

научно-практический журнал для врачей

Пятиминутка

№ 2 (53) 2019

**Здоровье детей —
иллюзии и факты**

**О загрязнении окружающей
среды в Санкт-Петербурге
и риске здоровью населения**

**Значение блуждающего
нерва в устранении
психосоматических блоков**

**Метаболический
синдром и его коррекция
гомеопатическими
и геммотерапевтическими
средствами**

**Санаторно-курортное
лечение в Абхазии
и Карачаево-Черкесии**

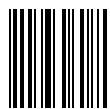
Курорты Словении

Вода долгожителей

Лечение глинами



ISSN 2071-0712



9 772071 071005 1 9002 >

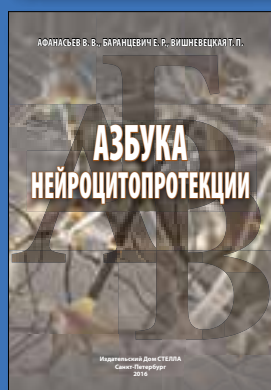
Per aspera ad astra
Через тернии к звездам

Сенека



Книга **«Курорты Венгрии глазами российских специалистов»**
(под ред. М. А. Мамаевой, 2015)

содержит информацию о возможностях лечебно-оздоровительных программ венгерских курортов с учетом показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению, а также включает историческую справку о стране, дает представление о ее культуре, национальных брендах, туристических программах. В основу книги положены знания, полученные специалистами Общества «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА в рабочих поездках по обмену опытом на венгерские курорты. Материал изложен доступным, научно-популярным языком. Рекомендуются как врачам и среднему медицинскому персоналу, так и всем, кто интересуется качественным санаторно-курортным лечением и оздоровлением.



Книга **«Азбука нейроцитопротекции»**

(авторы: Афанасьев В. В., Баранцевич Е. Р., Вишневецкая Т. П., 2016)

построена в виде словаря, где в алфавитном порядке изложены основные термины нейроцитопротекции. Наряду с четкими инструкциями по применению препаратов авторы представили комментарии по клиническим особенностям их применения на основании собственных исследований. Книга предназначена для врачей разных специальностей.



Методическое пособие

«Часто болеющие дети: программа обследования, лечения и оздоровления»

(автор М. А. Мамаева, 2017)

автор представляет материалы собственных научных исследований проблемы частой заболеваемости в детском возрасте, предложен алгоритм обследования и лечения часто болеющих детей, даются практические рекомендации педиатрам первичного звена здравоохранения по работе с такой категорией детей в современных условиях, включая вопросы медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.



Книга **«Свет и Тьма или маги, экстрасенсы и целители: кто есть кто?»**

(автор М. А. Мамаева, 2011)

является результатом научного исследования автором феномена народного целительства и дара прозорливости, свойственных отдельным людям. В основу книги положены материалы бесед с известным санкт-петербургским целителем Ю. В. Кретовым, а также свидетельства людей, излеченных с помощью «необычных» методик. В книге даются разъяснения, как различить Добро и Зло в такой загадочной пока для нас сфере, как народное целительство.

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

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

- Акимов А. Г.**, кафедра Военно-полевой терапии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, д.м.н., СПб.
- Бондарь В. И.**, доктор медицинских наук, академик АМТН РФ, ФГАУ «НЦЗД» МЗ РФ, Москва, Россия.
- Грабенко Т. М.**, кандидат педагогических наук, директор Центра ДПО «Центр обучения креативным технологиям и методам гуманизации бизнеса и образования», Сопредседатель «Евразийской федерации центров песочной психотерапии и тренинга», доцент ЧОУВО «Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга», СПб.
- Долинина Л. Ю.**, кандидат мед. наук, доцент кафедры физиотерапии и медицинской реабилитации Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, СПб.
- Коновалов С. В.**, профессор 2 кафедры (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук, профессор, СПб.
- Петрова Н. Г.**, профессор, доктор мед. наук, зав. кафедрой сестринского дела СПбГМУ им. И. П. Павлова, СПб.
- 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.
- 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.
- Слепян Э. И.**, профессор, научный руководитель Санкт-Петербургского экологического союза.
- 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.
- Шишкина Е. А.**, доктор социологических наук, профессор Астраханского филиала Международного юридического института, г. Астрахань.
- 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.
- Юрьева Р. Г.**, зав. отделением Городского реабилитационного центра для детей с психоневрологической патологией, специалист по детской реабилитации, кандидат медицинских наук, СПб.

Адрес редакции: 191144, СПб, 8-ая Советская ул., 50, лит. Б, пом. 1-Н
Фактический адрес: Санкт-Петербург, Лермонтовский пр., 144, 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: 28.05.2019
Тираж: 10 000 экз. Заказ № 2654
© Издательский Дом СТЕЛЛА, 2019

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!

Выпуск журнала, который вы держите в руках, содержит, как обычно, много новой информации, прежде всего, по санаторно-курортному лечению. Мы знакомим вас с курортами Абхазии, Карачаево-Черкесии и маленькой европейской страны Словении.

Большое место в журнале занимает информационный блок по экологии, в частности, освещается тема состояния воздушной среды города Санкт-Петербурга, а также тема безопасной и полезной воды.

Как одна из наиболее актуальных тем на страницах журнала снова и снова поднимается проблема здоровья детей и подростков, предлагаются пути решения проблемы часто болеющих детей. Также представлен материал нашего подшефного Дома-интерната для детей с физическими недостатками из г. Болхов Орловской области, где воспитываются и проходят курсы реабилитации дети и подростки с нарушениями движения.

Мы продолжаем знакомить вас с нашими эксклюзивными мероприятиями и главными проектами издательства, в т. ч. с лечебно-оздоровительными и информационными программами, прежде всего, на венгерских курортах, которые стали для нас хорошим примером разумного использования природных лечебно-оздоровительных факторов в целях реабилитации и профилактики различных заболеваний.

Приглашаем всех наших коллег к участию в международных конференциях и рабочих поездках по обмену опытом с зарубежными специалистами, которые мы организуем силами Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество». Все объявления о будущих мероприятиях вы найдете на страницах журнала.

Ждем ваших отзывов, мнений и предложений.

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

Фото на первой обложке:

Др. Коваленко Марина — врач терапевт, специалист по миофасциальной акупунктуре и мануальной терапии, краниальной и висцеральной практике, директор и главный врач сети клиник «KOVALENKO KLINIKA», г. Будапешт и г. Шопрон, Венгрия. Статью Др. Коваленко М. читайте на стр. 28

Информацию о журнале

«Пятиминутка», а также о мероприятиях
Общества специалистов «Международное
медицинское сотрудничество»

вы можете найти на сайте: <http://www.stella.uspb.ru>

Наш партнер — интернет-журнал: sciencepop.ru

SCIENCEPOP
НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ИНТЕРНЕТ-ЖУРНАЛ

Читайте в следующем номере:

- Метеозависимость
- Синдром профессионального выгорания
- Реабилитация ЧБД в городских условиях
- Проблема акне у подростков
- Проблема женского и мужского бесплодия
- Современные методы лечения ожирения
- Лечение театром
- Станные виды лечения

ИНФОРМАЦИЯ О РАСПРОСТРАНЕНИИ И ПОДПИСКЕ НА ЖУРНАЛ «ПЯТИМИНУТКА»

Распространение журнала «Пятиминутка»:

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

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

Извещение	ООО «Издательский дом СТЕЛЛА»						Форма № ПД-4	
	(наименование получателя платежа)							
	7842353627 / 784201001			40702810903000482671				
	(ИНН/КПП получателя платежа)			(номер счета получателя платежа)				
	Филиал «Северная столица» АО «Райффайзенбанк»							
	(наименование банка получателя платежа)							
	БИК 044030723			30101810100000000723				
							(№ кор.сч.банка получателя платежа)	
	Ф.И.О. плательщика _____							
	Адрес плательщика _____							
Кассир	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 / 2019 г.»
2. Отправить копию квитанции об оплате на e-mail: stella-mm@yandex.ru.

В письме должен быть указан почтовый адрес отправителя. Стоимость наземной доставки по России включена в общую сумму оплаты подписки. Стоимость 1 номера журнала — **200 рублей**. Стоимость годовой подписки (6 номеров) — **1200 рублей**. Подписка может быть оформлена с очередного номера журнала.

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

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:

- Педиатрия.** Мамаева М. А.
Здоровье детей — иллюзии и факты [4–7]
- Медицина и музыка.**
«Медицина и музыка» снова в Санкт-Петербурге! [8–9]
- Пятиминутка» 10 лет спустя...** В. И. Бондарь
О наблевшем в здравоохранении. О нашем здоровье: кому оно нужно, и как дальше жить-выживать [10–15]
- Экология и здоровье.** Горбанев С. А., Копытенкова О. И.
О риске здоровью населения и загрязнении окружающей среды в Санкт-Петербурге [16–17]
- Экология и здоровье.**
«Открытое письмо» ВРИО Губернатора Санкт-Петербурга А. Д. Беглову участников Круглого стола в рамках Международного форума «Экология большого города» [18–19]
- Экология и здоровье.**
«Открытое письмо» заместителю председателя Комитета по природопользованию, охране окружающей среды и обеспечению экологической безопасности Санкт-Петербурга, руководителю рабочей группы по разработке Концепции развития экологического мониторинга Серебрицкому И. А. [20–21]
- Экология и здоровье.**
Ответное письмо участникам круглого стола: «Информация не соответствует действительности» [22–25]
- Событие.**
Форум «Развитие туристской индустрии в контексте глобальных изменений рынков» [26–27]
- Нервные болезни.** Др. Коваленко Марина
Значение блуждающего нерва (n. vagus) при устранении психосоматических блоков [28–29]
- Сестринское дело.** Н. Г. Петрова, И. С. Просветова,
К Международному Дню Медицинской Сестры: история и современность [30–32]
- Сестринское дело.** Григорьева Л. И.
Сестринское дело в современном мире [33]
- Натуропатическая медицина.** Долинина Л. Ю.
Метаболический синдром и возможности его коррекции гомеопатическими и геммотерапевтическими средствами [34–36]
- Комплексная реабилитация.** Виноградова Л. В.
Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья [38–43]
- Санаторно-курортное лечение.** Н. В. Федорко
Абхазия — знакомая незнакомка [44–47]
- Санаторно-курортное лечение.** Мамаева М. А.
Лечение глинами [48–49]
- Санаторно-курортное лечение.**
Ренс В. Ф., Узденов М. Б., Русак А. И.
Минеральные воды как фактор развития санаторно-курортного кластера Карачаево-Черкесии [50–52]
- Санаторно-курортное лечение.** Мамаева М. А.
Курорты Словении [54–55]
- Биоэнерготерапия.** Колосовский Э. Д.
Влияние биополя на формирование артрозов и камнеобразование в организме [56–57]
- Экология и здоровье.** Храмова С. А.
Вода долгожителей и искусство жизни по Авиценне [58–60]



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

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ — ИЛЛЮЗИИ И ФАКТЫ

«Отыщи всему начало, и ты многое поймешь».
(Козьма Прутков)

В последние 20–30 лет огромное количество научных форумов и конгрессов, конференций и иных мероприятий посвящается теме здоровья детей. С высоких трибун мы слышим призывы о необходимости «укреплять здоровье подрастающего поколения». Детей называют не иначе как «стратегическим ресурсом отечества», «главным богатством» и «будущим страны». Создается впечатление, что в нашем государстве забота о детях и, прежде всего, о здоровье детей и подростков — это одна из насущных задач, на решение которой брошены буквально все силы и средства. Но так ли это на самом деле?

Любое дело оценивают по результатам. А слова и речи не должны расходиться с делами. Что же мы имеем в качестве результата? Вероятно, сухие цифры статистики в достаточной мере могут свидетельствовать о результативности или не результативности усилий государственных структур, уполномоченных проявлять заботу о здоровье детей и проводящих в системе педиатрической службы определенные преобразования.

Так вот, согласно данным Росстата, в России с 1980 по 2014 г. доля детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности, выросла в 4,2 раза, общая заболеваемость детей (0–14 лет) с 2005 по 2015 г. выросла на 1%, общая заболеваемость подростков (15–17 лет) — на 22% (1). В группе детей (0–14 лет) наиболее интенсивный рост наблюдается врожденных аномалий — на 27%, болезней органов дыхания — на 12%, болезней нервной системы — на 10%, в группе подростков (15–17 лет) — рост наблюдается по всем классам болезней, кроме инфекционных, причем, наиболее интенсивно возросла общая заболеваемость от новообразований — на 73%, внешних причин — на 42%, болезней уха — на 39%, болезней нервной системы — на 35%, болезней глаза и его придаточного аппарата — на 34%, болезней системы кровообращения — на 28%, болезней костно-мышечной системы — на 23%, болезней органов пищеварения — на 12% и т.п. Вызывает беспокойство также рост психических расстройств у подростков — на 5% (1).

Таким образом, можно констатировать, что в России с 1990–1991 по 2015 г. показатели заболеваемости детей и подростков значительно выросли практически по всем классам болезней.

Кроме того, с 2000 по 2014 г. наблюдается рост детской инвалидности (0–17 лет) от болезней эндокринной системы на 43%, от психических расстройств — на 30%, от болезней системы кровообращения — на 24%, от новообразований — на 19% и т.п. (1), а в структуре причин детской инвалидности преобладают психические расстройства (26%) и болезни нервной системы (24%), которые могут быть предотвратимы и управляемы методами своевременной профилактики, лечения и реабилитации (1).

И, наконец, по данным Росстата, в России с 2000 по 2015 г. факторы, определяющие мощность педиатрической службы, заметно сократились: обеспеченность детского населения педиатрами — в 1,3 раза, педиатрическими койками — в 1,9 раза; а с 2007 г. обеспеченность участковыми врачами-педиатрами сократилась на 13%. В 2016 г. дефицит участковых педиатров превысил 10 тыс. врачей от установленных нормативов (1).

Более подробно данные о состоянии здоровья детей и подростков в России представлены в публикации д.м.н. Улумбековой Г.Э., руководителя Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), председателя правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), ответственного секретаря Российского общества по организации здравоохранения и общественного здоровья, руководителя комиссии по непрерывному медицинскому образованию Национальной медицинской палаты (см. список лит.).

Надо сказать, что с 2015–2016 г. ситуация в педиатрии к лучшему пока не изменилась.

И на этом фоне удручающей картины явного ухудшения показателей здоровья детского населения страны врачам-педиатрам предлагается работать «по стандартам», причем, настолько жестким, что это практически исключает клиническое мышление и индивидуальный подход к пациенту, т.е. то, чему в первую очередь обучали студентов медицинских вузов еще в 70–80-е годы минувшего века...

Никто не отрицает необходимость использования в работе врача схем и алгоритмов. Но не до такой же степени! Ведь врач — не робот и не компьютер, врач — прежде всего, человек, профессионализм которого складывается не только из простой суммы накопленных знаний и умений, а еще из опыта работы по специальности, который в конечном итоге способствует развитию профессионального «чутья», «интуиции» и, конечно, «клинического мышления».

