность. Надо помогать ребёнку, чтобы он использовал свои возможности все разумнее и полезнее для своего развития».

Монтессори тесно связывала физическое развитие детей с практической деятельностью.

Монтессори и А.Петё: оба специалиста стремились к развитию комплексной личности и указали альтернативный путь для детей, нуждающихся в специальном развитии.

А.Петё писал: «Кондуктолог должен ясно видеть, что в кондуктивной педагогике движения через ортомоторную кондукцию, зрение, слух, речь, обучение, ма-

нипуляция, самообслуживание, вегетативные процессы, условные рефлексы, связь с окружением — образуют единство с намеренным движением». (Доклады А.Петё, 1962). ☉

ЛИТЕРАТУРА

1. Gallahue, D.L. — Ozmun, J.C. — Goodway, J.D. (2012): *Understanding motor development: Infants, children, adolescents, adults*. (7th ed.) McGraw-Hill, New York.

2. Graham, G.M. — Holt/Hale, S.A. — Parker, M.A. (2010): *Children Moving: A Reflective Approach to Teaching Physical Education*. McGraw-Hill, New York, 2010.

3. Mária Montessori (2002): *A gyermek felfedezése*. (Открытие ребёнка) A Harder Kiadó 1995-ös kiadása alapján készült. Cartaphilus Kiadó, Budapest, ISBN 963-9303437, 10-12.

4. Marton DévényÉ., Szerdahelyi M., Tóth G., Keresztes K. (1999): *Alapozó terápia. Fejlesztő Pedagógia*, 1. Különszám, 82-83. (Обосновывающая терапия, Развивающая педагогика).

5. Montessori workshop. *Alapelvek, szemlélet*. (Основные принципы, приближения) Összeállította: Annebeate Huber és Claus Dieter Kaul. Bécsi Pedagógiai Akadémia. 1993. *A mindennapi élet gyakorlatai fejezet*, 5-62. (Практика в повседневной жизни).

6. Pető András előadásai és gyakorlati bemutatói alapján. *Bevezető a konduktív mozgáspedagógiába (kézirat)* Tankönyvkiadó, Budapest, 1962. (Доклады и демонстрации в практике А.Петё. Введение в кондуктивную педагогику движения).

7. Porkolábné B.K. (1987): *Készségfejlesztő eljárások tanulási zavarral küzdő kisiskolásoknak. Iskolapszichológia Módszertani füzetek 4.sz.* ELTE, Budapest (Способы развития детей с нарушением процесса учения).

8. Porkolábné B.K. (1995): *Mozgás — Testkép — Énkép: mozgásfejlesztés és értelmi fejlődés összefüggései. Fejlesztő Pedagógia 2-3. sz.* (Движение — Карта тела — Представление о себе. Связи развития движения и умственного развития).

НОВОСТИ

Кондуктивная педагогика — это система реабилитации детей, страдающих двигательными нарушениями, в частности, ДЦП. Автор метода — венгерский педагог и врач Андраш Петё, профессор кафедры двигательной терапии Медицинского университета — обладал большими знаниями в области ортопедии, психоневрологии и реабилитации. Он пришел к выводу, что нарушение двигательных функций у детей требует не только медицинской, но и педагогической коррекции. Ребенка можно обучить движению — таков постулат кондуктивной педагогики. Комплексный и индивидуальный подход к ребенку, развитие его способностей, формирование личностных качеств и социальных навыков — основные цели кондуктивной педагогики. А.Петё считал, что нарушения в работе опорно-двигательной системы являются нарушениями познавательных способностей, что отрицательно сказывается на двигательных навыках человека. С другой стороны, стимуляция слабо развитых рефлексов помогает восстановить утраченные моторные функции. Поскольку нервная система ребенка является довольно пластичной, при выполнении определенных упражнений происходит формирование двигательного стереотипа, который впоследствии закрепляется в сознании человека. Чем раньше будет начата коррекция, тем более успешными окажутся результаты. Созданный в Будапеште институт им А.Петё уже несколько десятков лет принимает детей и взрослых с различными двигательными дисфункциями: ДЦП; задержкой моторного и психического развития; последствиями инсульта и травмы мозга; болезнью Паркинсона; множественным склерозом. Доказательством эффективности системы является заметное улучшение двигательных функций уже после 1,5-2 месяцев обучения. Более половины детей при рано начатой реабилитации интегрируются в обычную среду. (<http://dcpmata.ru/>)

Справку по тел: +7-921-589-15-82, e-mail: stella-mm@yandex.ru



Хенриетт Пинтер (Henriett Pinter),
Францишка Гал (Franciska Gál),
преподаватели ВУЗ-а имени Андраша Петё, Будапешт, Венгрия

УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ СПОСОБНОСТИ СОЧИНЕНИЯ ПИСЬМЕННОГО ТЕКСТА УЧЕНИКОВ ВОСЬМОГО КЛАССА С ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

ВВЕДЕНИЕ

В статье представляем уровень развития способности сочинения учеников восьмого класса (в Венгрии восьмилетняя общеобразовательная школа) на основе поперечно-секционного (cross-sectional study) исследования. Цель работы — оценить уровень письменного сочинения восьмиклассников школы Института Петё, насколько они способны выразить свои мысли письменно в данной теме. В ходе работы предполагали получить ответ на ниже перечисленные следующие вопросы:

После подготовительной беседы на каком уровне осуществляется описание данной темы в письменной форме?

Подходит ли уровень письменного текста минимальным требованиям, которые определены в национальном общеобразовательном плане (в дальнейшем НОП).

Оказывается, есть значительная разница между устным и письменным оформлением текста, но это факт, и потому не является предметом данного исследования. Ученики способны развернуть тему устно, то есть этот разговор есть какая-то подготовка к письменному сочинению.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ

Педагогическое исследование основано на нескольких причинах. С одной стороны, нет венгерских данных по исследованию способности к сочинению учеников с нарушением движения, а, с другой стороны, восьмиклассники школы Института Петё должны выучить и усвоить определённые отрасли образования в программе НОП, а именно, необходимые знания на родном языке (понимание текста, создание текста, знание родного языка), параллельно с учениками общеобразовательных школ (mainstream schools). И затем желающие поступать в среднюю школу ученики с нарушением движения должны написать тот же самый центральный письменный экзамен, как и вполне здоровые дети. В ходе экзамена надо писать три сочинения, и поэтому особенно важно развитие способности сочинения в высших классах общеобразовательной школы. Международные исследования, связанные с учениками с нарушением движения (Graham és Karen, 2005) выявляют проблему, что физические нарушения (physical

impairments) и трудности речи ограничивают эффективность обучения и в устной, и в письменной форме выражения (Mike, 1995). Именно поэтому нужны и другие формы, методики для эффективного развития способностей (Van Tubbergen, Omichinsky, Warschausky, 2007). Из учеников, которые принимали участие в исследовании, шестеро собираются продолжать учебу в средней школе, специализированной на вычислительной технике, шестеро собираются в профессиональную среднюю школу, дальнейшее обучение одного ученика пока в проекте.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Образец

Осмотр был осуществлен в рамках двух учебных уроков учеников-восьмиклассников с ДЦП. 13 учеников по-разному приготовили сочинения из-за сложной патологии: рукописью — 8 детей, на компьютере — четверо, диктантом — один ребенок (по причине двигательных нарушений он не может писать).

МЕТОДЫ И СРЕДСТВА

Сначала мы согласовали тематику сочинения с педагогом — кондуктологом со специальностью образования «венгерский язык». В данном случае выбрали такую тему, о которой с удовольствием писали бы ученики, это дает им равенство шансов. На первом уроке мы разговаривали с учениками об этой теме и так подготавливали их к письменной работе. Это служило цели, чтобы мысли и представления в этой теме стали легче оформляться словами и предложениями. Ученики приготовили сочинения на втором уроке. Ситуация была следующая:

Предполагаем, тебе надо принимать участие на таком мероприятии, где есть дети и вполне здоровые, и дети с двигательными нарушениями. Вполне здоровые дети до этого ещё не были на таком мероприятии, где присутствовали и дети с нарушением движения.

Заглавие мероприятия: «Равенство шансов в школе».

Приготовь сочинение о том, что это значит для тебя, напиши, как ты встречаешься с этой проблемой в будни в своей школе, как и в чём надо тебе измениться. чтобы



вполне здоровые дети приняли действительно тебя таким, какой ты есть, и есть ли такие возможности у тебя, с которыми ты почувствуешь, что тебя принимают.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ

Тексты были осмотрены в двух проекциях:

1) Уровень раскрытия данной темы и 2) развитие сочинения текста согласно минимальным требованиям НОП.