Врач — профессия творческая. А потому многие наши коллеги, даже не будучи научными работниками, тем не менее, собирают и анализируют наработанный практический материал, щедро делясь с коллегами выводами и профессиональными наблюдениями.

Однако в новых условиях «стандартов» применить на практике подобные инновации, предлагаемые практикующими врачами, уже не представляется возможным. В нашей стране слишком долг и тернист путь любой идеи, пусть даже многократно доказанной на практике, до ее реального воплощения, а главное — до принятия во внимание государственными структурами.

Примером может служить история Программы обследования, лечения и оздоровления часто болеющих детей (ЧБД).

ИСТОРИЯ ПРОГРАММЫ ЧБД

Часто болеющие дети (ЧБД) — это одна из насущных и нерешенных проблем отечественной педиатрии, нравятся это кому-то или нет. ЧБД являются причиной «хронических» больничных листов и вынужденной безработицы матерей, ухудшения психологической обстановки в семьях, снижения общего состояния здоровья детского населения. Количество ЧБД год от года растет, все чаще в данной группе детей отмечаются, как следствие, хронические заболевания с выходом на инвалидность (заболевания почек, желудочно-кишечного тракта, бронхиальная астма и т.д.).

К сожалению, несмотря на обилие научной и популярной литературы по данному вопросу, практически значимые, одобренные государственными структурами, программы обследования, лечения и оздоровления таких детей до сих пор отсутствуют. В этой ситуации врачи порой бессистемно назначают часто болеющим детям иммуномодуляторы, синтетические поливитаминно-минеральные комплексы, а также антибиотики, исходя из «стандартов» ведения того или иного заболевания, не задумываясь об истинных причинах вторичного дисбаланса иммунной системы у детей, что обоснованно вызывает тревогу. Между тем, исследования, проводимые автором в течение 14 лет, показали, что первичная патология у ЧБД носит вполне конкретный характер и может быть выявлена уже на первичном амбулаторном этапе. Кроме того, в организме ЧБД развиваются стойкие метаболические нарушения, которые требуют своевременного выявления и адекватной коррекции.

К сожалению, при работе с ЧБД до сих пор не учитывается и негативное влияние факторов среды обитания на здоровье. В то же время, если ребенок не будет обеспечен благоприятными условиями для роста и развития, все усилия врачей по лечению и оздоровлению таких детей могут оказаться безуспешными.

Как очевидный факт, следует отметить, что в стране очень слабо развита система санаторно-курортного лече-

Выгодная цена и
бесплатная доставка
в аптеку на apteka.ru



* IMS Dataview MAT EUR 4/2019,
ВМК в перинатальный период

Минисан® Мультивитамин Мама

Современный витаминно-минеральный комплекс для планирующих беременность, беременных и кормящих женщин.

№1* в аптеках Финляндии.



Минисан® Витамин D₃ капли и таблетки

100 МЕ витамина D₃ в капле для гибкости в дозировании. Масляный раствор. Не содержит спирта.

5 мкг (200 МЕ) или 20 мкг (800 МЕ) витамина D₃ в жевательной таблетке.



Рела Лайф капли

Источник клинически исследованных лактобактерий *L. reuteri* Protectis®.

Не содержат лактозы и белков молока.

№1** в аптеках Финляндии.

** Tamro Bright YTD EUR 12/2018

РЕКЛАМА

RU.77.99.11.003.E.000402.02.16 от 01.02.16; RU.77.99.19.003.E.002578.06.16 от 21.06.16; RU.77.99.11.003.E.003523.04.14 от 14.04.14;
RU.77.99.11.003.E.005777.04.15 от 17.04.15; RU.77.99.88.003.E.009922.11.15 от 03.11.15; RU.77.99.88.003.E.008754.09.15 от 02.09.15

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ



ния и оздоровления таких детей, нет четко работающей системы реабилитации ЧБД. Забота о здоровье ребенка полностью лежит на плечах родителей, которые мало осведомлены о медицинской составляющей данной проблемы и порой не различают даже понятий «санаторно-курортное лечение» и «пляжный отдых».

Еще в 2011 году Программа обследования, лечения и оздоровления часто болеющих детей, которая разрабатывалась в течение нескольких лет на базе Детского консультативно-диагностического центра Приморского района, была представлена автором на круглом столе в Законодательном Собрании Санкт-Петербурга и одобрена единогласно научно-медицинским сообществом города в качестве пилотного проекта. Однако реализовать пилотный проект в одном из районов города, как это планировалось, так и не удалось из-за обычных бюрократических проблем. В ответ на Резолюцию круглого стола было получено письмо от представителя губернатора Санкт-Петербурга в ЗАКС СПб с пояснениями отказа, что «Для решения данной проблемы (ЧБД) проведены многочисленные конференции, выпущены монографии, разработаны методические рекомендации по наблюдению, профилактике и оздоровлению детей, которые используются в лечебных учреждениях Санкт-Петербурга» (2). Так что, дорогие коллеги, оказывается, проблема уже давно решена! И неясно в таком случае, почему же дети, все равно, часто болеют...

А далее последовал запрет и самого термина «часто болеющие дети», настолько он стал неудобен чиновникам от медицины. Но это еще не все! Буквально в последнее время пересмотрены критерии для включения ребенка в группу часто болеющих, которые были разработаны еще в 1986 г. ведущими педиатрами страны Барановым А. А. и Альбицким В. Ю. (3). Согласно новым критериям, ребенок может переносить 7–8 и более простудных заболеваний в год, болеть практически ежемесячно, и это будет считаться вполне нормальным, пока не появятся осложнения. Наверное, для улучшения статистики такая правка критериев очень кстати.

Какова же судьба Программы ЧБД, отвергнутой руководством города в 2011 году?

Отдельные фрагменты Программы были опубликованы в научно-практическом журнале для врачей «Пятиминутка», целиком Программа была представлена в пяти выпусках методического пособия для врачей-педиатров, которые, надо сказать, пользовались большим спросом у наших коллег. В более упрощенном, научно-популярном варианте Программа публиковалась большими тиражами в виде книг для родителей: «Если ребенок часто болеет» (Изд-во «Детство-Пресс»), «Часто болеющий ребенок» (Изд-во «Амфора»). Тиражи быстро разошлись, что, несомненно, подтверждает актуальность проблемы.

В 2016–2017 гг. Программа, наконец, получила возможность своего самого широкого практического воплощения, т.к. был открыт первый в Санкт-Петербурге Центр лечения и оздоровления ЧБД на базе одной из коммерческих клиник Санкт-Петербурга, в основу работы Центра была положена Программа обследования, лечения и оздоровления ЧБД. Центр функционировал не более года и закрылся ввиду морально-этических разногласий с руководством коммерческой клиники, что вполне закономерно.

За время, прошедшее с 2011 года, когда Программа впервые получила одобрение медицинской научной общественности, основные звенья этой многолетней работы продолжали развиваться и получили дополнительное глубокое научное обоснование и практическое подтверждение. Кроме того, появились совершенно новые разделы Программы, о которых ранее в методических пособиях либо не упоминалось, либо было очень мало информации, например, в настоящее время значительно расширены разделы «Реабилитация ЧБД» и «Санаторно-курортное лечение и оздоровление детей».

В настоящее время Программа продолжает функционировать, она давно пошла «в народ», основные положения Программы используют практикующие педиатры и узкие специалисты в своей каждодневной профессиональной деятельности, а на базе одного из оздоровительных центров Санкт-Петербурга создан Родительский клуб, где родители могут получить исчерпывающую информацию от специалистов о здоровье детей, о медицинской профилактике и получить консультацию по санаторно-курортному лечению и оздоровлению. Жаль только, что государственные структуры не принимают в этом процессе никакого участия, и вся работа проводится по-прежнему на энтузиазме специалистов.

ОСОБЕННОСТИ ПРОГРАММЫ ЧБД

Программа обследования, лечения и оздоровления ЧБД имеет ряд принципиальных особенностей.

В Программе, прежде всего, впервые предложен четкий алгоритм обследования часто болеющего ребенка, который позволяет выйти на первичную патологию, ставшую причиной дисбаланса иммунной системы. Эти причины могут быть различны у разных детей, однако они систематизированы и при использовании индивидуального подхода к каждому пациенту могут быть закономерно определены. И, что интересно, причины довольно банальны и могут быть выявлены уже на первичном амбулаторном этапе (3).

Большое внимание в Программе уделяется влиянию факторов среды обитания на здоровье ребенка, и не только общеизвестных санитарно-гигиенических факторов, но также факторов экологических и даже геологических, в частности, влиянию на здоровье детей геодинамически активных разломов (ГДАР), основой для чего послужили многолетние научные исследования сотрудников Санкт-Петербургского Горного университета в содружестве с другими научными учреждениями города (3).

Важным моментом Программы является принцип необходимости выявления и коррекции устойчивого витаминно-минерального дисбаланса, который формируется в организме ребенка при частой заболеваемости и систематическом приеме синтетических лекарственных препаратов, включая антибиотики и иммуномодуляторы. Для выявления дисэлементозов используется спектральный анализ волос на минералы — метод высоко информативный и не инвазивный. Здесь также важен принцип избирательности средств коррекции выявленных нарушений, поскольку у каждого конкретного ребенка эти нарушения индивидуальны, хотя и просматриваются общие для всей группы ЧБД тенденции.

Отдельный раздел Программы посвящен главному, с точки зрения автора, для ЧБД витамину. Это витамин Д, который в последнее время стал предметом многочисленных дискуссий во врачебной среде. В Программе делается акцент на многофункциональность витамина Д и обращается внимание на его иммуномодулирующие свойства, а также на те функции витамина, которые обеспечивают нормальный уровень здоровья человека на многие годы вперед — антидиабетическое действие, антиканцерогенное, противогипертоническое, противостолепорозное, антиартритическое и т.д. Важно, что даются рекомендации и по выбору препарата, напоминая врачам, что масляный раствор витамина Д является самой физиологичной формой данного жирорастворимого витамина (а не спиртовой, и не «водный», который в конечном счете тоже можно отнести к спиртовым). В Программе довольно широко используется Минисан®, который за годы применения показал свою высокую эффективность у детей разных возрастных групп.

Следующим важным моментом является принцип обязательного выявления и коррекции дисбактериоза кишечника, поскольку практически у всех ЧБД это состояние дисбаланса микрофлоры обнаруживается. Не будем забывать, что до 80% иммунокомпетентных клеток находятся именно в кишечнике, а нормальная микрофлора участвует в выработке факторов иммунитета, не говоря уже о других ее многочисленных жизненно важных функциях.

Коррекция дисбактериоза, согласно Программе, должна проводиться строго поэтапно и базироваться на результатах бактериологического посева и тестов на чувствительность. Этапы коррекции дисбактериоза состоят из 1) энтеросорбции; 2) этиотропной терапии (бактериофаги, энтеросептики); 3) пребиотики (Фитолон-сироп, Рекицен РД); 4) пробиотики (РЕЛА ЛАЙФ®, Лактобактерин и др.) (3).

Особенностью Программы является также специально разработанная система реабилитации и оздоровления ЧБД с применением курортных факторов. Эта система базируется на многолетнем изучении санаторно-курортных программ реабилитации и оздоровления пациентов

различного профиля, которые используются как в России, так и за рубежом. В результате предложена система реабилитации ЧБД, которая может применяться в городских условиях.

Наконец, одним из самых главных принципов Программы является предпочтительный выбор натуральных методов лечения ЧБД, которые включают методы природной терапии (климато-, гелио-, аэро-, бальнеотерапия, таласотерапия; фитотерапия; спелеотерапия и т.д.), биопрепараты, в частности, для коррекции дисбактериоза (бактериофаги, пре- и пробиотики), гомеопатические средства натурального происхождения, апитерапию (мед, прополис и т.д.), а также физические методы оздоровления (ЛФК, общий массаж и т.д.).

Большое внимание уделяется в Программе и качеству питания детей, а также правильному питьевому режиму, который нередко нарушается уже с первых дней жизни ребенка. На эти нарушения родителей, к сожалению, настраивают многочисленные популисты, которые пропагандируют далеко не функциональные диеты, режимы питания и «теории питья воды».

Учитывая все выше сказанное и дополнительно тот факт, что ЧБД на консультативном приеме автора Программы составляли около 62% от числа обратившихся, можно сделать вывод, что проблема часто болеющих детей все еще не решена и крайне актуальна в нашем обществе, несмотря на то, что чиновники считают иначе... ☹

ЛИТЕРАТУРА

1. Улумбекова Г.Э., Калашникова А.В., Мокляченко А.В. Показатели здоровья детей и подростков в России и мощности педиатрической службы // Вестник ВШОУЗ, № 3–4 (5–6), 2016, с. 18–33.
2. Бродский М.Н. // Пятиминутка, № 1 (18), 2012, с. 18–19.
3. Мамаева М.А. Часто болеющие дети: программа обследования, лечения и оздоровления (методическое пособие для врачей-педиатров). — СПб: Издательский Дом СТЕЛЛА, 2017. — 80 с.



Уважаемые коллеги!

В июне 2019 г. планируется выход в свет 6-го выпуска методического пособия для врачей-педиатров **«Часто болеющие дети: программа обследования, лечения и оздоровления»**, дополненного и расширенного.

Предыдущие тиражи методического пособия практически закончились.

В новом выпуске значительно расширен раздел, посвященный оздоровлению детей, санаторно-курортной реабилитации часто болеющих детей с различной сопутствующей патологией (респираторные и кожные аллергозы, заболевания желудочно-кишечного тракта, СДВГ, неврозы, вегетососудистая дистония, остеопороз и т.д.); предлагается схема реабилитации ЧБД в городских условиях; большое внимание уделено методам натуральной терапии и профилактики.

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





«МЕДИЦИНА И МУЗЫКА» СНОВА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ!

После нескольких лет вынужденного перерыва вновь возобновились наши мероприятия под общим названием «Медицина и музыка», собиравшие полные залы специалистов — врачей, психологов, педагогов, для которых эти мероприятия и предназначались.

Идея таких мероприятий, включавших и научно-информационную часть в виде интересной лекции или нескольких непродолжительных докладов, и музыкальную часть в виде концерта классической музыки, возникла не на пустом месте.

С 2002 года в исторической квартире на втором этаже в Доме Графов братьев Виельгорских на Итальянской улице, д. 6/4, усилиями тогдашних хозяев Т.А.Вильевой и И.А.Гребнева и замечательного человека, хорошо знавшего историю этого Дома, композитора, концертмейстера и исполнителя В.Н.Гуркова, была восстановлена музыкальная гостиная Графов Виельгорских и традиция литературно-музыкальных салонов, которая начиналась около двухсот лет назад именно в этом историческом месте...