Квантитативный анализ мы делали по уровню развернутости темы, следуя проявлению в работах логики: релевантность (связь заглавия и темы), введение-заклучение, ход мышления (логическое раскрытие темы), проявление в работах личного мнения.

В результате квантитативного анализа мы пришли к выводу, что было очевидно: в представленных текстах логический ход мышления и личное мнение вполне присутствовали, в результате мы пришли к выводу, что дети способны писать о целях назначенной темы. Личный тон исходит из сильной мотивации понятия приятия, в отличие от других детей, и лично касается учеников с двигательными нарушениями, которым часто надо бороться с этими социальными проблемами.

Введение не каждый считает обязательной частью сочинения, и даже заключение не у каждого является частью сочинения. В раскрытии темы ход мышления прогрессивно и непрерывно проявляется в текстах. В работах большинства учеников предложения не всегда завершённые и не всегда связываются друг с другом. У большинства учеников очевидно стремление к полноте изложения темы, хотя мысли не вполне завершённые.

В отношении уровня развития сочинения текста и минимальных требований НОП делали следующий анализ (подходящее сочинение текста заглавию, теме и содержанию): чёткость выражения в языке, ясное составление текста и стиль.

Чёткости, понятного использования выражений каждому не хватало. Часто мешает личный тон с объективным, так, часто трудно следить по ходу текста, например: „*Для меня это обозначает, что для людей мы непонятны*». (Вопрос: Кто это мы? Без предшествующего предложения введения.)

В отношении структурных частей сочинения оказалось следующее. Если бы были такие, которые следовали бы тройному единству введения-развёртывания-заключения. Сама тема, над которой надо было работать имела мотивирующую силу, так об этом ученики могли писать в достаточном объеме. Структурные части текста у некоторых учеников хорошо выделяются, особенно в тех случаях, в которых они поддерживают тему конкретными событиями. Иногда даже проявляется совершенно глубокий детальный ход мышления. Например: «*Одному моему знакомому в финансовом отношении плохо. Можно сказать, они очень бедные. Он не может обеспечить себе причёску и одежду по моде. Он не мог гулять и ходить по торговым центрам. Поэтому над ним издевались, его исключили из коллектива и даже ему говорили некрасивые слова...*» Ученик хотел показать личное мнение и это при помощи союзов правильно решает.

В отношении стиля характерны полные сильные эмоций слова, часто повторяющиеся слова и бедный запас слов.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ

В ходе осмотра с двух позиций исследовали учеников-восьмиклассников школы Института Петё, с позиции уровня развития письменного сочинения текста (writing composition): проявления в мышлении логики и в отношении к минимальным требованиям уровня НОП. Учитывая небольшое число образцов, достойны внимания логические черты построения сочинений, успешное соответствие минимальным требованиям НОП.

Итоги исследования следующие:

Две трети учеников-восьмиклассников школы Института Петё способны написать сочинение, соответствующее требованиям письменного текста, даже в сочинениях есть и логические черты. Одна треть учеников очень трудно выражает себя письменно, и в некоторых случаях очень трудно следить за ходом мышления. Недостатки проявляются, прежде всего, в бедном запасе слов и в выражении чётких мыслей.

Уровень развития письменного сочинения текста мало подходит минимальным требованиям НОП. Недостатки проявляются, скорее всего, в соблюдении содержания (в открытии мыслей, в их развитии) и в соблюдении структурного единства.

Мы можем предлагать специалистам школы регулярно встраивать в программу уроков венгерского языка и литературы упражнения маленьких элементов сочинения письменного текста в течение пяти минут.

Сочинения отражают и незрелость, которая исходит от незрелости когнитивных функций, которые не были развиты подходящим образом ранее, например, незрелости длительной (longtime memory) и кратковременной памяти (working memory), которые можно развивать этими пятиминутными упражнениями в сочинении.

И еще, к сожалению, нет согласования между числом уроков, которое регламентируется Национальным Законом Всеобщего Воспитания, и количеством учебного материала, которое определено в НОП. И эти факторы отодвигают на задний план развитие способностей сочинения письменного текста. ☹

ЛИТЕРАТУРА

1. Erickson, K. A., Koppenhaver, D. A., Yoder, D. E., and Nance, J. (1997): Integrated Communication and Literacy Instruction for a Child with Multiple Disabilities. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities 12. Issue 3 142–150.
2. Graham, S. and Karen (2005): Writing better: effective strategies for teaching students with learning difficulties. Brookes Publishing Company
3. Mike, D., G. (1995): Literacy and cerebral palsy: factors influencing literacy learning in a self-contained setting. Journal of Literacy Research, Volume 27. Issue 4 December 627–642. Writing better: effective strategies for teaching students with learning difficulties.
4. Van Tubbergen, Marie; Omichinski, Donna; Warschusky, Seth (2007): How Children with Severe Disabilities Make Choices of Preference and Knowledge. Exceptional Parent, v37 n5 p36–38



От Редакции: Вот уже десятый год в нашем журнале публикуется не совсем обычная для научно-практического издания информация о народных целителях, которых мы считаем незаслуженно не признанной до сих пор важнейшей составляющей народной медицины, благодаря которой человечество выживало тысячелетиями. Не все, что мы публикуем, может быть научно доказано сегодня. Пока не может. Но в будущем наверняка под эти знания будет подведена научная основа. Впрочем, как это случалось во все времена, если пересмотреть историю развития любой науки...



Мамаева М. А.,
кандидат мед. наук, директор Издательского Дома СТЕЛЛА,
Санкт-Петербург

НАРОДНЫЕ ЦЕЛИТЕЛИ И РЕФЛЕКС СЕММЕЛЬВЕЙСА

*«Наши представления о физической реальности никогда не могут быть окончательными. Мы всегда должны быть готовы изменить эти представления»
А. Эйнштейн*

В феврале 2016 года мы впервые побывали в Будапештском медицинском университете Семмельвейса, который славится своими многолетними традициями в науке и клинической медицине. Конечно, нас заинтересовало, почему Университет носит имя Семмельвейса. История оказалась очень яркой и поучительной.

Игнац Филипп Семмельвейс (венг. Semmelweis Ignác Fülöp) (1818–1865) — венгерский врач-акушер, профессор Будапештского университета с 1855 г., один из основоположников асептики.

Примерно до середины XIX века в акушерских клиниках Европы свирепствовала родильная лихорадка (сепсис). В некоторые годы она уносила до 30% и более жизней женщин, рожавших в этих клиниках. Женщины предпочитали рожать на дому, на улицах, лишь бы не попасть в больницу, а попадая туда, прощались с родными так, будто шли на верную смерть. Считалось, что родильная лихорадка носит эпидемический характер. Вскрытия всегда показывали одну и ту же картину: смерть произошла от заражения крови...

В 1847 г., когда Семмельвейс работал в Вене в родильном доме, пытаясь понять причины послеродовой горячки у многих рожениц и, в частности, того факта, что смертность при родах в больнице намного превосходила смертность при родах на дому и достигала 50%,

доктор предположил, что инфекция заносится из инфекционного и патологоанатомического отделений больницы. В те времена врачи много практиковали в прозекторской и принимать роды часто прибегали прямо оттуда. Семмельвейс обязал персонал больницы перед манипуляциями с беременными и роженицами обеззараживать руки раствором хлорной извести, благодаря чему смертность среди женщин и новорожденных снизилась более чем в 7 раз.

Однако гипотеза Семмельвейса не нашла признания среди коллег, несмотря на явные практические результаты, и продвижение его идей встречало всевозможные препятствия, а сам он подвергался резкой критике. Более того — коллеги даже высмеивали Семмельвейса и травили его. Так, директор клиники, доктор Клейн, запретил Семмельвейсу публиковать статистику уменьшения смертности после внедрения стерилизации рук и изгнал его с работы, несмотря на то, что смертность в клинике, действительно, резко упала. Неудивительно, ведь Семмельвейс своим открытием фактически объявлял виновными в смерти рожениц самих врачей и их грязные руки! Семмельвейс поначалу писал письма ведущим и авторитетным врачам, а, не получив от них поддержки, стал выступать с докладами на врачебных конференциях, на собственные средства организовывал обучение врачей своему методу, привлекая внимание к проблеме сепсиса и ее решению, а в 1861 г. издал отдельный труд «Этиология, сущность и профилактика родильной горячки». Однако при жизни его метод так и не заслужил широкого признания, в то время как во всем мире продолжалась гибель рожениц из-за сепсиса.



Затравленный коллегами Семмельвейс закончил свою жизнь в психиатрической лечебнице, куда его определили обманом, и где на фоне обострения заболевания он был жестоко избит медицинским персоналом и умер от того же сепсиса, от которого умирали роженицы до его открытия. Похоронен самоотверженный доктор на будапештском кладбище Керепеши.

Многими годами позже асептика будет признана научным сообществом и внедрена в самую широкую клиническую практику, и в наше время мы уже не представляем себе современной медицины без этого важного ее раздела.

Жизнь И. Семмельвейса является ярким примером того, как новаторы, забегая вперед своего времени, несут идеи, которые кажутся окружающим коллегам не укладывающимися в современные научные теории и представления. Иногда исследователям не хватает жизни, чтобы доказать своим современникам правоту своих идей...

Рефлекс Семмельвейса — это концепция, согласно которой далеко не все открытия признаются научным сообществом, особенно, если они противоречат сложившимся представлениям и ломают устоявшиеся стереотипы. «Этого не может быть потому, что этого не может быть!»...

РЕФЛЕКС СЕММЕЛЬВЕЙСА В СОВРЕМЕННОЙ НАУКЕ

История венгерского врача как нельзя лучше перекликается с восприятием современной официальной наукой любых предложений о сотрудничестве медицины народной и классической.

После первых публикаций на эту тему в нашем журнале пришлось «отбиваться» от некоторых назойливых «доброжелателей», регулярно рукомендовавших «одуматься» и не «засорять хороший журнал подобными статьями и интервью с какими-то целителями»... Оставим это без комментариев.

Наша задача — не тратить время и силы на абсолютно бессмысленную борьбу с теми, кто ничего не хочет знать, не признает развития в науке или признает это развитие лишь формально, но не на деле. Нам кажется более важным и разумным тратить силы и время на изучение пока не понятных науке явлений, имеющих, на наш взгляд, огромное значение для выживания не только отдельных людей, пациентов, но и целых народов.

Заметим, что десятилетний опыт изучения результатов, механизмов и принципов работы народных целителей является не просто мнением одного конкретного врача-клинициста в моем лице, а, скорее, итогом планомерных исследований феномена целительства и прозорливости и многочисленных дискуссий с учеными смежных специальностей — физиками, психологами, физиологами, биоэнергетиками и т.д. И многие из этих специалистов готовы это свое мнение подтвердить на научных форумах и конференциях. Но готова ли наша научная медицинская «элита» принять эти новые знания, согласиться с тем, что «чу-



И. Ф. Семмельвейс



Могила Семмельвейса в Будапеште

десные исцеления» не только возможны там, где бессильна современная классическая медицина, но и во многом могут быть объяснены с точки зрения науки, если на это направить хоть какие-нибудь усилия.

К сожалению, рефлекс Семмельвейса не изжил себя по сей день...

ВПОЛНЕ ОБЪЯСНИМЫЕ ЧУДЕСА

Самый незащищенный контингент пациентов, как ни странно, онкологические больные. Казалось бы, закон им гарантирует все — от дорогостоящих лекарств и методов диагностики до оперативного лечения. Все, кроме выздоровления. На деле же большинство пациентов такого тяжелого профиля не видят современных бесплатных лекарств и уж тем более — своевременной медицинской реабилитации после мощных курсов химиотерапии и лучевой терапии, сложных хирургических операций, при этом информацию о наиболее эффективных методах лечения получают не от врачей, а вынуждены искать ее в интернете, прессе и по «сарафанному радио»... Что касается санаторно-курортного лечения, которое по сути своей является сильнейшей системой оздоровления при помощи природных, т.е. естественных, факторов, для онкологических пациентов — это «запретная зона», так почему-то считают практически все наши коллеги, лишая этот контингент пациентов права на качественное оздоровление.

Многие пациенты онкологического профиля после сложных медицинских манипуляций в стационаре выписываются непосредственно домой без какой-либо реабилитации со стандартным списком «сухих» рекомендаций на попечение родственников, с тяжелой степенью заболевания попросту выписывают «умирать» дома...

Именно такие выписанные «умирать» и приходят на прием к народному целителю с последней надеждой на чудо... И, надо сказать, чудеса происходят! Причем, регулярно.

Совсем недавно, будучи в Бурятии, наша целительница Татьяна Мазалова в буквальном смысле подняла на ноги такую умирающую пациентку. Ту выписали из больницы с тяжелой степенью рака, неоперабельной, в состоянии, когда человек не только уже не мог себя обслуживать, но не мог даже принимать пищу, а потому там была уже колоссальная потеря массы тела, невероятная слабость, полное отсутствие способности к передвижению...

Татьяна Викторовна — человек-рентген, как называют обычно людей с такими способностями, видит все патологические процессы в организме без каких-либо лабораторных и инструментальных диагностических методик. Природный дар, который она развивала в течение жизни, принимая пациентов на потоке, позволяет не только определить локализацию и степень патологии, распространенность процесса, но и «увидеть» путь к исцелению.



Татьяна Викторовна Мазалова, народная целительница, Анапа Краснодарского края.

Терять было нечего, и целительница порекомендовала умирающей женщине для начала сыроедение (протертые соки овощные и фруктовые) и раствор питьевой соды по утрам. С трудом лежащая пациентка принимала хотя бы эти жидкости. Через несколько дней диета стала расширяться. Тяжело больная женщина стала двигаться, а потом села самостоятельно, и через пару месяцев она уже могла себя обслуживать принимать нормальную пищу, ходить. Когда местные врачи узнали, что приговоренный к смерти человек живет уже 7 месяцев и умирать не собирается, очень удивились.

Другой пример. К известному Санкт-Петербургскому целителю Юрию Васильевичу Кретову обратился молодой пациент, у которого диагностировали злокачественное новообразование почки. Врачи настаивали на срочной операции, опухоль была больших размеров и представляла угрозу для самого органа и для всего организма в целом. Была сделана биопсия и не единожды, которая подтвердила злокачественность опухоли. Целитель не рекомендовал проводить операцию, чуть подсказывало ему, что успеха она не принесет. Пациент доверился и стал выполнять рекомендации целителя. Выполнил

долго. В какой-то момент Юрий Васильевич объявил, что пришла пора для оперативного лечения. Каково же было изумление хирургов, когда они удалили огромную доброкачественную опухоль! Оказывается, за тот период, пока пациент усердно выполнял рекомендации целителя, опухоль поменяла свой знак с «минуса» на «плюс», т.е. из разряда злокачественных перешла в разряд доброкачественных. Врачи так ничего и не поняли, потому что «этого не может быть!», ведь результаты биопсии не могли быть ошибочными. А опухоль законсервировали и поместили в местный медицинский музей...

И таких примеров можно привести великое множество, что мы и делаем в нашем журнале, не делая при этом никакой рекламы целителям и преследуя одну единственную цель — дать информацию специалистам о том, что все-таки есть такая народная медицина, как целительство, обусловленная природным даром, и без этой медицины, хотим мы или нет, попросту не обойтись.

Другое дело, что в этой тонкой сфере обитают не только настоящие народные целители, есть и шарлатаны-бизнесмены, и лжецелители-шоумены, и черные колдуны. Но не потому ли они так расплодились в последние годы, что сфера эта как была запретной, так ею и остается? А, как известно, в мутной водичке все хотят рыбку поймать...

Давно пора снять шоры с глаз и повернуться лицом к народной медицине, которая была, есть и будет, ибо благодаря ей выживал, выживает и, надеюсь, будет выживать наш народ. ☺



Юрий Васильевич Кретов, народный целитель и художественный руководитель театра «Диклон», Санкт-Петербург.



НАШИ КНИГИ...

На свете есть Добро, и есть и Зло. К сожалению, мы часто не думаем об этом. Однако среди людей, обладающих Даром свыше, не все используют этот Дар во благо людям. Все зависит от того, ЧТО стоит за необычными способностями этих людей: Свет или Тьма... Как отличить Зло от Добра в такой сфере, как целительство, как объяснить простым людям, к кому не стоит обращаться ни при каких условиях, а кому все-таки можно доверять, — об этом ведется разговор в книге **«Свет и Тьма или маги, экстрасенсы и целители: кто есть кто?»** с человеком, обладающим уникальными способностями и широко известным, как в Санкт-Петербурге, так и за его пределами, целителем Юрием Васильевичем Кретовым.