С 2012 года в этой музыкальной гостиной Графов Виельгорских проходили и наши мероприятия «Медицина и музыка», которые притягивали внимание большого количества наших коллег. Однако вмешались некие негативные обстоятельства, в результате которых знаменитая квартира, многие годы игравшая роль литературно-музыкального салона, попала руки, далекие от культуры. Дом Графов Виельгорских снова осиротел, как и много лет назад, когда на этом месте устроили обычную «коммуналку». Сейчас на окнах исторической квартиры висит очередное объявление о продаже. С тех пор там не звучит музыка великих композиторов, исчез старинный рояль, а у красивого камина не собирается больше изысканная Санкт-Петербургская публика, чтобы снова и снова приобщиться к классической музыке и вспомнить прежних обитателей уникального дома...

И вот, наконец, мы можем сказать, что мероприятия «Медицина и музыка» возрождаются! 18 апреля текущего года в Генеральном консульстве Венгрии в Санкт-Петербурге состоялось именно такое мероприятие после долгого перерыва. Конечно, первая часть мероприятия

была посвящена санаторно-курортному лечению в Венгрии и опыту международного сотрудничества в области медицинского туризма.

С приветственным словом выступил консул по экономическим вопросам г-н Микец Габор. Курорт Хевиз представил Почетный посол Хевиза в России и странах СНГ г-н Эрдош Эндре. О международном сотрудничестве и курортах Венгрии рассказала руководитель Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА к.м.н. Марина Мамаева, о спелеотерапии и мофетах — ее заместитель Юлия Шевчук, о курортной профилактике для спортсменов — доцент НГУ им. Лесгафта, к.п.н. Денис Шадрин, о модели реабилитации в условиях Орловского государственного университета — главный врач студенческой поликлиники ОГУ Александр Котов.

После перерыва на традиционный фуршет состоялся концерт классической музыки, в котором приняли участие исполнители, участвовавшие в традиционных музыкальных вечерах в Доме Графов Виельгорских, лауреаты международных конкурсов: солистка Академической капеллы Санкт-Петербурга Наталья Вагина, солистка СПб ГБУК «Петербург-концерт» Светлана Танеева, солист детского музыкального театра «Зазеркалье» Дмитрий Танеев, Александра Коробкина (скрипка), Ксения Гаврилова (фортепиано).

Концерт посвятили памяти Владимира Несторовича Гуркова (1936–2018), идейного вдохновителя и организатора воссоздания музыкального салона Графов Виельгорских.

Мы верим, что традиция музыкальных салонных вечеров, которая является частью культуры Санкт-Петербурга, не будет утрачена, а музыкальные гостиные вернутся в их исторические места.

Мамаева М. А.,

кандидат медицинских наук,

руководитель Общества специалистов

«Международное медицинское сотрудничество»,

директор Издательского Дома СТЕЛЛА,

Санкт-Петербург, Россия





От Редакции: Мы продолжаем публикации статей, которые были размещены в нашем журнале около 10 лет назад, но не потеряли своей актуальности и в наши дни. На этот раз представляем вашему вниманию статью-размышление нашего постоянного автора Виктора Ивановича Бондаря, доктора медицинских наук, академика АМТН РФ, опубликованную в журнале «Пятиминутка» № 3–2009 г.



В. И. Бондарь,
доктор медицинских наук, академик
Академии медико-технических наук РФ,
Москва, Россия

О НАБОЛЕВШЕМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. О НАШЕМ ЗДОРОВЬЕ: КОМУ ОНО НУЖНО, И КАК ДАЛЬШЕ ЖИТЬ-ВЫЖИВАТЬ

Все глобальное, что бы не происходило в любой отрасли, суть — отражение того, что происходит в стране, и медицина — не исключение.

С момента начала экономических «реформ», когда незначительная ушлая часть населения занялась диким обогащением из «закромов» общественного имущества и ресурсов неисповедимым образом, но, как нам объяснили, вполне закономерно развалившегося государства (правда, закономерность происшедшего каждый выводит свою, с фигой в кармане), первое время было не до здравоохранения. Привыкшее выживать в условиях хронического недофинансирования, наше здравоохранение продолжило свое движение по пути, в какой-то мере, вынужденной коррупции и лавинообразного развала структуры — от нижнего звена в системе этапной лечебно-профилактической помощи (поликлиника-стационар-санаторий) и до отраслевой и академической науки [1]. Мы все ощутили на себе в полной мере: от поликлиник и аптек до стационаров, куда приходилось отправляться со своим бельем, лекарствами, кровью, часто стали попадаться тела стариков, умерших в общественных местах из-за отсутствия необходимых для поддержания жизни лекарств и денег на них...

По расчетам экспертов международных организаций (ООН, ВОЗ и др.), объем необходимых для нормального существования и развития здравоохранения отчислений составляет не менее 6–7% от ВВП. В нашей стране в интервале с 1994 по 2000 год эта доля сократилась с, якобы, 4,54% до менее 3,5% [2], а далее до 2,3–2,6%. С 2008 г., а также в 2009–2011 гг. эта цифра составит 4%. Необходи-

мо помнить, что бюджет следующего года утверждается в середине предыдущего, а закладываемая в него инфляция в 1,5–2 раза оказывается ниже объявленных в конце года значений и в 3–4 раза ниже ее реального уровня. В то время как на здравоохранение Израиля образца 1961/62 гг. ассигновалось 5,9% ВВП, США — 5,5% — и это при их более высоком (в разы) среднем доходе на душу населения [3].

Воспользовавшись ситуацией, руководству страны и нам стали объяснять, что в прежнем виде здравоохранение не отвечает требованиям дня и его необходимо (как и все остальное) перестраивать в стиле «а ля западные достижения и ценности», для чего, якобы, необходимо отказаться, как и во всем другом, от самостоятельности, собственной головы, опыта, истории и полностью положиться на западный опыт, где практически отсутствует львиная доля государственной структуры здравоохранения, в отличие от прежней, преданной анафеме, политической системы.

Привыкшее работать в рамках спущенных директив, заменявших честь, совесть, здравый смысл, божий страх, новое руководство, получив власть, стало заниматься тем, для чего директив не требовалось — ловить рыбу в ими же взбаламученной воде, а за источник директив взяли зарубежного «дядю» [4, 5]. Но тому «дяде» только на руку максимальное обескровливание населения и ресурсов некогда мощной державы: ответственности он

нести не собирался. Что будет с чужой и чуждой для него страной, а, тем более, с ее народом (который мешает ему, проживая на громадной территории, богатой своими просторами и неисчислимыми природными ресурсами), его волновало только в той части, чтобы численность этого населения не росла. Именно об активном включении наших ресурсов (но не нас) в, якобы, «глобальную экономическую систему» он и ратовал (а, по сути, в систему, подмятую под себя несколькими десятками богатейших корпораций ряда развитых стран, контролирующими политическое руководство в них и в поставленных любым путем в зависимость от них других государств). Борьбе за распространение идеи такого насильственного объединения, идеологического единообразия во имя псевдовысших целей мы и являемся свидетелями (Ирак, Югославия, возня вокруг Ирана, активный интерес вплоть до прямого вмешательства в политические процессы в государствах постсоветского пространства). В настоящее время Россия даже в таком «усеченном» виде им не по зубам: слишком большой кусок, да и кому нужно кормить и думать о почти 140 миллионах человек. Нам все время объясняют о неизбежности дальнейшего распада страны с экономическим, а потом и политическим отхождением от нее все новых и новых территорий. Раздробив, проще будет по кускам поглотить наше пространство, выбирая, что повкусней, а что и даром не надо. Это видно по тому, как складываются судьбы бывших союзных республик: народы этих стран, их благополучие, интересы, здоровье сейчас никого не волнуют. Необходимость тратить время на население — лишь досадная докуча. Тратится ровно столько, чтобы растягивающаяся агония, проявляющаяся сокращением населения, не выглядела, как очевидное следствие преступного небрежения к этому народу, способного провоцировать социальные взрывы.

В одной из телепередач, разбирая взаимоотношения в системе государство — народ, покоривший всех энциклопедичностью познаний эрудит Анатолий Вассерман высказал следующий постулат: *«... государству, экономика которого основана на эксплуатации сырьевых ресурсов, народ, население фактически не нужны! Для добычи, транспортировки и продажи этих ресурсов много населения не требуется, а остальное — лишь балласт, с которым требуется делиться доходами. Потребность в населении появляется в индустриальном государстве, где растет число рабочих мест на производствах, в постиндустриальном, где растет число рабочих мест в сфере обслуживания, а, соответственно, и растет потребность в рабочих руках.»*

Собственно, ведь и материнские капиталы — лишь фиговый листок, прикрывающий фигу в кармане у государства, на деле попирающего конституционные права на охрану здоровья, равный доступ к образованию (а не к грамотности), жилье и др. Но без соблюдения конституционных прав нет уверенности в будущем детей наших. А, соответственно, плодиться в таких условиях может только безответственный маргинал, для которого предложенная сумма за второго ребенка может означать гарантию светлого будущего. Судя по скудному, натянутому приросту показателя рождаемости, таких, несмотря на многие годы обольщения, среди нас оказалось немного. И число усыновителей, снизившись в интервале 1994–99 гг.

с 14 тыс. до 7 тыс., остается стабильным при сотнях тысяч сирот. Не дают нам заработать на то, чтобы иметь детей тогда, когда мы их должны заводить — в возрасте физиологического для этого оптимума!

При этом под сокращение населения была подведена «глубокая научная основа», объясняющая его необходимость. Якобы, в том, что нас становится меньше, виновата не управленческо-политическая импотенция власть получивших, а некие фатальные стечения обстоятельств. Так, один из главных младореформаторов на заре демократических реформ озвучил нам появившиеся «вдруг» результаты «глубоких» исследований западных специалистов, поданных нам как-то слишком вовремя, о том, что оптимальная численность населения государства определяется климатической зоной, где государство располагается, и для России — это 80 млн.чел. При этом в пример приводилось освоение территории Канады как близкой нам по климато-географическим условиям. Расчеты основаны на определении доли активного труда человека, расходуемой на поддержание температурного комфорта для организма (от питания, сгорающего для обогрева/охлаждения, до утепления и обогрева жилища и сезонной верхней одежды). При превышении определенного порога проживание в климатической зоне становится экономически не оправданным. Через какое-то время глава правительства одной из влиятельных западных стран заявил, что Запад бы устроило, если бы на территории России проживало не более 15 млн. человек, таким образом, озвучив, совершенно очевидно (как глава правительства), не только свои чаяния. Как показывает опыт той же Канады, если трудовые ресурсы в края с суровым климатом завозить вахтовым методом из стран, где имеется их переизбыток (что с успехом проводит эксгубернатор одного отдаленного региона, ввозя рабочую силу из южной страны), то отпадает необходимость в развитии инфраструктуры региона, связанной с семьей (населенные пункты с квартирным домостроением, ЗАГсами, роддомами и иными медицинскими, а также детскими образовательными учреждениями...) — экономия!

При этом упускается из виду, что одна и другая цифра как-то не соответствуют количеству населения, проживавшему в России, по данным первой общей переписи 1897 г. Правда, тогда был более высокий уровень рождаемости, но возможность выжить у ребенка по многим, в т.ч. медицинским, причинам была гораздо меньше, а производство продуктов стояло на гораздо более низком технологическом уровне. И, все равно, население России примерно в нынешних границах насчитывало около 100 млн. чел. при меньшей освоенности ее территории и ресурсов, а страна была одним из крупнейших экспортеров зерна в мире. Вероятность выживания ребенка в те годы иллюстрирует следующее: если детей в возрасте 0–4 лет включительно насчитывалось 20 907 590, то подростков 15–19 лет — 12 526 492, т.е. только у 59,9% детей первых 4-х лет жизни была возможность дожить до совершеннолетия. По официальным данным той поры, детская смертность в отдельных губерниях превышала 70%, и, тем не менее, с 1897 по 1905 г. прирост населения составил 15,2% (!) [6, 7, 8].

На этом фоне встает вопрос: а случайно ли нашей стране в достаточно жесткой форме стали навязывать



идею отказа от педиатра в нижнем, амбулаторно-поликлиническом звене, медицинской помощи? Основание — отсутствие в мире аналогов, чтобы специализированная помощь (а именно к такому виду причислена медицинская помощь, оказываемая педиатром населению в возрасте от 0 до 18 лет) оказывалась на этом уровне. Нам стали навязывать введение «врача общей практики» или, как его еще называют, «семейного врача», и он (а не адекватное ассигнование отрасли), якобы, решит все наши проблемы, приведя детскую и младенческую смертность к уровням развитых стран. Нашлось достаточно много горячих голов, которые (хочется думать, что бескорыстно) с азартом взялись за проталкивание подсовываемых реформ, преподнося себя такими просвещенными западниками «а ля — Петр I».

Однако господа забыли, что предлагаемые реформы мало чем отличаются от той системы земской медицины, которая существовала у нас до революции [9]. И если молодая советская республика пошла по пути создания той формы государственной медицинской помощи, какую мы имели до пресловутых реформ, то, наверное, у нее были на то свои, глубокие, в том числе и социальные, резоны. И хулить эту систему у нас нет никакого основания.

Достаточно сказать, что Англия в 30-е годы прошлого столетия, когда была вынуждена заняться созданием государственной системы медицинского обслуживания населения, после поисков образца такой системы, остановилась на опыте молодого Советского государства [10], хотя в симпатиях ее к нам трудно заподозрить. Парламентом в 1939 году было принято решение о принятии за основу в создании государственного здравоохранения названной ими по фамилии нашего первого наркома здравоохранения «системы Семашко».

Вслед за консервативной Англией внимание к нашей системе государственного здравоохранения было проявлено в разные годы еще целым рядом стран и не только социалистической ориентации. В то же время, в Англии, как и в подавляющем большинстве западных стран, действительно, до последнего времени нет педиатра в первичном звене медицинского обслуживания. Стоит обратить внимание, что в той же Англии само появление государственной системы здравоохранения и каждый позитивный шаг в ее развитии происходили в результате классовой борьбы за социальные права, за достойный уровень жизни и доступ к медицинскому обслуживанию. Кроме того, как результат социального неблагополучия, толчком к созданию государственной системы здравоохранения обычно служила угроза и/или реальное сокращение численности населения. Именно это вынудило правительство Англии искать образец для создания государственной системы здравоохранения в 30-е годы и срочно вернуться к этому вопросу сразу после окончания II мировой войны. Победа подтвердила жизнеспособность Советской социальной системы и явилась стимулом для активизации борьбы за социальные права в мире. Однако государственная медицинская служба в Англии была развернута ровно настолько, насколько государство себе это могло позволить, исходя из средств, которые предполагалось на это выделить, и насколько «наборолось» ратовавшие за это. В результате, в первичном звене они и имеют врача общей практики.

Следующим этапом в развитии государственной системы здравоохранения Англии стало появление в 70-е годы женских консультаций. Аналитики становления государственной службы здравоохранения туманного Альбиона и не скрывают, что последнее было следствием активизации на политической арене страны феминистического движения, которое сумело войти в парламент с соответствующей социально-политической программой [10]. А до полноценной педиатрической помощи они просто так и не дошли (пока), хотя необходимость ее уже осознается.

Таким образом, наши доморощенные реформаторы с западной подсказки считают, что мы не имеем своей истории и пока с вами наборолось только на то, чтобы они рассовали нашу страну по своим бездонным карманам. А той государственной системы здравоохранения, которая рождена гением и на крови наших дедов-прадедов в социальной мясорубке конца XIX — начала XX века, мы не заслужили, т.к. не завоевали ее в борьбе. Не заслужили мы, чтобы к нашим детям приезжал на вызов и оказывал помощь в поликлинике педиатр, чтобы мы гарантированно получали помощь своевременно и в необходимом для нормального качества жизни объеме. Если мы не поймем этого, то, действительно, надо признать, что не заслужили, и окончательно растеряем в скором времени все не нами завоеванное, отстоянное, сохраненное для нас, с чем мы родились, но не оценили (как не ценится воздух и вода, пока их хватает) по достоинству, не поняли, что всякое достижение в условиях социально расслоенного общества следует отстаивать в целенаправленной борьбе. Без этого потери только будут продолжать множиться.

В итоге, **наше здравоохранение под руководством экономистов стало вместо лечения больных заниматься продажей медицинских услуг**, с тем чтобы на этом еще и зарабатывать. В то время как здравоохранение должно ориентироваться на отдаленный экономический эффект от сокращения потерь трудоспособного населения, увеличение продолжительности активной жизни граждан, нашему руководству — подавай немедленные результаты и короткие деньги. Возмущений не было слышно только из службы главного санитарного врача и, скорей всего, потому, что чувство самосохранения у власть предержащих еще не атрофировано: они понимают, что от вспышек инфекций, экологических катастроф заборами и охраной не отгородишься. Так что с прививками у нас проблем нет, есть проблема с их количеством и оправданностью агрессивности их проведения, вызывающих у многих коллег сомнение в их обоснованности и абсолютной бескорыстности.

Еще один очевидный результат — сужающаяся, как шагреновая кожа, система санаторно-курортной помощи детям с сокращением возможности получить ее для большей части нуждающихся (число коих растет) [11, 12].

В 2004 г. в Минздравсоцразвития РФ рассматривался проект реформы здравоохранения, где предлагалось перевести 60% амбулаторно-поликлинических учреждений на «АВТОНОМНОЕ» финансирование. Т.к. появление этого проекта совпало с принятием пресловутого ФЗ 122 (о разделении властей или, как его еще называют, — о монетизации льгот), первоначально я решил, что речь идет

о переводе финансирования на муниципальный уровень, но муниципальное финансирование оговаривалось отдельно, а, значит, **60% амбулаторно-поликлинических учреждений предлагалось выживать за счет населения.** На мой вопрос к высокому министерскому начальнику, что подразумевается под словом «автономное» применительно к финансированию в данном случае, последовал ответ, что я все понял правильно. При уточнении, предполагается ли раздельное квотирование по детским и по взрослым учреждениям (я предполагал, что сокращение детских амбулаторно-поликлинических учреждений будет при этом соответствовать сокращению детского населения, число которого к тому времени сократилось, по сравнению с периодом до начала перестройки, почти на 10 млн., а взрослых — будет пропорционально числу пенсионеров и неработоспособных членов общества), — ответ был: «Боюсь, что процент сокращения един. А что Вы хотели, первоначально эта цифра была 80%, 20% нам еще удалось отстоять». Слава Богу, этот документ тогда не был принят, впрочем, возможно, он только отложен (?).

В то же время, **как свидетельствует статистика той же Америки, большая часть родителей, минуя врача общей практики, идет с детьми к педиатру, но платит за это из своего кармана (впрочем, там медицина все одно платная), игнорируя врача общей практики, как лишнее промежуточное звено.**

В государственной системе здравоохранения Англии материально стимулируются врачи, овладевающие педиатрией, которую они осваивают после получения общего медицинского образования в рамках дополнительной специализации (врач, имеющий дополнительные специализации, получает доплаты к ежемесячному окладу). В действующих инструктивных документах подчеркивается необходимость, предпочтительность обслуживания вызова к ребенку специалистом, имеющим специализацию по педиатрии [10].

Мы должны в пояс поклониться всем, кто возглавил борьбу за сохранение педиатра в нижнем звене оказания лечебно-профилактической помощи в нашей стране. Это, прежде всего, Союз педиатров России во главе с его председателем, академиком РАМН, профессором Александром Александровичем Барановым, профессор Леонид Михайлович Рошаль, доктор мира, употребивший весь свой административный ресурс на это благое дело, а также экс-директор Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Минздравсоцразвития РФ, профессор Ольга Викторовна Шарапова и многие другие, вставшие на пути попытки бездумного уничтожения, несомненно, важнейшего социального завоевания Великой Октябрьской революции, с таким успехом развитого за 70 лет власти, которая все-таки, как оказалось, не только думала **за** нас, но, все-таки, и **о** наших детях и заботилась о них.

В середине мая 2009 г. в Киеве состоялся съезд педиатров стран СНГ. Выяснилось, что одна из бывших союзных республик, уступившая настырным, оплаченным (как и в нашем случае) зарубежным рекомендациям по уничтожению педиатрической службы страны, вынуждена теперь расплачиваться за это: педиатры разъехались, система их подготовки разрушена, детская смертность подскочила в разы — они вынуждены обращаться

к другим странам за помощью в восстановлении утраченного, включая подготовку педиатрических кадров.

Необходимо отстаивать и не уступать ни под каким видом социальных завоеваний прежних поколений — равного доступа к медицинской помощи и образованию (как приобщение к общечеловеческой культуре и ценностям, а не борьба с безграмотностью, как на заре Советской власти).

В итоге «демократизации» мы ждали, что на нас снизойдет нечто в виде благодатной части западных ценностей в виде беззаботной сытости и свободы от всего, но оказались в условиях «дикого капитализма», когда всем предложено зарабатывать на все самим и получать социальных благ столько, на сколько заработали. Стала активно развиваться частная медицинская помощь и система добровольного (негосударственного) медицинского страхования, предложившая медицинским работникам несопоставимо более высокую оплату труда. Соответственно, произошел отток талантливых и квалифицированных кадров из государственных учреждений, включая научные. Но частная и негосударственная медицинская помощь исходят не из реальной потребности населения в медицинской помощи, а лишь из потребностей той части населения с соответствующим уровнем доходов, которая способна и готова оплачивать коммерческие медицинские услуги, что делает данные системы здравоохранения рентабельными, но отнюдь не для ГОСУДАРСТВА, как представителя НАРОДА. И задача народа, в условиях злокачественного социального расслоения, заставлять государство повернуться лицом к его, народа, потребностям, что и демонстрирует нам логика развития западных систем здравоохранения на примере Англии. Если хотят, чтобы мы покупали необходимые медицинские услуги, так пусть хотя бы будет обеспечено, чтобы зарплаты/пенсии в нашей стране позволяли их оплачивать за себя и за детей наших, и за стариков.

Как позволяет убедиться зарубежный опыт, без государственной системы здравоохранения уже не обойтись. Даже в такой мощной стране, как США, остро встал вопрос о создании такой системы, в связи с ростом численности населения, не способного оплачивать медицинские страховки, но из-за этого не менее заслуживающего достойного человеческого уровня медицинского обслуживания, в т. ч. и тем, что поставляет трудовые ресурсы, способствующие развитию всего и вся, да и рекрутов в армию. Т.е., ради того населения, что составляет суть государства, без чего теряется его смысл, а остается...одна глобализация. Глобализация во имя, опять же, «высших интересов», которые, как потом выяснится, отражают интересы лишь кучки отнюдь небескорыстных идеологов из ряда транснациональных компаний, желающих заменить Бога на земле и распоряжаться всем и вся по своему усмотрению, но, якобы, от имени всех людей Земли. Но не могут все хотеть одного и того же, ведь пока одни летают в космос, как высшее проявление их совокупного интеллекта, другие растворяются в дебрях еще не совсем уничтоженных джунглей, благоденствуют в зоне вечной мерзлоты, третьи же норовят прокатиться за чужой счет.

В результате всего происшедшего в нашей стране, уровень, качество и доступность медицинского обслуживания упали. Нас 70 лет призывали жертвовать всем во имя стра-



ны и светлого будущего, не щадя живота своего, при этом гарантируя бесплатную медицинскую помощь, уровень которой зависел от продвижения по социальной лестнице (различного рода ведомственные медицинские службы, включая 4-е Главное управление). Последнее, к слову, благодаря стараниям академика Евгения Ивановича Чазова, являло нам пример, к которому следовало стремиться всему здравоохранению, и было источником, из которого в широкую медицинскую практику входили многие новации, и борьбу за наши здоровье и жизнь в системе трехэтапной медицинской помощи (амбулаторно-поликлинический — стационарный — санаторно-курортный этапы). При этом государство, с другой стороны, постоянно ратовало за здоровый образ жизни, как залог здоровья и долголетия. Теперь же нам (намеренно или нет — другой вопрос) в жесткой, безальтернативной форме предложено уяснить, что быть здоровым и богатым гораздо лучше, чем бедным и больным, т. к. бедный и больной ни жить/лечиться, ни умереть достойно не сможет.

По заказу страховщиков создана система стандартов и протоколов ведения больных, которая предписывает вести всех пациентов с одним основным диагнозом так, как будто мы все близнецы, проживающие всю жизнь в одинаковых условиях, без вариантов, а это не так. Врачам априори всем просто отказано в порядочности, здравом смысле, профессионализме и в чувстве профессионального долга, требующего лечить не болезнь, а больного, т. е. лечить каждого с учетом условий его жизни, развития болезни, наследственности, характера и т. д. Как врач должен доказывать, что его назначения были необходимы для выздоровления пациента, а не для того, чтобы получить лишнее со страховой фирмы, которая отвечает только за собранные с нас средства, и которые она считает своими. Проще лечить так, чтобы не возникало проблем со страховщиками, да и вообще, если платят за лечение, как за процесс, — зачем вылечивать (!?).

При такой системе охраны здоровья, помимо активного отстаивания исторических социальных завоеваний, населению остается только одно — то, за что так давно (и, где-то, ханжески), ратовали все и вся, — **здоровый образ жизни. Это тот ресурс, который еще очень слабо задействован населением в деле укрепления и сохранения здоровья. Этот ресурс доступен всем и, как бы ни был дорог (с учетом нынешних цен на здоровое, а, значит, полноценное питание), все-таки обойдется дешевле лечения**, которое, при нынешнем положении в медицине, и не достаточно эффективно, а то и опасно для жизни.

Бросайте пить и курить, господа! Займитесь систематическими физическими нагрузками и закаливающими процедурами (право же, ну не нужны для этого фитнес-клубы с заоблачными ценами, умопомрачительные спорткомплексы, престижная экипировка и т. д., нужны только воля и желание, подкрепленные сознанием необходимости сохранения здоровья, не только как собственного достоинства, но достоинства детей и внуков ваших). Займитесь этим вместе с вашими детьми, и вы, и дети ваши будут болеть реже и легче, и внуки будут здоровее. В обществе, где ни-

кто никому ничего не должен, постарайтесь в своей семье быть себе и родным своим государством, тем заботливым государством, каким вы хотите это государство видеть. Если развал государства сопровождается развалом семьи, то, возможно, созидание здоровой семьи завершится созиданием здорового государства. Тогда и нагрузка, и упование на здравоохранение будут не столь запредельны относительно его ассигнования и возможностей.

Но надо не забывать и о том, что любые позитивные сдвиги в области здравоохранения, как показывает исторический опыт, могут появиться лишь в результате настойчивой борьбы населения, как потребителя медицинских услуг, а также медиков (в том числе, и как потребителей).

Незамедлительного участия всех требует борьба за экологическое благополучие среды обитания. В этом мы уже опаздываем с нашим многолетним бездумным, но не безнаказанным, покорением природы. Проблема экологического неблагополучия в той степени остроты, в которой она стоит в мегаполисах и отдельных регионах, уже не просто проблема здоровья, а проблема выживания человека. Об этом свидетельствуют растущие показатели заболеваемости, удельный вес хронических заболеваний, низкая продолжительность жизни и высокие значения смертности. Изменяющаяся в агрессивном темпе окружающая среда — основная причина дисадаптоза, как причины широкого спектра патологии, объединенной по наличию признака истощения адаптационных возможностей человека, как вида. При этом имеет место мультифакторное воздействие в сроки, не позволяющие организму безболезненно адаптироваться к изменениям [13, 14].

Таким образом, помимо партий, отстаивающих социальную справедливость и целесообразность сохранения позитивных социальных завоеваний, необходимы и партии, выступающие под лозунгами зеленого спектра за экологическую безопасность населения во всем объеме этого понятия (физическую, химическую, психологическую, культурную и т. д.).

В заключение приведу краткие сведения о медицинской службе в неземских и земских губерниях дореволюционной России, по данным Энциклопедии Ф. А. Брокгауза и И. А. Ефрона [9]:

По данным медицинского департамента за 1890 г., разработанным г. Гребенщиковым, в 34 земских губерниях числилось 1818 врачей, что составляет 14% всех врачей империи; из них 80% — люди молодые, не старше 40 лет. Жалованье участковых земских врачей колеблется в широких пределах, в зависимости от местных условий: 60% всех земских врачей получают от 1000 до 1500 руб., около 20% — менее 1000 руб., столько же — более 1500 руб. Среднее жалованье участкового земского врача в центральной России составляет 1200 руб. при готовой квартире. При сельских лечебницах, в особенности более новых, почти всегда врачу отводится квартира. В новейшее время многие земства ввели систему периодических прибавок к жалованью врачей после 10-летней службы; прибавка (например, 25% содержания) назначается через каждые 3 года или через 5 лет, обыкновенно 2 раза каждому врачу. Кроме того, многие земства дают периодические *отпуска* врачам, поочередно прикомандировав их на несколько месяцев к одному из университетов и т. п. для научного усовершенствования. Земству принадлежит

1197 лечебных заведений, что составляет 57% всех больниц империи, с числом кроватей в 24715 — около 35% общего числа кроватей всех больниц и клиник России. По официальным данным, за 1892 г. организация медицинской помощи в 34 земских губерниях, по сравнению с 12 губерниями, в которых медицинским департаментом устроена сельская медицина, выражается следующими цифрами:

	В 12 неземских губ.	В 34 земских губ.
1 врач приходится на площадь в	8640 кв. вер.	1800 кв. вер.
1 врач приходится на население	101 300 душ	42 000 душ
1 кровать приходится на	2380 душ	1250 душ
На 10 000 населения приходится кроватей	4,2	8,0
На 10 000 населения приходится всех больных, обращающихся к медицинской помощи	1594 души	3210 душ
На 10 000 населения коечных больничных	47 душ	123 души

В городах:

1 врач приходится на	8655 чел. гор. жителей
1 больница приходится на	88 049 чел. гор. жителей
1 кровать приходится на	1111 чел. гор. жителей

.... Итак, число врачей в России почти в 5 раз меньше, чем в Англии, и в два раза меньше, чем в Австрии и Норвегии (Герценштейн). Недостаток в врачах в России тем ощутимее, что медицинский персонал распределен весьма неравномерно: 50% врачей живут в губернских городах, 25% в уездных и только около 25% вне городов. Малому числу врачей соответствует и незначительное количество больниц, которых всего 3669 (из них 2187 общих и 1782 специальных). *Итог* всему сказанному можно сформулировать кратко: в России болеют и умирают больше, чем в других странах Европы; в особенности велика детская смертность. Средняя продолжительность жизни мала. Врачебная и особенно санитарная часть, за исключением некоторых земских губерний и некоторых крупных городов, находится в очень неудовлетворительном состоянии.