Книга есть в редакции.

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



И. Д. Пунтикова,
психолог, директор Центра красоты
и здоровья «Healthy Joy»,
Санкт-Петербург, Россия

«КОГДА СИЛА ГАРМОНИИ И ГЛУБОКАЯ РАДОСТЬ ДАЮТ ГЛАЗАМ СПОКОЙНО СМОТРЕТЬ НА ОКРУЖАЮЩИЙ МИР, ОНИ НАЧИНАЮТ ВИДЕТЬ СУЩНОСТЬ ЖИЗНИ»

Китайская медицинская школа возникла в глубокой древности и насчитывает не менее 50 столетий. В течение трех тысяч лет было создано много рецептов для поддержания организма в состоянии баланса. Кстати, в настоящее время ВОЗ регистрирует список заболеваний, превышающий 30000 нозологических форм. И он стремительно пополняется. Тогда как в дошедших до нас более 160 записях эпохи Золотого века Китая болезни упоминаются только 36 раз. И в наши дни остается только вздыхать по тем временам, когда лекарям платили не за лечение как таковое, а за отсутствие больных — и если на его «участке» кто-то заболел, то «участковый» целитель должен был восстановить здоровье подопечного за свой счет! Трудно поверить, что люди в очень далекой древности не болели вовсе, обладая глубокими знаниями о здоровье, а не о болезни.

Благодаря философии, правильно отображающей фундаментальные законы Вселенной, в Китае были сделаны открытия, которые опередили на столетия открытия европейских врачей, принявших впоследствии философию Декарта.

Китайские медики издавна учитывали влияние на организм таких факторов, как жилищные условия, характер питания, условия труда, социальное положение. Господствующий класс «Поднебесной» всегда стремился к долголетию, поэтому эффективные искания в этом направлении всячески поощрялись и материально вознаграждались.

Но самое ценное то, что китайские врачи искали в природе образы того, что могло олицетворять естественное, гармоничное состояние человека. «Золотое правило» здоровья исходило из того, что в организме человека должна постоянно сохраняться «целительная гармония».

Внимание древних китайских врачей было сосредоточено на здоровье и долголетию, а не на болезнях и лекарствах. Дары природы — вот основа, на которую опирались древнекитайские концепции здоровья.

Китайская медицина уходит корнями в глубокое прошлое и связана с древней философией, согласно которой существует Великая Триада: Небо-Человек-Земля. Единство двух начал — Земли и Неба (инь и ян) — источник возникновения всех вещей во Вселенной, их сочетание и взаимодействие определяют собой чередование космических явлений. Инь — женское начало, его качества —

погружение, падение, покой; ян — мужское начало, его качества — выплывание, подъем, движение.

Первоначально для истолкования сути инь и ян использовали явления повседневной жизни. Например, инь обозначала затемненную сторону предмета, ян — освещенную; инь — правую сторону тела, ян — левую; инь — холод, ян — жару. Инь и ян не могли существовать изолированно друг от друга: «Если ян отступает, увеличивается инь, а если отступает инь, происходит увеличение ян».

Обычно наша повседневная жизнь расплывчата буквально по минутам. Человек — живое биологическое существо, у которого собственный организм ведет свой индивидуальный распорядок дня, никак не связанный с нашими планами. И мы редко задумываемся о том, что наш организм тоже живет по четкому расписанию — биологическим часам человека. Эти часы очень точны и неизменны.

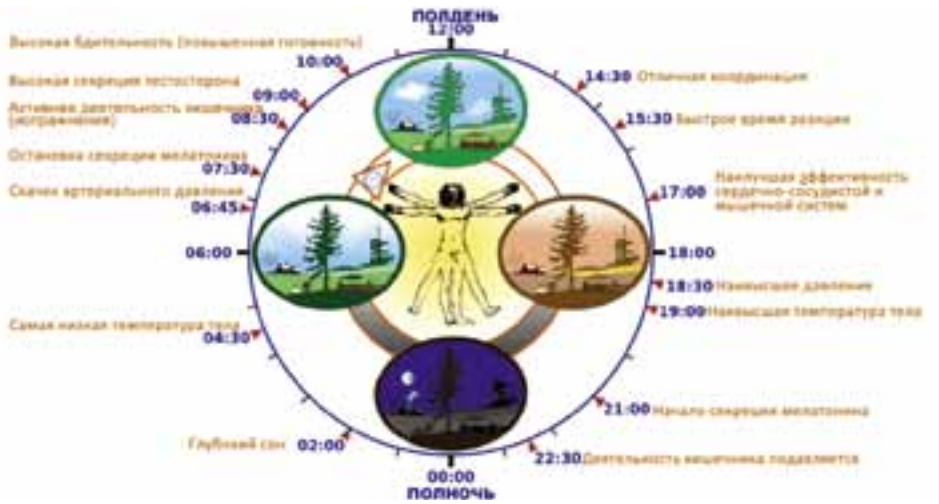
В традиционной китайской философии и медицине используется учение о системе энергетических меридианов, проходящих через органы человека и обеспечивающих энергией все системы организма. Работа меридианов подчиняется суточным биоритмам. В течение суток активность каждого меридиана возрастает, достигает пика и уменьшается в строго определенные часы.

Древняя китайская наука рассматривала органы в качестве независимых существ. Например, в школе Дао считается, что человеческое тело — это Вселенная, населенная различными жизнями. Традиционная китайская медицина также рассматривает каждый орган как независимую систему с разными особенностями. Они ведут свою собственную независимую жизненную деятельность, при этом взаимодействуя друг с другом.

Суточный биоритм начинает функционировать с **меридиана легких — с 3:00 до 5:00 часов.**

3:00 — минимальный уровень выработки мелатонина, отвечающего за наш спокойный сон, психические реакции. Те, кто не спит в это время, в 5 раз больше страдает депрессиями.

4:00 — активно работает система лёгких. Идёт перестройка дыхательного центра, кислородная «подзарядка», очищение всего организма. В это время наибольшая вероятность приступов у людей, страдающих астмой, сердечной ишемией.





5:00 — минимальная активность почек. Если человек под утро резко «вскакивает» и бежит в туалет, значит, с мочеполовой системой у него что-то не в порядке...

С 5:00 до 7:00 часов — время работы толстого кишечника. Это время регуляции жизнедеятельности организма (эндокринная, гормональная системы). Кишечник готов к детоксикации. А если нет сброса, то все яды, токсины возвращаются в кровеносную систему. Вот почему у людей, страдающих запорами, часто болит голова.

6:00 — срабатывает «биологический будильник». Бережем сердце. Оживают все системы организма, активируется обмен веществ, «подскакивает» уровень сахара и аминокислот в крови, повышается артериальное давление.

7:00 — усиливается тонус желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Завтрак должен быть полноценным, т.е. включать белки, жиры, углеводы. Стимуляция человека к размышлению. Если он голоден — эмоции отрицательны. В это время организм начинает бороться с болезнями, если они есть. Вот почему нужно хорошо позавтракать и приобрести положительные эмоции.

С 7:00 до 9:00 часов — время максимальной активности желудка.

8:00 — внимание на сердце. На этот час приходится больше всего инфарктов. Оно бьётся чаще, кровь становится гуще. Возникает опасность образования тромбов. Начинайте день с живой воды. Напείτε клетки своего организма. На это время приходится суточный пик чувствительности к боли: не ходите в этот час к стоматологу.

9:00 — происходит максимальный выброс кортизона — гормона, отвечающего за нашу активность, уровень обмена веществ. В крови — суточный минимум лимфоцитов. Иммуитет уязвим — снижается защитная реакция организма. Самое время подхватить вирус в транспорте. Зато, показатели рентгена, УЗИ — самые точные именно в этот час.

С 7:00 до 11:00 организм сам борется с болезнями.

С 9:00 до 11:00 часов — время работы системы селезёнка-поджелудочная железа.

10:00 — самый благоприятный момент для активности мозга. Настроение в максимуме. Лучшее время для планирования, проведения совещаний, сдачи экзаменов.

11:00 — организм работает на максимуме.

С 11:00 до 13:00 и с 13:00 до 15:00 часов — время предельно возможных для организма нагрузок. В 11:00–13:00 часов система сердца в максимуме.

12:00 — утренний запас энергии тает на глазах. Кровоснабжение мозга и насыщение его глюкозой снижается. Съешьте что-нибудь сладенькое и запейте водичкой. Пошаливает вегето-сосудистая система — не сопротивляется стрессам.