...В России существуют местности с громадной детской смертностью: Пермская губ. (1881 г.) — 79,5% (от 1 до 10 лет), Кузье-Александровский завод Пермской губ. (1838—75) — 71,3%, Рождественская волость Пермской губ. — 80,2% (от 1 до 10 лет), Новгородская губ. (1836—55 г.) — 73,1% (до 1 г.), Смоленская губ. (1881—90 г.) — 65,22 (до 5 лет), Московский уезд (1869—73) — 62,5 (до 5 лет), Тверская губ. (1887—91) — 61,5 (до 5 лет).

...Продолжительность жизни в России очень низка: для мальчиков — 27,25, для девочек — 29,38 года; местами она спускается до 19,95 (Пермская губ.) и даже 16,9 (Кузье-Александровский завод), между тем как во Франции она доходит до 43 лет 6 мес., в Англии — до 45 л. 3 мес., в Швеции — до 50 л.

Среди прочего обращает на себя внимание то, что тогда считали необходимым указывать площадь, приходящуюся на одного врача, т.к. это отражало доступность, скорость оказания медицинской помощи. Хотелось бы, чтобы и сейчас площадь обслуживаемого участка указывалась и определялась не только количеством проживающего населения, но и площадью, которая бы делала медицинскую помощь, с учетом имеющегося транспорта и состояния дорог реальной в оптимальные сроки [15].

ЛИТЕРАТУРА

- Бондарь В.И., Брызгунов И.П. Проблемы и перспективы высокотехнологической медицинской помощи в охране здоровья населения // Пятиминутка, 2009, № 2 (7), с. 4–7.
- Лисицин Ю.П. Здравоохранение и страхование здоровья в XX веке / Под ред. А.М.Таранова. — М., Федеральный Фонд ОМС, 2001, 192 с.
- Биан Абель-Смит. Международное исследование расходов на здравоохранение и его значение для планирования здравоохранения. — Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1969, 146 с.
- Совершенствование управления в здравоохранении стран Центральной и Восточной Европы / Сб. статей под общ. ред. Д-ра Джеймса А.Райса, директора программы «ЗдравРеформ» по России, финансируемой Агентством международного развития США. — М., 1996, 191 с.
- Тульчинский Т.Х., Варавакова Е.А. Новое общественное здравоохранение. Введение в современную науку. — Иерусалим, 1999, 1049 с.
- Рихтер Д. Россия. Население: Статистика // Энциклопедический словарь. / Ред. Ф.А.Брокгауз, И.А.Ефрон. — СПб.
- Рихтер Д. Россия. Население: Статистика (дополнение к статье) // Энциклопедический словарь / Ред. Ф.А.Брокгауз, И.А.Ефрон. — СПб.
- Покровский В., Рихтер Д. Россия. Население: Статистика (таблицы к статье) // Энциклопедический словарь / Ред. Ф.А.Брокгауз, И.А.Ефрон. — СПб.
- Хлопин Г., Эрисман Ф. Россия. Медицина и народное здравие // Энциклопедический словарь / Ред. Ф.А.Брокгауз, И.А.Ефрон. — СПб.
- Охрана материнства и детства в России и Великобритании. Междисциплинарный подход / Отв. ред. Н.С.Григорьева. — М, «Медицина», 2002, 221 с.
- Бондарь В.И. Санаторно-курортный этап в структуре медицинской реабилитации детей инвалидов / Автореф. дис. ... уч. ст. доктора мед. наук. — М., 1999, 43 с.
- Бондарь В.И. Выпадающий этап // Медицинская газета, 23 июля 2006, № 46, с. 12–13.
- Бондарь В.И. Состояние здоровья детей свидетельствует об истощении адаптационных резервов человека // В сб. тез. Междунар. Конгресса «Здоровье, обучение, воспитание детей в XXI веке». М., 2004, I т., с. 172–175.
- Бондарь В.И. Ожирение // Психосоматическая патология у детей / Ред. И.П.Брызгунов. — М., «Психотерапия», 2009. Гл.15. С.308–341.
- Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н., Бондарь В.И. Больничная летальность детей первого года жизни, как ресурс снижения младенческой смертности // Здравоохранение Российской Федерации, 2007, № 4, с. 28–32.



Горбанев С. А.,
директор ФБУН «Северо-Западный научный
центр гигиены и общественного здоровья»,
д.м.н., профессор, Санкт-Петербург, Россия

Копытенкова О. И.,
главный научный сотрудник отдела
анализа рисков здоровью населения ФБУН
«Северо-Западный научный центр гигиены
и общественного здоровья», д.м.н., профессор,
Санкт-Петербург, Россия

О РИСКЕ ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ И ЗАГРЯЗНЕНИИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Здоровье на современном этапе рассматривается как комплекс демографических показателей, показателей заболеваемости, физического и психологического состояния населения. При оценке здоровья на основе рекомендаций ВОЗ используют показатель заболеваемости и агрегированный показатель, рассчитанный на основе оценки риска здоровью — число потерянных лет потенциальной жизни населения.

Установлено, что только загрязнение атмосферного воздуха приводит к увеличению смертности населения в крупных городах и является причиной примерно 40 тыс. дополнительных смертей в год.

В последние годы возросло число аллергических заболеваний дыхательной системы, кожи и подкожной клетчатки (до 20% среди детского населения). В научной литературе даже введен термин — «полиорганная аллергия, или синдром химической гиперчувствительности». Аллергическими заболеваниями в США и Западной Европе страдают от 3 до 7% детей. В России также отмечено повышение распространенности болезней аллергической природы, частота бронхиальной астмы в детской популяции России достигает 3%.

Интенсивный рост числа не только аллергических болезней, но и онкологической патологии отмечается в последние десятилетия во всех развитых странах мира.

Хроническое действие химических и физических загрязнителей природных сред является основой их неблагоприятного действия. В настоящее время определение зависимости «доза — эффект» по рекомендации ВОЗ проводится на основе оценки риска здоровью популяции.

Важнейшими элементами оценки риска является выявление количественной характеристики опасности, связанной с изменением естественного ксенобиотического профиля среды, и определение вероятности такого воздействия.

Рекомендации ВОЗ определяют риск как «ожидаемую частоту нежелательных эффектов, возникающих от заданного воздействия загрязнителя». Оценка риска здоровью населения в настоящее время проводится в соответствии с методическим руководством «Руководство по оценке

риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду» (Р 2.1.10.1920–04). Дополнительно, для оценки риска используют современную методику оценки риска здоровью населения в соответствии с Методическими рекомендациями 2.1.10.0062–12 «Количественная оценка неканцерогенного риска при воздействии химических веществ на основе построения эволюционных моделей».

Потенциально опасными для человека являются десятки тысяч химических веществ. Однако оценка состояния атмосферного воздуха, как во всем мире, так и в России осуществляется на постоянной основе по 10–12 веществам, включая многокомпонентные «взвешенные вещества» как одно вещество т.е. пыль. В то же время официальные источники, например, доклад «об экологической ситуации в Санкт-Петербурге в 2017 году», свидетельствуют: «Каждые сутки мы вдыхаем около 15 кг воздуха и примерно одну столовую ложку пыли, содержащей токсины, канцерогены, аллергены, значительная часть которых не выводится из организма, а постепенно накапливается, снижая иммунитет и разрушая здоровье».

Для характеристики риска здоровью населения Санкт-Петербурга проведены исследования химического и физического загрязнения окружающей среды города. Изучена заболеваемость 123 тысяч детей в возрасте 0–14 лет.

У детского населения Санкт-Петербурга по сравнению с детьми, проживающими в других мегаполисах, статистически значимо чаще диагностируются заболевания, сопровождающиеся аллергическим компонентом, болезни эндокринной системы (в основном, за счет гипотиреоза и тиреотоксикоза), патология сердечно-сосудистой системы (за счет болезней, связанных с повышенным артериальным давлением) и новообразования. Кроме того, установлено, что дети чаще болеют экозависимыми заболеваниями дыхательной системы, кожи и подкожной клетчатки, мочевыводящей системы, патогенетически связанными с загрязнением атмосферного воздуха.

При оценке риска здоровью установлено, что величины показателей канцерогенного риска в пригородах

Санкт-Петербурга находятся, в основном, на уровне 10–4–10–5, характерном для большинства городов России. Вместе с тем, величины показателей канцерогенного риска на жилых территориях центральной части города находятся на уровне 10–2, что характеризует канцерогенный риск как значительно выше приемлемого. Ведущее место среди канцерогенов занимают хром и формальдегид, далее следуют соединения тяжелых металлов (свинец, кобальт, никель и кадмий). Вклад вышеуказанных веществ в суммарный канцерогенный риск для здоровья населения Санкт-Петербурга, составляет 99,0%.

Анализ свидетельствует, что у населения центральной части Санкт-Петербурга, где проживает 511,4 тыс. человек, уровень индивидуального канцерогенного риска составляет 6×10^{-2} , что в международной практике соответствует критерию, при котором необходимы организация и проведение экстренных мер, направленных на его снижение.

Не канцерогенный риск для центральной части города оценен как «чрезвычайно высокий»: показатель H_i составляет от 15,4 до 22,2. Основными органами и системами организма человека, подверженными риску, являются органы дыхания, иммунная, сердечно-сосудистая и нервная системы.

Основной вклад в суммарный индекс не канцерогенного риска вносят соединения тяжелых металлов и формальдегид. Вклад других органических загрязнителей (диоксид серы, 1,3-бутадиен, толуол, ксилолы, стирол, бензол, этилбензол и др.) тоже значим, но существенно ниже.

Количественная оценка не канцерогенного риска проведена и с помощью построения эволюционных модели риска с учетом химического загрязнения воздушной среды и сверхнормативного акустического воздействия.

Динамика показателя риска здоровью населения для изучаемых условий Санкт-Петербурга (в среднем по городу) показывает, что риск характеризуется как «высокий», начиная с возраста 54 года, в возрасте 66 лет показатель риска переходит в категорию «экстремальный». В центральной части города период «высокого» риска начинается с возраста 48 лет, период «экстремального» риска начинается ориентировочно в возрасте 60 лет (т.е. на 6 лет раньше).

Расчетные показатели прогнозируемой продолжительности жизни (ППЖ) населения центральной части города на 8,2 года меньше по сравнению с ППЖ всего населения города в целом.

Таким образом, установлено, что состояние окружающей среды в условиях Санкт-Петербурга оказывает существенное негативное влияние на здоровье населения. Современное состояние окружающей среды города вызывает озабоченность, прежде всего, в связи с высокими уровнями канцерогенного риска для населения, проживающего в центральной части города.

Применение предложенного подхода к проведению исследований соответствует международным принципам оценки риска для здоровья от загрязнения воздуха (AP-HRA), которые свидетельствуют, что результаты оценки риска здоровью населения являются важным инструментом для обоснования решений государственной политики.

ПО ТЕМЕ...

ЗАГРЯЗНЕНИЕ ВОЗДУХА

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ GREENPEACE

Российское отделение Greenpeace и более 200 волонтеров провели масштабное исследование загрязнения воздуха летом 2018 года.

По закону Роспотребнадзор обязан информировать людей о загрязнении воздуха, но в реальности получить эту информацию очень трудно, поэтому сейчас мы собираем подписи, чтобы добиться от ведомства своевременной публикации данных онлайн.

Результаты исследования показали, что концентрация диоксида азота (опасного для здоровья вещества) зависит от близости к источникам загрязнения, в первую очередь — к дорогам с интенсивным движением автотранспорта.

По российским нормативам среднесуточная предельно допустимая концентрация (ПДК) диоксида азота составляет 40 мкг/м³. Если эта величина превышена, дышать таким воздухом может быть опасно для здоровья.

В половине проб, которые мы взяли ближе 20 метров от автодорог, среднесуточная концентрация диоксида азота превысила российские нормативы.

В трети проб, собранных на расстоянии от 20 до 50 метров от автодорог, среднесуточная концентрация составила 30–40 мкг/м³, то есть была близка к тому, чтобы превысить российские нормативы.

Исследование проходило в восьми городах: Москве, Петербурге, Нижнем Новгороде, Екатеринбурге, Самаре, Казани, Воронеже и Ростове-на-Дону с помощью диффузионных трубок Палмса. В Москве волонтеры установили 120 трубок, в Петербурге — 80, в остальных городах — по 50. В каждом городе за проведение исследования отвечал координатор, который получил подробные инструкции. При выборе мест для установки трубок мы учли факторы, которые могут повлиять на результаты эксперимента.

Методика исследования была апробирована в нескольких европейских странах. Нас консультировал университет Эксетера, а пробы анализировала сертифицированная лаборатория в Великобритании.

В Санкт-Петербурге было собрано 46 проб. Из 12 трубок, которые были установлены на расстоянии менее 20 м от автодорог, 8 показали среднесуточную концентрацию более 40 мкг/м³. Из 21 трубки, размещенной на расстоянии более 100 м от крупных автодорог, такой же результат показали только 3. Максимальная концентрация диоксида азота — 57,51 мкг/м³ (Большой Сампсониевский проспект, 98).

Источник: <https://act.greenpeace.org/page/31909/>



«ОТКРЫТОЕ ПИСЬМО» ВРИО ГУБЕРНАТОРА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА А. Д. БЕГЛОВУ УЧАСТНИКОВ КРУГЛОГО СТОЛА В РАМКАХ МЕЖДУНАРОДНОГО ФОРУМА «ЭКОЛОГИЯ БОЛЬШОГО ГОРОДА» НА ТЕМУ: «ФОРМИРОВАНИЕ ВЗГЛЯДОВ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ БУДУЩЕГО», СОСТОЯВШЕГОСЯ 20 МАРТА 2019 ГОДА

Уважаемый Александр Дмитриевич!

Обращаем Ваше внимание и выражаем надежду на принципиальное рассмотрение важнейших **«сигнальных»** аспектов обеспечения качества жизни настоящего и будущих поколений, путей, форм и методов формирования взглядов и рекомендаций экологически грамотного поведения для жизни в мегаполисе и обеспечения экологической безопасности в Санкт-Петербурге.

Участники Круглого стола с сожалением отмечают наличие в обществе несоответствия представлений и поведения человека критериям экологической безопасности.

Участники считают необходимым серьезное изменение отношения государственных, общественных и бизнес-структур к осуществлению комплексных мер по экологическому просвещению, воспитанию, образованию и формированию экологической культуры населения и экологической компетентности руководства и лиц, принимающих решения в сфере природопользования и экологической безопасности.