13:00 — пик кровообращения. Пора отдохнуть. Время пообедать. Наступает сонливость. За день цикл сонливости повторяется каждые 4 часа. Здесь наблюдается возрастная зависимость. Вот почему людям пожилого возраста в это время нужно отдохнуть. У работающих людей в это время производительность снижается на 20%.

С 13:00 до 15:00 часов — максимум активизации работы системы тонкого кишечника, период больших эмоций и физически напряжённых сил.

14:00 — в это время мы менее чувствительны к боли. Записывайтесь к стоматологу. Снижение активности всех

систем организма. Требуется выполнять спокойную работу, не требующую мозгового штурма. Организм уязвим для стрессов. Так что не скандавьте (да и вообще этого не нужно делать не только в 14:00), иначе это настроение останется на весь день.

С 15:00 до 17:00 часов — «солнце жизни». Максимальная работа системы мочевого пузыря.

15:00 — новый прилив сил. Уязвима вегетативная нервная система. Возможны кризы. Лучшее время для общения с друзьями.

16:00 — лучшее время для профилактических прививок Вторая волна саморегуляции организма.

С 17:00 до 19:00 часов — максимум активности системы почек.

17:00 — повторный пик активности, более глубокий. Активнее работает сердце. Самый стрессоустойчивый момент в сутках. Вспоминается всё сокровенное. Не повредит бокал вина. Организм перерабатывает алкоголь в 5 раз легче, чем утром или на ночь.

18:00 — приведем в порядок мысли и тело. Температура тела самая высокая. Около 37 градусов (выше, чем в 3:00 утра). Если вы здоровы — она понижается. Если нет — она повышается. Пульс реже на 5–10 ударов. Снижается активность нервной системы. В это время организм особенно чувствителен к воздействию лекарств. Тщательно придерживайтесь дозировок. Лишняя таблетка аспирина может вызвать раздражение желудка.

С 19:00 до 21:00 часа — максимальная активность системы перикарда, которая ответственна за вегетативно-сосудистую нервную регуляцию. Система перикарда — защитник сердца от эмоциональных бурь.

19:00 — организм совершенно не сопротивляется негативу, как и в полдень. Число сокращений сердца увеличивается на 25%. Зато — это самое лучшее время для ужина.

20:00 Можно снова давать высокие нагрузки, дерзать, творить.

С 21:00 до 23:00 часов — «солнце жизни в системе желчного пузыря» (в китайской медицине известны как «три обогревателя» — легкие, печень и почки). Это период серьезной работы организма.

21:00 — желудок постепенно снижает активность выработки пищеварительного сока, а около полуночи совсем прекращает. Поэтому обильная еда (особенно мясная) приносит только вред, так как пища просто лежит и подвергается гниению в ЖКТ.

С 19:00 до 23:00 — вторая волна саморегуляции организма, максимально активна система перикарда (вегетативно-сосудистая нервная регуляция). Это работа как бы во вторую смену.

22:00 — усиливается выработка гормона хорошего настроения — серотонина. Лучшее время для романтических отношений, чтения, звонка другу...

С 23:00 до 1:00 часа — максимальная активность системы желчного пузыря.

Это система гнева, решимости и агрессии, контролирует сексуальную сферу и весь опорно-двигательный аппарат. У человека повышается агрессивность, и даже если он ее не проявляет, условия для нее есть. Природа мудра и в этот период укладывает человека спать, чтобы он не натворил бед. Во сне вся агрессия устремится на восстановление сил уставшего организма и пойдет на пользу.

23:00 — лучшее время занять позицию тела — лёжа. Особенно — «совам» Есть ещё такой способ определения людей по биоритмам суток: «сова» и «жаворонок». Это не лучшее время для дискотек.

0:00 — организм занят самопочинкой. Он не «отключается». Клетки кожи делятся быстрее, заживают раны, иммунитет на «страже» — атакует очаги инфекции.

С 1:00 до 3:00 часов — система печени в максимальной активности.

Печень энергетически решает любые жизненные проблемы. Потому это часто время гнева, агрессии, которые дают знать, если человек устал и не выспался. Раздражительность человека в эти часы на максимуме. Если печень не здорова, то возникает особенная опасность для сердца и мозга, то есть для тех систем, которые поддерживают печень энергетически. Правильное использование этого периода для большинства людей — отдых и сон.

2:00 — глубокий сон. Чувствительность к холоду.

Учение Китайской медицины о меридианах, биоритмах, его грамотное применение в лечении не заменить никакими химическими таблетками, чтобы восстановить, в конечном итоге, здоровье человека. Кроме того, в китайской науке придерживаются мнения, что все вещи в мире обладают душой. В рецептах традиционной китайской медицины каждый компонент играет различные роли, включая «императора», «чиновников», «помощников», «посла»...

Хотя у разных людей эти часы могут немного спешить или отставать, тем не менее, средние значения окажутся справедливыми для большинства людей на планете. Итак, какие наши органы в какое время суток отдыхают или наоборот, становятся гиперактивными:

- час слепоты — острота зрения у человека сильнее всего снижается в 2 часа ночи, что особенно важно знать автомобилистам;
- час рождения и смерти — большинство детей рождаются на свет между 0 и 4 часами ночи. В предутренние часы (около 4) чаще всего случаются инфаркты и инсульты у людей, страдающих сердечнососудистыми заболеваниями;
- час вялости — самое низкое артериальное давление наблюдается между 4 и 5 часами утра;
- час любви — наибольшая секреция половых гормонов наблюдается с 8 до 9 часов утра;
- час обезболивания — с 9 до 10 часов утра у человека самая низкая болевая чувствительность;
- час творчества — полушарие головного мозга, отвечающее за творческие и абстрактные образы, наиболее активно работает с 10 до 12 часов дня;
- час физкультуры — наибольшую отдачу наши мышцы демонстрируют с 12 до 13:30;
- час пищеварения — больше всего желудочного сока образуется с 12:30 до 13:30;
- час мастерства — с 15 до 16 часов лучше всего работают пальцы рук, что немаловажно для тех, чья деятельность связана с мелкой моторикой и тактильными ощущениями;
- час роста — волосы и ногти быстрее всего растут между 16:30 и 17:30;
- час бега — наиболее интенсивно легкие дышат между 16:30 и 18-ю часами;

- час органов чувств — вкусовые ощущения, слух и обоняние обостряются между 17 и 19 часами;
- час алкоголя — наиболее эффективно печень расщепляет алкоголь между 18 и 20 часами;
- час красоты — кожа наиболее проницаема для косметических средств между 18 и 20 часами;
- час общения — тяжелее всего одиночество переносится между 20 и 22 часами;
- час иммунитета — наиболее эффективно иммунная система предохраняет организм от различных инфекций с 21:30 до 22:30.

Если бы человечество жило в полном согласии с природой, то есть ложилось спать с закатом, а просыпались бы мы с вами с первыми лучами солнца, то население планеты было бы счастливей! Ведь именно так запрограммирован наш организм.

Учитывая то, о чем было сказано выше, возможно будет полезно знать, когда и как лучше применять косметические средства, чтобы они (средства и процедуры) произвели на кожу максимальное действие.

5.00–7.00. Именно в эти часы организм начинает готовиться к пробуждению. Железы внутренней секреции начинают вырабатывать новые порции гормонов, которые поступают в кровь и повышают защитные функции организма. Замедляется процесс деления клеток. Именно поэтому наносить на лицо увлажняющую или питательную маску не рекомендуется. Организм будет сопротивляться проникновению «чужого влияния». Рекомендуется в эти часы заняться водными очищающими процедурами. Благоприятно подействует на кожу контрастный душ, умывание лица и зоны декольте кусочками льда из настоя трав.

7.00–8.00. Усиливается кровообращение. Кровь начинает поступать в подкожные сосуды. Это самое благоприятное время для нанесения дневного крема. Задача дневных кремов — увлажнить кожу и максимально защитить её от негативного влияния окружающей среды. Кремы (особенно в зимнее время года) следует наносить за 20–30 минут до выхода на улицу.

8.00–10.00. В это время сосуды начинают сужаться. Давление крови в них повышается, а стенки сосудов становятся очень чувствительными как к внешним, так и к внутренним воздействиям. Из-за большой нагрузки на сосуды в это время суток для кожи противопоказаны баня и сауна.