Обоснованием формирования этого мнения участников круглого стола являются:

— накопление проблем и углубление кризиса в сфере охраны окружающей среды и обеспечения экологической безопасности, не находящих вразумительных и обоснованных путей решения со стороны исполнительных органов государственной власти в Санкт-Петербурге, возникновение угроз экологической стабильности природной среды и санитарно-эпидемиологическому благополучию населения в результате накопления экологического ущерба;

— отсутствие адекватной ответной реакции со стороны исполнительных органов государственной власти, уполномоченных на решение вопросов природопользования, охраны окружающей среды и обеспечения экологической безопасности города, на стремление экологической ответственности города, на основе сложившихся угроз и рисков природе и человеку, экспертной помощи руководству города в осуществлении мер по улучшению ситуации с активным участием общественных организаций;

— желание исключения повторения ситуации 2013 и 2017 годов, когда Годы охраны окружающей среды, объявленные Указами Президента РФ, не были ознаменованы заметными результатами в области оптимизации экологической ситуации в Санкт-Петербурге и решением проблем в этой сфере деятельности.

Участники заседания обращают внимание органов государственной власти на наличие ряда экологических проблем, снижающих качество жизни населения города. Бес-

покойство вызывает наличие неконтролируемых источников опасных выбросов и сбросов в окружающую среду, недостаточный уровень озеленения, несоблюдение нормативной численности парковочных мест для общественного и личного транспорта в жилых и общественных зонах, способствующие загрязнению воздушной среды, почвогрунтов и водотоков вдоль автомобильных дорог соединениями тяжелых металлов и полиароматическими углеводородами; избыточному накоплению отходов и продуктов эксплуатации дорожно-автомобильного комплекса на единицу площади территории города; сверхнормативному акустическому воздействию на жилые помещения и территории. Химическое и физическое загрязнение окружающей среды значительно увеличивает канцерогенный риск и риски другой патологии взрослого и, особенно, детского населения. По представленным данным, риск здоровью населения (в среднем по городу) характеризуется как «высокий» начиная с возраста 54 года, в возрасте 66 лет показатель риска переходит в категорию «экстремальный».

При этом участники заседания выделяют несколько ключевых проблем в Санкт-Петербурге, которые «сигнализируют» о необходимости срочного вмешательства в их решение.

Это прежде всего:

1. **Отсутствие полной и достоверной информации о состоянии окружающей среды.** Информирование городского сообщества на регулярной основе осуществляется через «Экологический портал Санкт-Петербурга» (www.infoeco.ru) только по данным системы наблюдений АСМ Комитета по природопользованию, охране окружающей среды и обеспечению экологической безопасности (КПООС) и **не отражает реальное положение**, т.к. в перечне приоритетных загрязнителей отсутствуют бенз (а) пирен и формальдегид, не говоря уже о веществах, включенных в список Стокгольмской конвенции 2001 г. о стойких органических загрязнителях. **Измерение загрязнения формальдегидом с 2012 года прекращено**, что привело к занижению показателя уровня загрязнения атмосферного воздуха (ИЗА) более чем в 2 раза. Данные наблюдений Государственной службы СЗУ ГМС в открытом доступе отсутствуют. **Отсутствует информация о загрязнении почвогрунтов города**, т.к. после 2007 г. экологический мониторинг почвогрунтов в Санкт-Петербурге **прекращен**, хотя уже тогда наблюдался высокий уровень загрязнения тяжелыми металлами, бенз (а) пиреном, диоксинами. Загрязнение почвогрунтов экотоксикантами является экологическим следом загрязнения атмосферного воздуха, и отсутствие данных наблюдений

лишает город возможности объективного контроля достоверности данных о состоянии атмосферного воздуха.

2. Высокий уровень загрязнения атмосферного воздуха.

По данным Гос. службы наблюдений СЗУ ГМС за последние годы уровень загрязнения воздуха **высокий** (индекс загрязнения атмосферного воздуха (ИЗА) = $6,2 \div 10,2$). Однако, информация, предоставляемая городу КПООС сводится к тому, что уровень загрязнения воздуха оценивается как **низкий** (ИЗА = $2,2 \div 2,6$) по причинам, указанным в п.1. Это демотивирует принятие реальных мер по развитию экологического мониторинга, выявлению и ликвидации источников опасных выбросов и препятствует улучшению экологической ситуации.

3. Неопределенность относительно выбора способа (технологий) обращения с ТКО, что влечет за собой риск выбора экологически опасных технологий: например, сжигание отходов на МСЗ. Реализация такого проекта физически будет означать перевод твердых отходов в газообразные, а экологически — рост и без того высокого уровня загрязнения атмосферного воздуха в регионе. Обращение с отходами — положение стагнации при отсутствии эффективного экологически безопасного решения развития отрасли.

4. Сжигание илового осадка канализационных очистных сооружений на трех заводах сжигания осадка (ЗСО). Такой способ обращения с канализационным осадком в РФ применяется только в Санкт-Петербурге, что не является положительным фактом. **В осадке содержатся практически все элементы таблицы Менделеева**, которые, как отмечают эксперты, при сжигании не уничтожаются, это в принципе невозможно, но вступают в химические реакции, образуя разнообразные химические соединения. Присущее канализационным стокам мегаполиса высокое содержание органических веществ и хлорсодержащих соединений гарантирует при сжигании осадка образование диоксинов и диоксиноподобных соединений, ПАУ, в т.ч. бенз (а) пирена, в дополнение к спектру соединений тяжелых и легких металлов, азота и др. и поступление их с выбросами в атмосферу города.

5. Затянувшийся процесс перевода полигона промышленных и токсичных отходов «Красный Бор» в экологически безопасное состояние. Пока выполнен лишь первый этап — защита открытых карт от атмосферных осадков. Остается надеяться, что передача полигона в федеральное управление ускорит его перевод в состояние, безопасное для окружающей среды.

6. Демографические последствия и растущая нагрузка на экономику, как результат высокого уровня загрязнения окружающей среды, в первую очередь, атмосферного воздуха. В частности, за период с 2001 по 2016 гг., по данным статистики Минздрава РФ, в Санкт-Петербурге произошел огромный рост онкологической заболеваемости (+78%), врожденных аномалий (+116%), детской онкологии (+296%), астмы (+107%), общей заболеваемости (+51%), что значительно опережает аналогичные показатели Москвы и РФ в целом. Санкт-Петербург стал рекордсменом по этим заболеваниям среди субъектов РФ. При этом тренд роста заболеваемости ускоряется.

По данным ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья», если при оценке

канцерогенного риска здоровью величины его показателей в пригородах Санкт-Петербурга находятся, в основном, на уровне $10^{-4} - 10^{-5}$, характерном для большинства городов России, то показатели канцерогенного риска на жилых территориях центральной части города находятся на уровне 10^{-2} , что характеризует канцерогенный риск как «значительно выше приемлемого». Ведущее место среди канцерогенов занимают хром и формальдегид, далее следуют соединения тяжелых металлов. Не канцерогенный риск для центральной части города оценен как «чрезвычайно высокий».

7. Низкий уровень экологической культуры населения, проявляющийся, в первую очередь, в недостаточной экологической грамотности при выборе поведенческих решений. Такая ситуация является результатом отсутствия как комплексной и эффективной системы экологического просвещения, воспитания и образования, так и полной и достоверной информации о состоянии окружающей среды.

Для всех жителей Санкт-Петербурга жизненно необходимо обеспечение современного высокого уровня организации и научного, публично понятного, управления охраной окружающей среды.

Драгоценное время и конструктивная энергия, до сих пор растрачиваемые экологическим сообществом на борьбу с экологически не обоснованными и опасными проектами, могут и должны работать на поддержку и реализацию высококомпетентных проектов, улучшающих экологическую обстановку и обеспечивающих экологическую безопасность в городе и регионе.

Мы можем и должны сделать Санкт-Петербург городом с чистым воздухом, водой и почвами, население которого будет поддерживать природную чистоту городской среды обитания. Город нуждается в грамотном управлении сложным процессом обеспечения экологической безопасности. Без этого не добиться роста качества жизни.

Участники Круглого стола

Гайдаш Александр Алексеевич, главный редактор детского экологического журнала «У лукоморья» (ecobaltic@list.ru)

Гордышевский Семен Михайлович, председатель Правления НП «Санкт-Петербургский Экологический Союз», председатель комитета экологической и технологической безопасности Союза промышленников и предпринимателей Санкт-Петербурга (ecounion.spb@mail.ru)

Карпов Андрей Александрович, эксперт по развитию системы мониторинга атмосферного воздуха (willinberlin@gmail.com)

Лисовский Сергей Анатольевич, главный редактор газеты «Общество и экология» (sergei_lisovskii@mail.ru)

Меркушев Игорь Александрович, председатель Общественного совета по экспертно-методическому содействию органам власти в сфере охраны окружающей среды и обеспечения экологической безопасности, д.м.н. (9251234@rambler.ru)

Смолев Борис Владимирович, исполнительный директор Санкт-Петербургской общественной организации «Федерация экологического образования», генеральный директор НПО ЗАО «Криσμαст» (smolev@christmas-plus.ru)

Тарбаева Вероника Михайловна, председатель Центрального совета Межрегиональной общественной организации (МОО) «Природоохранный союз», д.б.н., профессор, академик РЭА, членкор. РАЕН (tarbaeva@yandex.ru)

Цветков Владимир Юрьевич, ректор АНО ДПО «Санкт-Петербургский институт природопользования, промышленной безопасности и охраны окружающей среды», д.г.н., профессор (vts@ipkecol.ru)



«ОТКРЫТОЕ ПИСЬМО» ЗАМЕСТИТЕЛЮ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ КОМИТЕТА ПО ПРИРОДОПОЛЬЗОВАНИЮ, ОХРАНЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА, РУКОВОДИТЕЛЮ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ ПО РАЗРАБОТКЕ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА СЕРЕБРИЦКОМУ И. А.

Уважаемый Иван Александрович!

Вынужден обратиться к Вам с открытым письмом, так как другого способа повлиять на ситуацию с информированием города о состоянии окружающей среды не вижу. Это информирование осуществляется исключительно КПООС, и находится в сфере Ваших полномочий.

Проблема заключается в том, что информация, предоставляемая городу в последние годы, сводится к тому, что уровень загрязнения воздуха в городе **низкий** ($ИЗА=2,2\div 2,6$), что не соответствует действительности. По данным Федеральной службы наблюдений, осуществляемых СЗУ ГМС, уровень загрязнения воздуха в Санкт-Петербурге **высокий** ($ИЗА=6,2\div 10,2$), но эта информация в доступе для городского сообщества отсутствует.

Данные по загрязнению почв города отсутствуют, так как после 2007 года экологический мониторинг почв был прекращен. Эти данные, будь они в наличии, позволили бы, в качестве экологического следа, проверять и оценивать достоверность показаний систем мониторинга воздуха. Экологический мониторинг почв предписывается Законом Санкт-Петербурга №155–21 «**Об экологическом мониторинге на территории Санкт-Петербурга**».

Данные мониторинга почв за 2006–2007 гг., перед его прекращением, показывали опасные уровни загрязнения почв города экотоксикантами, а в центральных районах города — чрезвычайно опасные.

Одновременно статистика Минздрава РФ отмечает высокий рост в Санкт-Петербурге с 2001 по 2016 гг. онкологической заболеваемости (+78%), врожденных аномалий (+116%), детской онкологии (+296%), астмы (+107%), общей заболеваемости (+51%), что значительно опережает аналогичные показатели по Москве и РФ.

Все эти факты стали предметом внимания и обсуждения Комиссии по экологии и природопользованию ЗАКС, и в VI созыве были созданы рабочие группы по проблемам состояния атмосферного воздуха и почв города. Этим процессом было инициировано создание в декабре 2017 года рабочей группы КПООС по разработке Концепции развития экологического мониторинга, и Вы возглавили ее работу. В октябре 2018 года от имени Комитета Вами был предложен 3-й вариант Концепции с дорожной картой, из которой следовало, что в ближайшие годы **реальное развитие**, — качественное и количественное, — экологического мониторинга воздуха и возобновление экологического мониторинга почв города не предусматривается.

В ответ на критические замечания и предложения членов рабочей группы, спустя почти 5 месяцев, 18 марта

2019 года на заседании рабочей группы Вами был представлен новый вариант Концепции, принципиально не отличающийся от предыдущего. Добавление в «Дорожную карту» таких мероприятий, как приобретение в период 2020–2024 гг. средств измерений для определения уровня загрязнения атмосферного воздуха «*в количестве 1 шт. для каждого загрязняющего вещества ежегодно*», автоматических станций мониторинга атмосферного воздуха «*1 шт. ежегодно*» создают впечатление **имитации деятельности по развитию экологического мониторинга**. Ведь это означает, что город, остро нуждающийся в качественном и количественном развитии экологического мониторинга, что и обосновывается в декларативной части Концепции, получит необходимую для этого материальную базу через десятки лет. То есть, городской экологический мониторинг, не обеспечивающий сегодня городское сообщество полной и достоверной информацией о состоянии окружающей среды, может остаться таким же на годы вперед.

Обоснование Вами отсутствия в «Дорожной карте» экологического мониторинга почв вызывает удивление: Вы убеждали рабочую группу в том, что требующий экологического мониторинга почв закон Санкт-Петербурга «**Об экологическом мониторинге**» должен быть и будет отменен. Даже если Вы окажетесь в этом правы, что стало бы бедой для города, то отмены одного закона будет недостаточно. Придется отменить еще один важный для обеспечения экологической безопасности города акт: Постановление правительства Санкт-Петербурга №1344 от 07.10.2010 г. «**Об экологическом паспорте территории Санкт-Петербурга**», который также требует мониторинговой информации о состоянии почв. Возникает вопрос: не является ли создание рабочей группы и ее неспешная работа отвлечением внимания от неисполнения важнейших для экологической безопасности города законов? Вам же известно, что в Москве экологический мониторинг почв проводится постоянно уже многие годы, пробоотбор осуществляется в 5000 точек, и никакого противоречия закону нет. Может быть, поэтому в Москве с информированием населения о состоянии окружающей среды дело обстоит гораздо лучше, чем в нашем городе.

Если Ваша действительная цель — развитие экологического мониторинга в Санкт-Петербурге, тогда в «Дорожной карте» должны быть предусмотрены:

1. **Увеличение количества станций наблюдения до 40÷50 в течение 2–3 лет.**
2. **Расширение перечня наблюдаемых в атмосферном воздухе загрязняющих веществ, включая**

формальдегид (наблюдение которого было незаконно прекращено в 2012 году) и вещества, включенные в список Стокгольмской конвенции 2001 г. о стойких органических загрязнителях, на всех станциях наблюдения — в течение 1–2 лет.

3. Возобновление экологического мониторинга почв (не проводился в городе с 2008 года) — с 2019 г.

Причем, мы должны понимать, что выполнение этих мероприятий даст необходимый эффект — повышение полноты и достоверности информации, — лишь при их **синхронной реализации**. Например, увеличение количества станций мониторинга без расширения диапазона наблюдаемых загрязняющих веществ не приведет к увеличению полноты информации, она будет недостоверной.

Ваше обоснование ограниченности планируемых мероприятий по увеличению качества и количества средств наблюдения тем, что это требует больших затрат финансовых ресурсов, которых у города нет, экономическими расчетами не подкреплено. В обосновывающем разделе 2 Концепции указывается: **«Сокращение загрязнения воздуха может сохранить миллионы жизней. Указан-**

ное выше, по мнению экспертов, относится ко всем странам и городам мира, в том числе и к Санкт-Петербургу». С учетом статистических данных о заболеваемости в Санкт-Петербурге, можно выполнить расчеты по сопоставлению демографических потерь с затратами на модернизацию экологического мониторинга, и окажется, что экономический эффект многократно превышает затраты, не считая социально-демографического эффекта.

И самое главное, что мы должны понимать: даже грамотно составленная «Дорожная карта» гарантией результата не является. Он может быть достигнут только в результате грамотной и энергичной реализации намеченного плана действий. И это в решающей степени зависит от руководства Комитета.

С. М. Гордышевский,
председатель Комитета по экологической,
промышленной и технологической безопасности
СПП СПб, председатель Совета Экологического союза
28.03.2019 г.

ПО ТЕМЕ...

(Публикуем повторно; см. «Пятиминутка» № 1–2019)

Предельно допустимая концентрация (ПДК) формальдегида была значительно ослаблена в 2014–2015 годах. Роспотребнадзор отказывается предоставить материалы, которые бы обосновали это решение. Есть основания считать, что оно было принято без каких бы то ни было исследований. Российское отделение Greenpeace отправило в профильные министерства и федеральные службы открытое письмо с призывом отреагировать на эту ситуацию.

Ранее СЭС, а затем Роспотребнадзор ослабили среднесуточную ПДК метилмеркаптана. Запах именно этого загрязняющего вещества чувствуют люди, которые живут недалеко от свалок. Действующая сейчас ПДК в 1,5–3 раза превышает порог восприятия запаха этого вещества человеком. С 1999 по 2017 ПДК метилмеркаптана ослабили в 660 раз.

Нормативы смягчили и по другим загрязняющим воздух веществам, например, формальдегиду и диоксиду азота. Согласно прежним нормативам в городах, где концентрации формальдегида превышены, проживало 50 миллионов человек. После того как ПДК ослабили, статистика «улучшилась»: теперь она показывает, что меньше городов подвержены риску, и от повышенных концентраций канцерогенного вещества якобы могут пострадать всего 20 миллионов человек.

Сниженные ПДК ставят под угрозу национальные проекты «Экология» и «Здоровье». Вместо того, чтобы перейти на наилучшие доступные технологии и снизить загрязнение воздуха, некоторые предприятия смогут увеличить объем разрешенных выбросов. Загрязнение воздуха канцерогенами не позволит снизить смертность и заболеваемость.

Фенол, формальдегид, метилмеркаптан — яды, постоянное вдыхание которых увеличивает интоксикацию организма и способствует снижению иммунитета. Это один из факторов того, что за последние 20 лет заболеваемость гриппом и ОРВИ выросла в несколько раз.

Эксперты российского отделения Greenpeace попытались найти обоснования последнего изменения ПДК по фенолу и формальдегиду. В официальных источниках, в том числе на сайте Роспотребнадзора, нет информации о результатах предусмотренной российским законодательством экспертизы Комиссии по государственному санитарно-эпидемиологическому нормированию, и оценки риска для здоровья человека при разработке санитарных правил. Нет и данных о том, какие именно материалы были представлены на Комиссию.

В ответах на запросы российского отделения Greenpeace Роспотребнадзор ссылается на некие комплексные токсиколого-гигиенические и эпидемиологические исследования, а также анализ международного опыта исследовательскими организациями Роспотребнадзора. Однако предоставить эти обосновывающие материалы ведомство категорически отказывается.

В октябре 2018 года Greenpeace отправил запрос о предоставлении экспертных материалов непосредственно в исследовательские организации Роспотребнадзора. Из НИИ экологии человека и гигиены окружающей среды был получен ответ, что исследования не проводились, а предоставленные Роспотребнадзору информационные материалы носили общий справочный характер, но и они не были учтены при принятии решения об изменении ПДК по фенолу и формальдегиду.

18 февраля российское отделение Greenpeace отправило в профильные министерства и федеральные службы открытое письмо с предложением провести оценку действующих в настоящее время значений предельно допустимых концентраций (ПДК), прежде всего канцерогенных веществ, и обоснованности их увеличения.

Источник: <https://greenpeace.ru/news/2019/02/18/greenpeace-trebuuet-razobratsja-s-oslableniem-normativov-po-formaldegidu-i-drugim-opasnym-veshhestvam/?ref=tjournal.ru>



От Редакции: Представляем вниманию читателей официальный ответ Комитета по природопользованию и охране окружающей среды участникам круглого стола «Формирование взглядов экологической безопасности будущего», состоявшегося 20 марта 2019 года, выразивших тревогу по поводу угрозы безопасности жизни и здоровья жителей Санкт-Петербурга в связи с неблагоприятной экологической обстановкой в городе.

ОТВЕТНОЕ ПИСЬМО УЧАСТНИКАМ КРУГЛОГО СТОЛА: «ИНФОРМАЦИЯ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ»



ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

КОМИТЕТ ПО ПРИРОДОПОЛЬЗОВАНИЮ,
ОХРАНЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ОБЕСПЕЧЕНИЮ
ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

ул. Чайковского, д. 20, литера В, Санкт-Петербург, 191123
тел. (812) 417-59-02, Факс (812) 417-59-09
E-mail: dep@kpoos.gov.spb.ru

Меркушеву И.А.
(для информирования
созаявителей)

9251234@rambler.ru

№
На № 163.310 от 10.04.2019

К-т по природопользованию

№ ОГ-384-515/19-1-2

от 06.05.2019



Уважаемый Игорь Александрович!

На Ваше обращение в адрес временно исполняющего обязанности Губернатора Санкт-Петербурга Беглова А.Д. от 11.04.2019 № ОБ-13506-1/19-0-0 (далее — Обращение) по вопросу сложившейся в Санкт-Петербурге экологической ситуации, поступившее в Комитет по природопользованию, охране окружающей среды и обеспечению экологической безопасности (далее — Комитет) из Управления по работе с обращениями граждан Администрации Губернатора Санкт-Петербурга по компетенции Комитета сообщая следующее.

По пункту 1 Обращения.

Изложенная в Обращении информация об отсутствии полной и достоверной информации о состоянии окружающей среды, прекращения измерений загрязнения формальдегида и отсутствии информации о загрязнении почвогрунтов города не соответствует действительности.

В Санкт-Петербурге в строгом соответствии с действующим законодательством мониторинг загрязнения атмосферного воздуха осуществляется органами государственной власти Российской Федерации с участием органов государственной власти субъекта Российской Федерации, а именно ФГБУ «Северо-Западное управление по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды» (далее — ФГБУ «СЗУГМС») (федеральная государственная наблюдательная сеть) и Комитетом с использованием автоматизированной системы мониторинга (территориальная наблюдательная сеть).

Актуальная информация о результатах мониторинга атмосферного воздуха публикуется на официальном портале ФГБУ «СЗУГМС» (www.meteo.nw.ru) и на Экологическом портале Санкт-Петербурга (www.infoeco.ru) в разделе «Окружающая среда — Атмосферный воздух».

На Экологическом портале Санкт-Петербурга публикуется информация о концентрациях загрязняющих веществ, измеряемых на автоматических станциях мониторинга загрязнения атмосферного воздуха в автоматическом режиме.

В 2018 году, как и в предыдущие годы, дискретные наблюдения за качеством атмосферного воздуха (в том числе и определение уровня загрязнения атмосферного воздуха формальдегидом) осуществлялись ФГБУ «СЗУГМС» на 9

стационарных постах федеральной государственной наблюдательной сети. Комитет в 2018 году, как и в предыдущие годы, осуществлял определение уровня загрязнения атмосферного воздуха формальдегидом при проведении маршрутных и оперативных наблюдений с использованием передвижных лабораторий мониторинга загрязнения атмосферного воздуха.

Исследованием загрязнения городских почв по заказу Администрации Санкт-Петербурга с 1991 года занимался Региональный Геоэкологический центр (ныне — РГЭЦ ФГУП «Урангео»). На настоящий момент выполнено обследование загрязнения тяжёлыми металлами почв по сети 200 x 200 м на площади около 830 кв.км, включающей основные жилые районы города и промышленные зоны и зоны перспективной застройки. В 2008 году проводились планомерные работы по оценке состояния почв в Колпинском районе города. Кроме того, выполнялись обследования земельных отводов, планируемых под строительство на остальной территории города.

Информацию о загрязнении почв Санкт-Петербурга можно получить на Экологическом портале Санкт-Петербурга (www.infoeco.ru) в разделе «Окружающая среда — Почвы» и в ежегодных обзорах.

В настоящее время Комитетом разрабатывается «Концепция развития территориальной системы наблюдений за состоянием окружающей среды на территории Санкт-Петербурга на период до 2030 года» (далее — Концепция). Гордышевский СМ. входит в состав рабочей группы по разработке Концепции.

В разрабатываемой Концепции отражено, что в состав базовых подсистем регионального экологического мониторинга входит подсистема государственного мониторинга состояния и загрязнения окружающей среды (для объектов: атмосферный воздух, почвы, поверхностные воды водных объектов). В прилагаемой к проекту Концепции Дорожной карте также отражено соответствующее мероприятие: «Проведение исследования почвогрунтов на территории Санкт-Петербурга».

Дополнительно сообщая, что Комитетом в 2019 году организованы конкурсные процедуры и заключен государственный контракт на оказание услуг по оценке загрязненности почвогрунтов на территории Санкт-Петербурга в 2019 году.

По пункту 2 Обращения.

Информация о высоком уровне загрязнения атмосферного воздуха в Санкт-Петербурге, изложенная в Обращении, не соответствует действительности.

По данным ФГБУ «СЗУГМС» уровень загрязнения атмосферного воздуха в Санкт-Петербурге в 2018 году квалифицировался как «низкий» согласно комплексному индексу загрязнения.

Дополнительно сообщая, что в настоящее время расчёт индекса загрязнения атмосферного воздуха (ИЗА) для Санкт-Петербурга производится в рамках имеющихся полномочий только ФГБУ «СЗУГМС» на основании измерений, выполненных на федеральной наблюдательной сети и измерений, выполненных на территориальной наблюдательной сети.

Комитет расчёт ИЗА не производит.

По пункту 5 Обращения.

Выполненные Комитетом в 2016–2019 годах мероприятия по обеспечению экологической безопасности на полигоне «Красный Бор» (далее — Полигон) позволили привести территорию Полигона в стабильное безопасное состояние. Весенние и осенние паводки 2016–2018 годов и весенний паводок 2019 года пройдены Полигоном в штатном режиме.

По заказу Комитета разработан проект комплекса очистных сооружений Полигона, который позволит не только усилить очистку ливневых и сточных вод с территории Полигона, но и начать очистку обводненных отходов из карткотлованов №№ 64 и 68. 23.04.2019 проект получил положительное заключение государственной экологической экспертизы.

10.04.2019 Президентом Российской Федерации Путиным В. В. согласовано предложение о передаче имущественного комплекса СПб ГКУ «Дирекция по обеспечению безопасности гидротехнических сооружений полигона «Красный Бор» в ведение Минприроды России для проведения работ по ликвидации накопленного вреда окружающей среде за счет средств федерального бюджета в размере, предусмотренном федеральным проектом «Чистая страна», и определении единственным исполнителем по проектированию и производству работ по ликвидации накопленного вреда окружающей среде на Полигоне ФГУП «Предприятие по обращению с радиоактивными отходами «РосРАО».

В ближайшее время планируется создание межведомственной рабочей группы по вопросам организации работ по ликвидации накопленного вреда окружающей среде на Полигоне, в состав которой войдут представители Санкт-Петербурга, Минприроды России, Минфина России, Росимущества.

По пункту 7 Обращения.

Комитет в целях повышения экологической грамотности населения Санкт-Петербурга при выборе поведенческих решений в рамках своих полномочий осуществляет комплекс мер, направленных на экологическое просвещение населения на территории Санкт-Петербурга, включающий в себя не только проведение мероприятий (акций, субботников, семинаров, тренингов и др.), но и разработку и распространение эколого-просветительских материалов (плакаты, буклеты, брошюры и др.), выпуск периодических изданий (журнал «Окружающая среда Санкт-Петербурга», сборник «Охрана окружающей среды, природопользование и обеспечение экологической безопасности в Санкт-Петербурге»).

Постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 18.07.2018 № 588 создан Координационный совет по экологическому просвещению, экологическому образованию и формированию экологической культуры на территории Санкт-Петербурга (далее — Координационный совет). Координационный совет является действующим коллегиальным совещательным и консультативным органом при Правительстве Санкт-Петербурга, в состав которого входят представители различных сфер деятельности экологической направленности: Законодательного Собрания Санкт-Петербурга,



исполнительных органов государственной власти Санкт-Петербурга, общественных организаций, научные и педагогические работники. Целью создания Координационного совета является разработка рекомендаций, направленных на поддержку и развитие экологического просвещения, экологического образования и формирование экологической культуры на территории Санкт-Петербурга.

В 2018 году в целях организации системной и систематической работы по экологическому просвещению жителей города Комитетом была разработана «Концепция непрерывного экологического просвещения на территории Санкт-Петербурга» (далее — Концепция экопросвещения), получившая положительное заключение государственной экологической экспертизы. Ключевой идеей Концепции экопросвещения является организация постоянной работы по экологическому просвещению всех целевых групп населения Санкт-Петербурга, начиная от дошкольников и заканчивая пожилыми людьми. В электронном виде Концепция доступна в группе ВКонтакте «Экологическое просвещение в Санкт-Петербурге» (<https://vk.com/ecologyspb>).

В 2019 году по заказу Комитета планируется издание книги для семейного экологического просвещения (далее — семейная Эко-книга). Семейная Эко-книга рассчитана на широкую аудиторию молодежи и взрослого населения в возрасте от 11 лет и старше, согласно целевым группам, определенным Концепцией экопросвещения. В ней будут даны советы как правильно себя вести в быту и на природе, как правильно сортировать отходы, какие товары лучше выбирать, чтобы минимизировать воздействие на окружающую среду и сохранить здоровье.

Комитетом ведется активная работа со средствами массовой информации Санкт-Петербурга, федеральными СМИ. В частности, создаются теле- и радио- сюжеты, печатные материалы на наиболее актуальные и востребованные горожанами темы, транслируется социальная информационная продукция. Так, в 2017 году в метрополитене Санкт-Петербурга были размещены агитационные плакаты, призывающие петербуржцев и гостей города не поощрять незаконную деятельность и не фотографироваться с дикими животными.

В 2018 году на территории Санкт-Петербурга осуществлялось размещение социальной рекламы, призывающей граждан отказаться от использования пластиковой упаковки.

Также в целях экологического просвещения населения города на регулярной основе организуются круглые столы, проводятся пресс-конференции, осуществляется разъяснительная работа на официальных информационных ресурсах и в социальных сетях.