10.00–12.00. Посмотрите в зеркало: пора припудрить нос! В полдень активизируется деятельность сальных желез, и кожа начинает блестеть. Именно в это время обладательницам жирной кожи необходимо нанести купирующие избыточный блеск препараты.

13.00–15.00. Как правило, кровяное давление понижается. Кожа «устаёт», снижается её тонус, морщинки кажутся более резкими. Так что не назначайте свидания на эти часы. Проблему можно решить получасовым сном или прогулкой на свежем воздухе в обеденный перерыв. Если начальник или сама работа держат вас на рабочем месте, то хотя бы помечтайте, расслабьтесь.

15.00–17.00. Клетки кожи «закрываются», становятся практически не восприимчивыми к косметическим средствам. Эффективность крема, нанесенного на кожу именно в это время, снижается на 70%. На эти часы лучше не планировать косметических процедур.



17.00–20.00. После дневных волнений кожа начинает отдыхать и настраиваться на восстановление. Это самое благоприятное время для ухода за собой. Глубокое очищение (пилинг), маски, питание, лифтинг — все косметические процедуры дадут замечательный результат. Пришло время расслабления и очищения. Даже если вы не можете позволить себе визит к косметологу, нанесите на лицо крем-маску и отдохните в горизонтальном положении, чуть приподняв ноги.

20.00–22.00. Организм настраивается на саморегуляцию и очищение. Хороший эффект дадут баня и сауна: с потом выводится большое количество шлаков. Банные процедуры прекрасно расслабляют и готовят организм ко сну. Если перед парной провести процедуру пилинга — удаления отмерших клеток, то потоотделение ещё более усилится.

22.00. Специалисты утверждают: вся пища, съеденная после 10 часов вечера, обязательно отразится на вашем лице — ухудшит его цвет, спровоцирует появление угревой сыпи и т.д. Поздним вечером организм почти перестаёт вырабатывать пищевые ферменты, и тонус кишечника падает. В результате пища не переваривается, а отравляет организм токсинами. Чтобы нейтрализовать это пагубное действие на организм, а значит, на кожу, запомните два золотых правила: не ешьте на ночь и за час до сна выпивайте стакан молока или травяного отвара.

22.00–5.00. Не зря говорят: час до полуночи стоит двух часов после. В начале ночи происходит самое активное деление и восстановление клеток кожи. Поэтому организм прекрасно усваивает биологически активные, питательные и увлажняющие вещества специальных ночных кремов. Ночной крем следует наносить за 30 минут

до сна, чтобы он смог максимально впитаться в кожу лица, а не в подушку.

И еще одно хорошее упражнение, чтоб помочь себе в течение дня:

Академик Микулин разработал систему, называемую виброгимнастикой, которую можно выполнять даже на рабочем месте, чтобы избавиться от усталости. Встряхивание организма, по мнению академика, активизирует движение крови по венам, что помогает избавляться от шлаков:

— *приподнимитесь на носках так, чтобы пятки оторвались от пола примерно на сантиметр, выше не надо — это всего лишь увеличит усталость ступней, затем резко опуститесь на пол. В результате микросотрясения венозная кровь получит импульс для движения вверх, к сердцу. Повторять сотрясение 30 раз, примерно раз в секунду, не чаще.*

— *после 30 сотрясений сделайте перерыв на 5–10 секунд, затем повторите то же самое. В течение дня виброгимнастику нужно проделывать 3–5 раз.*

— *не выполняйте упражнения слишком резко, они не должны болезненно отдаваться в голове. Сотрясение тела должно быть примерно такое, как при беге или ходьбе, тогда виброгимнастика не принесет вреда для позвоночника.* ☺

Салон красоты и здоровья «Healthy Joy»

ул. Барочная, д. 4,

станция метро «Чкаловская», «Петроградская».

тел. +7 911 146-99-21, +7 950 016-14-06

<http://healthy-joy.spb.ru>

[vk.cjv/healthyjoyspb](https://vk.com/healthyjoyspb)

[fb.com/ healthyjoyspb](https://fb.com/healthyjoyspb)

Издательский Дом «СТЕЛЛА» и Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество»

приглашают вас к участию в семинарах по темам:

«Новые достижения современной медицины», «Зарубежные курорты и зарубежная медицина», «Альтернативная и традиционная медицина»

На семинарах представляются эксклюзивные авторские проекты и практические разработки отечественных и зарубежных специалистов — авторов научно-практического журнала «Пятиминутка».

Темы семинаров:

- Часто болеющие дети
- Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)
- Термальные курорты Венгрии
- Спелеотерапия (пещерная терапия)
- Правильная вода и правильное питание
- Биоэнергетика — дистанционная диагностика и лечение
- Народные целители
- Кошкотерапия

Справки и регистрация: тел. +7-921-589-15-82; e-mail: stella-mm@yandex.ru



Кружковская И. О.,
психолог, Санкт-Петербург, Россия

ИНТУИЦИЯ И ТВОРЧЕСТВО («ШЕСТОЕ ЧУВСТВО»)

Со времен глубокой древности человека мучила эта великая загадка — «шестое чувство». Конечно, «шестое чувство» — это искусство. Но само существование искусства с определенной точки зрения является все еще не разрешенной загадкой. Вряд ли могут возникнуть сомнения в необходимости, например, науки, как незаменимого метода познания окружающего мира. Между тем, для искусства нет еще столь же общепризнанного определения — почему оно необходимо и незаменимо.

На протяжении многих столетий нам хотелось бы проследить связь между творчеством (искусством) и интуицией.

С тех пор, как человечество существует, значительную часть своих творческих усилий, материальных благ и людских жизней оно жертвует этому непонятному «шестому чувству». Возможно, название ему — ТВОРЧЕСТВО.

Во все времена люди шли в науку и искусство, обрекая себя на нищету, непризнание, невероятно тяжелый труд, который в 99 случаях из 100 не приносил им ни славы, ни благополучия, ни даже внутреннего сознания успеха.

Какие страсти, какие стремления могут сравниться с этой неумолимой потребностью, быть может, лучше сказать, с глубоким инстинктом? Очевидно, что это стремление к познанию окружающего мира — это потребность, которая была, есть и будет обязательным условием существования человечества.

Конечно, необходимое познание мира не ограничивается познанием материальной его основы, но предполагает познание и общественной среды, и «самого себя». Используемые здесь методы имеют свою специфику. Методы «точных» наук все более внедряются в психологию, социологию, филологию.

Обратимся к искусству. На всех этапах истории человечества оно занимало особое место. Даже если мы еще не понимаем, почему это так, мы должны признать, что стремление к художественному творчеству и эстетическое чувство могут быть поставлены в один ряд с другими видами человеческих «страстей». Неодолимая потребность

в творчестве наводит на мысль, что она является необходимым условием существования человечества. Необходимы определенные условия созидательного творчества. Важна открытость опыту: экстенциональность. Это противоположно психологической защите. Защита структуры своего «Я» препятствует осознанию некоторого опыта, или же он осознается в искаженном виде. У человека, открытого опыту, каждый стимул свободно передается нервной системой, не искажаясь каким-то защитным процессом. Он доступен осознанию, независимо от того, берет ли этот стимул начало в окружающем мире, воздействуя формой, цветом, звуком на чувствительные нервы, или же он идет от внутренних органов, или это след памяти в центральной нервной системе. Это означает, что вместо отнесения стимула к заранее заданным категориям («деревья зеленые», «образование в вузе хорошее», «современное искусство глупое») индивид осознает определенный момент бытия в настоящем таким, каков он есть. Чем более индивид склонен к чувственному осознанию всех сторон своего опыта, тем в большей степени мы можем быть уверены, что его творчество будет созидательным для отдельного человека и общества.

Второе условие — внутренний локус оценивания. Возможно, что источник (локус) оценивания находится внутри индивида. Для творческого человека ценность его произведения зависит не от похвалы или критики других, а устанавливается им самим.

К середине 20 века над проблемой интуиции и творчества работали многие ученые в мире, как отечественные психологи, так и зарубежные. Известный американский психолог Карл Р. Роджерс организовал в декабре 1952 года в Государственном университете штата Огайо конференцию по творчеству. На ней были представлены художники, писатели, танцоры, музыканты, а также преподаватели этих видов искусств. Кроме того, присутствовали и те, кто интересуется процессом творчества: философы, психиатры, психологи.

По итогам конференции Карлом Р. Роджерсом были сформулированы выводы о том, что существует острая



социальная потребность в творчестве и творческих индивидах. Именно эта потребность оправдывает разработку теории творчества — природы творческого акта, условий его существования и средств, способствующих его успешному развитию.

Роджерс отмечает, что получив образование, люди обычно становятся конформистами со стереотипным мышлением, людьми с «законченным» образованием, а не свободными, творческими и оригинально мыслящими людьми. В естественных науках весьма мало людей, способных творчески выдвигать плодотворные теории и гипотезы. В промышленности творчество — удел немногих: менеджера, конструктора, руководителя отдела исследований. В семейной и личной жизни наблюдается то же самое. В одежде, которую мы носим, в еде, которую мы едим, в книгах, которые мы читаем, в идеях, которые мы исповедуем, — везде стремление к конформизму, к стереотипу. Быть оригинальным, быть не таким, как все, кажется «опасным». Стоит ли беспокоиться из-за этого?

Главным побудительным мотивом творчества, как оказалось, является СТРЕМЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА РЕАЛИЗОВАТЬ СЕБЯ, ПРОЯВИТЬ СВОИ ВОЗМОЖНОСТИ. Оно является глубинной силой психотерапии. Под этим стремлением кроется направляющее начало, проявляющееся во всех формах органической и человеческой жизни, — стремление к развитию, расширению, совершенствованию, зрелости.

Какова социальная значимость творчества?

Самое главное в творчестве — это его новизна. В реальности история свидетельствует о том, что чем оригинальнее продукт творчества и чем шире последствия его применения, тем более вероятно, что он будет оценен современниками как зло. Позднее оно может казаться чем-то очевидным. Так же бесполезно изучать цели индивида, участвующего в творческом процессе. Возможно, большинство творений и открытий имели в своей основе стремление удовлетворить личный интерес.

Может возникнуть вопрос о том, можно ли разграничить творчество потенциально созидающее и творчество потенциально разрушительное? Клинические исследования в области психотерапии показали, что когда индивид открыт всему своему опыту, тогда его поведение является творческим, и можно надеяться, что его творчество носит созидательный характер. Например, человек с параноидальными тенденциями может творчески разработать абсолютно новую теорию отношений между ним и окружающим его миром, видя доказательства своей теории в самых разных мелочах. Его теория имеет малую социальную ценность, возможно, потому, что существует огромный пласт опыта, который этот индивид не может допустить в сознание. С другой стороны, Сократ, считавшийся «сумасшедшим» своими современниками, развил новые идеи, которые оказались социально конструктивными. Весьма вероятно, что это случилось потому, что у него не было защитных реакций, и он был в высшей степени открыт своему опыту.

Также важную роль играет способность индивида к необыкновенным сочетаниям элементов и понятий. Эта способность предполагает спонтанную игру с идеями, оттенками, формами, отношениями — жонглирование элементами и составление из них невероятных сочетаний, выдвигание безумных гипотез, нахождение проблем

в общеизвестном, выражение нелепого, превращение одной формы в другую, невероятные превращения в одинаковое. Именно из этой спонтанной игры — исследования вырастает ИНТУИЦИЯ, творческое видение нового и существенного в жизни. Как будто из огромного, избыточного скопления тысяч возможностей появляется одна или две эволюционные формы, которые придают им неизменную ценность.

Но до сих пор человек не может описать творческий акт, потому что по самой своей природе он неописуем. Например, в русской и зарубежной литературе многими художниками (поэтами, писателями) делалась попытка описать свое творческое состояние «предчувствия» рождения произведения, своего интуитивного «озарения».

В 1831 году Александр Сергеевич Пушкин в стихотворении «Осень» говорит:

*И забываю мир — и в сладкой тишине
Я сладко усыплен моим воображеньем,
И пробуждается поэзия во мне:
Душа стесняется лирическим волненьем,
Трепещет и звучит, и ищет, как во сне,
Излиться, наконец, свободным проявленьем —
И тут ко мне идет незримый рой гостей,
Знакомцы давние, плоды мечты моей.
И мысли в голове волнуются в отваге,
И рифмы легкие навстречу им бегут,
И пальцы просятя к перу, перо к бумаге,
Минута — и стихи свободно потекут.*

Поэзия Серебряного века во многом основывала символы, образы и метафоры на интуиции, предчувствии. В одном из самых известных стихотворений Анна Андреевна Ахматова так описывает творческую интуицию:

*Бывает так: какая-то истома;
В ушах не умолкает бой часов;
Вдали раскат стихающего грома.
Неузнанных и пленных голосов
Мне чудятся и жалобы и стоны,
Сужается какой-то тайный круг,
Но в этой бездне шепотов и звонов
Встает один, все победивший звук...
...Когда б вы знали, из какого сора
Растут стихи, не ведая стыда,
Как желтый одуванчик у забора,
Как лопухи и лебеда.*

(Стихотворение «Тайны ремесла»)

Интуиция в художественном (например, поэтическом) творчестве есть нечто неизведанное, что мы должны рассматривать как непознаваемое до тех пор, пока оно не произойдет. Это невероятное, становящееся вероятным. Только в самом общем виде мы можем описать творческий акт как естественное поведение организма, которое обычно проявляется тогда, когда организм открыт всему своему внутреннему и внешнему опыту и когда он свободен устанавливать гибкие отношения всех видов.

Существует одна черта творческого акта, которую все-таки можно описать. Почти во всех продуктах творчества отмечается избирательность, упорядоченность,

попытка выявить самое существенное. Художник изображает поверхность, или текстуру, в упрощенном виде, пренебрегая мелкими отклонениями, которые существуют в действительности. Ученый формулирует основной закон отношений, отменяя в сторону частности и обстоятельства, которые могут заслонить действительную красоту закона. Писатель подбирает такие слова и фразы, которые делают его высказывания целостными (Например, «лирическое волнение», «все победивший звук» и т.п.).

Возьму на себя смелость сказать, что в этом проявляется влияние своего «Я». У интуитивного творчества есть две особенности. Первая — это то, что можно назвать чувством «Эврика!» (Создание Д.И. Менделеевым в 1869 году Периодического закона химических элементов, открытие закона всемирного тяготения Исааком Ньютоном).

Другая особенность — это волнующее чувство отъединенности. У художника часто присутствует ощущение одиночества. Но при этом человек не может творить, не испытывая желания поделиться с кем-нибудь своим творением. Он может доверять свои теории только своему личному дневнику. Он может записывать свои открытия с помощью тайного кода. Он может прятать свои стихи в запертом ящике стола. Он может хранить свои картины в чулане. При всем этом он жаждет общаться с людьми, которые бы поняли его.

Для того чтобы в полной мере выяснить основные особенности возникновения интуиции, необходимо обратиться к исходному культурному СМЫСЛОВОМУ ОБРАЗУ понятий «МЫШЛЕНИЕ» и «ИНТЕЛЛЕКТ».

Смысловой образ — это особый тип общения. Интересно рассуждение о смысловом образе Я.Э.Голосовкера. Он, хотя и не был психологом, интересен своим психологическим мышлением: «Как ни сильна логика мысли, но под ее логическую определенность надо всегда подсматривать глазом психолога, который тончайшим живым осязанием проверяет опасную четкость логических форм, столь прельщающую рассудок».

В смыслообразе есть нечто большее, чем понимание. Он не пассивен, а активен, даже орудиен. В нем может совершаться, как сказал бы О.Мандельштам, проясняющий акт понимания — исполнения. Прообразом смыслообраза является платоновская ИДЕЯ, которая есть вид, наружность, род, образ, способ.

Итак, смысловой образ потенциально содержит в себе дух, эмпирию, практику, теорию, чувство и к тому же еще активную интенцию и силы для своего развертывания. Его можно было бы назвать ДУШЕВНЫМ ИНТЕГРАЛОМ или ИНТЕГРАЛЬНЫМ ОБРАЗОМ (термин А.А.Ухтомского), который дает начало деятельности, в том числе и деятельности мышления, служит для последнего идей, идеалом, ориентиром движения к конкретному.

Конечно, образы, как и мысли, бывают недостаточно осмысленными, порой бессмысленными или кажутся такими. Они не только отражают, но и порождают мир. Часто жизнь «подло подражает художественному вымыслу», — писал В.Набоков. И научному тоже. Но это издержки или расплата за свободу воображения и ограниченность мышления. «Сон разума рождает чудовищ». Но без образов не будет творчества.

Позиция интуитивизма принадлежит В.Джемсу: «Непосредственное, интуитивное убеждение таится в глубине

нашего духа, а логические аргументы являются только поверхностным проявлением его, Инстинкт повелевает и ведет, а разум лишь покорно следует за ним».

Но существуют и вполне земные образы интуиции. Б.М.Теплов писал: «Интуиция — это чрезвычайно быстрое, почти мгновенное понимание сложной ситуации и нахождение правильного решения. Интуиция — это быстрое решение, требующее длительной подготовки»

Невозможно не привести высказывание С.Л.Рубинштейна: «Счастливейший миг, приносящий решение задачи, — это по большей части час жатвы тех плодов, которые возли в результате всего предшествующего труда».

Но, к сожалению, интуиция посещает далеко не всех упорно работающих. Однако можно предположить, что интуиция может «посетить» человека в любой сфере предметной деятельности.

Различные виды искусства говорят с человеком на условных, доступных для них языках. Например, в литературе таким «языком» являются средства художественной выразительности: эпитеты, сравнения, метафоры, иносказания и т.п. В изобразительном творчестве такими средствами будут цвет и форма, материал и манера письма. Безусловно, интуитивное начало присутствует и в замысле произведения в целом. Одни произведения рождаются за очень короткое время, другие являются плодом многолетней работы и размышлений. Широко известен тот факт, что картина Александра Иванова «Явление Христа народу» была написана художником с 1837 по 1857 годы.

Художником, писавшим очень быстро, безусловно, является Сальвадор Дали. Подход к живописи был более чем оригинальным. Он рисовал знакомые образы: людей, животных, здания, пейзажи, но соединял их в гротескной манере так, что конечности превращались в рыб, а туловища женщин — в лошадей. Дали назвал свой уникальный художественный метод «параноидально-критическим», с помощью которого он «освобождался от переполнявших его подсознательных образов».

Дали стал классиком при жизни благодаря тому, что сделал практические выводы из психологических концепций 20 века, поставив их на службу своему сюрреалистическому творчеству. Его рисунки, картины, гравюры, портреты, гобелены, скульптуры, ювелирные украшения, театральные декорации, книги по искусству и философии, отмеченные безудержной фантазией, представляют собой фантазмагории, в которых самым противоестественным ситуациям и сочетаниям предметов придана видимая достоверность и убедительность.

Психическое расстройство часто, и это вполне естественно, влияет на выбор творческого направления художника: личностное своеобразие определяет своеобразие живописное. Такие корифеи мировой живописи как Боттичелли, Ван Гог, Врубель, Гоген, Дали, Модильяни, Пикассо и многие другие страдали различными нарушениями психики.

Например, французский художник-самоучка Анри Руссо (1844–1910), не обладавший никакими теоретическими знаниями в области рисунка и живописи, стал ярчайшим представителем примитивизма. Свои картины художник писал палочкой, обмакивая ее в краску, и являлся примером одной из теорий творчества, которую можно выразить фразой: «ИНТУИЦИЯ — ВСЕ, ЗНАНИЕ — НИЧТО».



Среди русских живописцев яркой и необычной личностью можно назвать В.Кандинского (1866–1944). Кандинский — один из основоположников и теоретиков абстрактного искусства. Однажды Кандинский сделал удивительное для себя открытие: слушая вагнеровского «Лоэнгрин», он вдруг мысленно увидел цветное изображение мелодии. Взаимосвязь музыки и живописи потрясла его. Это физиологическое явление не частое, но встречается у некоторых творческих людей (Римский-Корсаков, Скрябин, Набоков) и называется синестезией.

Другой русский художник — Павел Филонов (1883–1941) был основоположником русского авангарда, создателем особого направления «аналитического искусства». Он не вписывался ни в какие ряды, направления и стили. Кардинальное отличие Филонова от других художников авангарда заключалось в стремлении «сделать зримым принципиально невидимое». В своей работе он делал ставку именно на интуицию, сознательно вводя ее в творческий метод «аналитического искусства».

Многие психологи утверждают, что не заболевание, а сам творец является источником своей гениальности. Формально это правильно, но, вероятно, все гораздо сложнее. Психическое расстройство, вызывающее эмоциональные и волевые нарушения и, тем более, протекающие с галлюцинациями или нарушениями мышления, не может не повлиять на творческий процесс. ☉

ЛИТЕРАТУРА

1. Версаев В. Пушкин в жизни. Систематический свод подлинных свидетельств современников. //М.: Московский рабочий, 1984. 703 с.
2. Н.Гумилев. Избранное: Николай Гумилев — Санкт-Петербург, Паритет, 2008. — 352 с.
3. Веймарн Б.В. Всеобщая история искусств. — М.: Искусство, 1965. Т. 6.
4. Дали С. Тайная жизнь Сальвадора Дали, рассказанная им самим / Т.И.Барков. — Кишинёв: Феникс, 1989.
5. Зарецкая Д.М. Мировая художественная культура / В.В.Смирнова. — М.: Феникс, 1998.
6. Ильина Т.В. История искусств Западной Европы. — М.: Искусство, 1993.
7. Полевой В.М. Популярная художественная энциклопедия/ В.М.Полевой. — М.: Советская энциклопедия, 1986.
8. Рожин А.И. Сальвадор Дали — миф и реальность. — М.: Аврора, 1992.
9. Тургин В.С. По лабиринтам авангарда. — М.: Просвещение, 1993.
10. Психология личности: Л.Д.Столяренко, С.И.Самыгин. — М.: Феникс, 2014. — 574 с.

**Издательский Дом СТЕЛЛА
организует информационно-музыкальные мероприятия
для врачей из цикла**

«Медицина и музыка»

**в обстановке исторических литературно-музыкальных
салонов Санкт-Петербурга**

В программе: научный семинар, концерт, фуршет.

**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.**

Приглашаем врачей всех специальностей!

За более подробной информацией обращайтесь по тел.:

(812) 307-32-78; 8-921-589-15-82

e-mail: stella-mm@yandex.ru

Анонсы мероприятий: www.stellamed.info



«Две головы» Павел Филонов



«Грязные тайны». Сальвадор Дали



«Мир ароматных иллюзий». Сальвадор Дали

«Шестое чувство»

Прекрасно в нас влюбленное вино,
И добрый хлеб, что в печь для нас садится,
И женщина, которую дано,
Сперва измучившись, нам насладиться.
Но что нам делать с розовой зарей
Над холодеющими небесами,
Где тишина и неземной покой,
Что делать нам с бессмертными стихами?
Ни съесть, ни выпить, ни поцеловать.
Мгновение бежит неудержимо,
И мы ломаем руки, но опять
Осуждены идти все мимо, мимо.
Как некогда в разросшихся хвощах
Ревела от сознания бессилья
Тварь скользкая, почуя на плечах
Еще не появившиеся крылья, —
Так век за веком — скоро ли, Господь? —
Под скальпелем природы и искусства
Кричит наш дух, изнемогает плоть,
Рождая орган для шестого чувства.

Н. С. Гумилев

АНОНС

Уважаемые коллеги!

**Приглашаем принять участие в международной
научно-практической конференции:**

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

09–16 октября 2016 года в г. Будапешт, Венгрия

В программе:

- Природные факторы в лечении заболеваний и оздоровлении организма. Курортология Венгрии. Термальные источники и др. лечебные факторы страны.
- Будапешт — единственная в мире столица, обладающая возможностями курорта. Купальни Будапешта. Лечебные гостиницы.
- Отличительные особенности венгерского курорта Хевиз. Уникальное термальное озеро Хевиз. Лечебные программы в Хевизе.
- Лечебные карстовые пещеры Венгрии. Курорт Тапольца.
- Уникальные лечебные программы курорта Парадфюрдо. Венгерские минеральные воды.
- Курорт Хайдусобосло. Программы лечения бесплодия.
- Лечение псориаза и других заболеваний кожи в Венгрии. Курорт Харкань.
- Лечебные программы для пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Курорт Бюкфюрдо.
- Реабилитация спортсменов. Обмен опытом.
- Психологические курорты Венгрии.
- Новые технологии в физиотерапии и лечебной физической культуре.
- Здоровый образ жизни по-венгерски. Вопросы рационального питания и современной нутрициологии. Винотерапия.
- И многое другое...

Участники конференции проживают в отеле Medosz***, расположенном в самом центре венгерской столицы, вблизи знаменитой купальни Сечени и Площади Героев и недалеко от Остова Маргит и купальни Лукач.

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

Организатор мероприятия: Издательский Дом СТЕЛЛА — Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество».



**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