Комитет, реализуя свои полномочия по экологическому просвещению на территории Санкт-Петербурга, уделяет большое внимание организации и проведению эколого-просветительских мероприятий для детей.

С 2015 года в городе на Неве реализуются эколого-просветительские игровые занятия для детей дошкольного и младшего школьного возраста «Красный волк охраняет природу». Занятия проводятся в детских садах, младших классах школ, а также коррекционных школах, детских лагерях, на площадках городских фестивалей и других культурно-массовых мероприятий Санкт-Петербурга. Целью эколого-просветительских занятий является формирование у детей чувства ответственности за окружающую среду, обучение навыкам экологически сознательного поведения в быту и на природе. Общая численность детей, принявших участие в занятиях с 2015 по 2018 годы, составила более 17 тысяч.

В целях экологического просвещения населения Санкт-Петербурга Комитетом на постоянной основе ведется работа по размещению информации о состоянии окружающей среды на Экологическом портале Санкт-Петербурга (<http://www.infoeco.ru>). Актуальная информация о проводимых в городе экологических акциях и мероприятиях, а также о новых эколого-просветительских материалах регулярно размещается в группе ВКонтакте «Экологическое просвещение в Санкт-Петербурге» (<https://vk.com/ecologyspb>).

Дополнительно сообщая, что в части вопросов №№ 3,4 и 6 Обращение направлено на рассмотрение:

— в Комитет по благоустройству Санкт-Петербурга — в части вопросов обращения с твердыми коммунальными отходами;

— в Комитет по энергетике и инженерному обеспечению — в части вопросов обращения с иловым осадком канализационных очистных сооружений;

— в Комитет по здравоохранению и Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Санкт-Петербургу — в части вопросов обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

По результатам рассмотрения обращения Вам будут даны ответы по существу поставленных вопросов уполномоченными органами.

**Временно исполняющий обязанности
заместителя председателя Комитета**

И.А. Шутова

Купцова Н.М.
(812) 417-59-51

Комментарий к ответу Комитета по природопользованию, охране окружающей среды и обеспечению экологической безопасности (КПООС) на Открытое письмо ВРИО Губернатора Санкт-Петербурга А.Д. БЕГЛОВУ участников Круглого стола в рамках Международного форума «Экология большого города» на тему: «Формирование взглядов экологической безопасности будущего», состоявшегося 20 марта 2019 года

Сам факт того, что Открытое письмо в адрес ВРИО Губернатора Санкт-Петербурга А.Д. Беглова было переадресовано в КПООС, свидетельствует о том, что экологическая ситуация в городе пока не является актуальным вопросом повестки ВРИО Губернатора Санкт-Петербурга.

Причины этого наглядно представлены в ответе КПООС. Утверждения о том, что информация о состоянии атмосферного воздуха, почв, публикуемая на экологическом портале Санкт-Петербурга (www.infoeco.ru) является «актуальной», действительности не соответствует: она является неполной, а потому недостоверной.

Важнейшие вопросы, изложенные в п. п. 3,4 и 6 остались без ответов. Переадресация их в другие Комитеты означает, что эти вопросы не рассматриваются руководством КПООС, как важная часть функционала по обеспечению экологической безопасности города.

А ведь это ключевые секторы охраны окружающей среды: выбор экологически безопасных технологий обращения с отходами, как твердыми, так и канализационными; анализ обратной связи демографического следа — ухудшение показателей здоровья населения и последствий этого в виде растущей нагрузки на экономику города. Они относятся к компетенции КПООС.

По сути, мы видим действие порочного круга: неполная и недостоверная информация о состоянии окружающей среды в городе порождает самоуспокоенность, а она, в свою очередь, влечет за собой отсутствие реальных мер и эффективных действий, направленных на улучшение экологической ситуации, как важнейшего фактора качества жизни в городе.

Это подтверждает правомерность вынесения на первое место, как важнейшей, проблемы отсутствия полной и достоверной информации о состоянии окружающей среды в нашем городе, и острейшую актуальность ее решения.

С. М. Гордышевский,
председатель Правления
НП «Санкт-Петербургский Экологический Союз»,
председатель комитета экологической
и технологической безопасности
Союза промышленников и предпринимателей
Санкт-Петербурга

ПО ТЕМЕ...

Уважаемые коллеги!

Информируем Вас, что анонсированная пресс-конференция по результатам рассмотрения открытого письма ВРИО Губернатора А.Д. Беглову участников Круглого стола «Формирование взглядов экологической безопасности будущего» 29 мая 2019 года не состоится, в связи с поступившей во второй половине дня 27.05.2019 г. информацией от руководства школы № 309 об отсутствии согласования мероприятия Администрацией Центрального района.

Организаторы приносят свои извинения всем потенциальным участникам, с просьбой учесть, что отказ в предоставлении помещения для проведения пресс-конференции был для всех неожиданностью.

Поскольку основные материалы всем приглашенным к участию были разосланы, надеемся, Вы самостоятельно вникнете в суть обсуждаемых вопросов, и сделаете свои выводы. Можем направить дополнительные материалы, если таковые понадобятся, по Вашим запросам.

С уважением, Организаторы

Справка:

Пресс-конференция для журналистов, работающих в сфере обеспечения качества жизни и экологической безопасности в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, по результатам рассмотрения открытого письма ВРИО Губернатора Санкт-Петербурга А.Д. Беглову участников Круглого стола «Формирование взглядов экологической безопасности будущего», состоявшегося 20.03.2019 года в рамках Международного форума «Экология большого города» в Санкт-Петербурге, была запланирована на 29 мая 2019 года в 16–00 в актовом зале школы № 309 по адресу: Санкт-Петербург, ул. Константина Заслонова, 6.

Мероприятие должно было проходить в формате диалога авторов открытого письма, специалистов, учёных, экологов и журналистов за круглым столом.

Источник: из материалов анонса пресс-конференции



ФОРУМ «РАЗВИТИЕ ТУРИСТСКОЙ ИНДУСТРИИ В КОНТЕКСТЕ ГЛОБАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ РЫНКОВ»

25 –26 апреля 2019 года в ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С.Тургенева» состоялся Форум «Развитие туристской индустрии в контексте глобальных изменений рынков». В рамках форума также состоялась I Международная научно-практическая конференция «Интеграция туризма в экономическую систему региона: перспективы и барьеры» в форме пленарного заседания, секций, площадок, круглых столов, дискуссий по следующей тематике:

- Развитие малого и среднего бизнеса и предпринимательской инициативы в туризме.
- Международная кооперация и экспорт туристских услуг.
- Комфортная городская среда как необходимое пространственное условие развития туризма.
- Профессиональные компетенции и стандарты в туристской индустрии: подготовка и соответствие, требования рынка.
- Роль лечебно-оздоровительного туризма в поддержании и укреплении здоровья нации. Роль санаторно-курортного комплекса Российской Федерации в сохранении здоровья нации, механизмы государственной поддержки отрасли. Медицинский туризм в Российской Федерации.
- Креативная индустрия региона как драйвер развития культурно-познавательного туризма.
- Нормативно-правовое обеспечение санаторно-курортного лечения.

В работе мероприятий приняли участие учёные, научные работники, профессорско-преподавательский состав, представители бизнес-сообщества, студенты, аспиранты, обучающиеся в сферах туризма, гостеприимства и экономики. Было много представителей из различных регионов России.

С приветственными словами выступила ректор ОГУ им. И.С.Тургенева профессор Пилипенко О.В., обозначив важность и огромное значение обсуждаемой на мероприятии темы, а также представители Правительства Орловской области, Администрации г. Орла.

Санкт-Петербург на этом большом мероприятии представляли и специалисты — члены Общества «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА. Мамаева М.А., руководитель Общества и директор издательства, в рамках пленарного заседания представила доклад «Медицинский туризм как система эффективного международного взаимодействия врачей и туроператоров, опыт российско-венгерского сотрудничества в сфере лечебно-оздоровительного туризма». Эта же тема активно обсуждалась во время второго дня форума на секции «Роль лечебно-оздоровительного туризма в поддержании и укреплении здоровья нации», где

кроме Мамаевой М.А. выступили Котов А.А., главный врач студенческой поликлиники ОГУ им. И.С.Тургенева на тему о состоянии здоровья обучающихся первых курсов университета и организации отбора для санаторно-курортного лечения и реабилитации, Шадрин Д.И., доцент НГУ им. П.Ф.Лесгафта по теме о возможностях лечебной физкультуры для детей в программах оздоровления, Соломченко М.А., доцент ОГУ им. И.С.Тургенева по теме «Формирование культуры здоровья у студентов с помощью средств экотуризма» и др.

Основными организаторами форума выступили:

- Министерство науки и высшего образования РФ
- ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С.Тургенева», г. Орел, РФ
- Центр кластерного развития Орловской области
- Союз «Орловская торгово-промышленная палата», г. Орел, РФ.

Оживленная дискуссия, которая сопровождала форум, показала большой интерес аудитории к обсуждаемым вопросам и мотивировала на поиск эффективных решений поставленных проблем. Это дает надежду, что в сфере туризма, особенно, в сфере лечебно-оздоровительного туризма ситуация будет меняться в позитивную сторону, а именно, врачи, имеющие знания по курортологии, будут заниматься направлением пациентов на санаторно-курортное лечение и определять программу реабилитации, а туристические компании будут заниматься туристическими услугами, а не медицинским туризмом без врачей, как это происходит сейчас. Возвращение медицинского туризма в русло медицины — вот основная задача сегодняшнего дня. ☺





Котов А.А.



Пленарное заседание



Мамаева М.А.



Пленарное заседание



Богоявленский собор,
г. Орел



г. Орел, памятная стена
на пешеходной улице



Др. Коваленко Марина,
врач терапевт, специалист по миофасциальной акупунктуре
и мануальной терапии, краниальной и висцеральной практике,
директор и главный врач сети клиник «KOVALENKO KLINIKA»,
г. Будапешт и г. Шопрон, Венгрия

ЗНАЧЕНИЕ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА (N. VAGUS) ПРИ УСТРАНЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БЛОКОВ

Задумывались ли вы о точном механизме, посредством которого наши эмоции вызывают определённые симптомы в нашем теле? Например, почему мы чувствуем «дискомфорт в животе» (или ощущение, когда «сосет под ложечкой»), когда мы встречаемся с негативными, неприятными людьми, и почему от захватывающих и радостных новостей порой «бегают мурашки по коже»?

Вы когда-нибудь проверяли, как мы узнаем чувства и настроения других людей? Что делает кого-то «пожирателем стресса» (когда человек «заедает стресс»), в то время как кто-то даже не способен думать о еде в напряжённой ситуации?

Человек — это социальное существо, поэтому миллиарды микросигналов, получаемые ежеминутно от других людей, абсолютно необходимо было бы правильно истолковывать (интерпретировать), поскольку это долговременные связи.

В результате принятых сигналов миллионы сложных химических и электрических процессов происходят в головном мозге в считанные секунды, заставляя организм выполнять оптимальную ответную реакцию. «Коммуникационная» сеть этой гигантской машины — это автономная вегетативная нервная система, которая включает в себя, прежде всего, хорошо известную симпатическую нервную систему, описанную Яношем Селье в начале 30-х годов, которая, среди прочего, помогает выживанию в чрезвычайной ситуации, побуждает человека действовать по принципу «бей или беги» (бегство или нападение) в зависимости от того, какие ситуации он испытывал в своей жизни и сохранял в своей памяти.

По аналогии есть, соответственно, и парасимпатическая система, которая обеспечивает «регенерацию, самообеспечение» в спокойном состоянии.

Блуждающий нерв — это X-ая пара черепно-мозговых нервов (ЧМН), связанных со всей центральной нервной системой (ЦНС) и влияющая на работу всех парасимпатических нервных волокон. Название n.vagus или «блуждающий» нерв эта пара ЧМН получила из-за широкого рас-

пространения, «блуждания» по всему организму. В основном, с задней части выходящие волокна отвечают за иннервацию глазодвигательной (III) пары, лицевой (VII) пары и языкоглоточной (IX) пары нервов.

Согласно «поливагальной» (поливагусной) теории Стивена Порджеса существуют 2 функционально различные ветви «блуждающего нерва», т.е. существует ещё и более развитая ветвь, связанная с социальным взаимодействием и самоуспокаивающим поведением. Это комбинация мозговых (V, VII, IX, X, XI) пар нервов, которые являются частью нашей метакоммуникации.

К ним относятся:

- V.пара ЧМН — тройничный нерв. Иннервационная ветвь челюстей — известная из животного мира, как угрожающий «рык», а также позволяющая человеку преднамеренно и решительно сжимать челюсти.
- VII.пара ЧМН — лицевой нерв отвечает за восприятие и мультиплексирование мышц лица, хотя мысли и чувства, проходящие через человеческий мозг, уникальны, но они образуют общие «древние» конструкции мышц лица, выражающиеся в определенной мимике. Все знакомы с зеркальным отражением неистовства, грусти, радости, гнева, улыбки, удивления — самых основных выражений лица. Вот, что позволяют делать зеркальные нейроны, которые активируются, как в моменты наблюдения действия, так и во время выполнения действия, строго идентичных наблюдаемому.
- IX.пара ЧМН (n.glossopharyngeus) — языкоглоточный нерв помогает межличностным отношениям в виде формирования голоса, речи и вкуса. В связи с тем, что вещества, выделяемые другими людьми в окружающую среду, растворяются на слизистых оболочках, поэтому головной мозг может это зарегистрировать. Кто не знает «вкус» страха? Но даже небольшой опыт помогает человеку безошибочно различать и его «запах».
- XI пара ЧМН (n.accessorius) — «добавочный» нерв или нерв «ярулекоса», иннервирующий грудино-ключично-сосцевидную и трапецевидную мышцы, мышцу

с капюшоном, видимую издали, родственной по напряжению эффект «вытягивания плеча» и «кривошею» или также внутреннюю предрасположенность с детского возраста к «свинг-мониторингу».

И сюда же относится Х.пара ЧМН — «блуждающий нерв», начинающийся от двоякого ядра (nucleus ambiguus), общего с языкоглоточным и добавочным нервами. Он чутко реагирует на окситоцин, гормон «любви, эмпатии, привязанности», который является важной движущей силой социализации человека.

Микродвижения на лице партнера могут бессознательно имитироваться наблюдателем на его лице, а затем полученная таким образом информация с «зеркальными нейронами» передается в верхние центры мозга, где она обрабатывается и находится в области сознания.

Это подсознательная обработка — так называемое «5-е чувство», — благодаря которому мы «на первый взгляд» формируем представление о находящемся перед нами неизвестном человеке. Это помогает выразить подсознательное «дружеское» намерение или дать команду «сбежать» («спасайся, как можешь»), которая необходима для выживания, прежде чем мы сможем осознанно подумать о ситуации, при которой такая задержка (размышление) может стоить нам жизни. Эти нейроны помогают распознавать намерения других, но могут, на основании некоторых теорий, предсказывать будущие действия человека.

Конечно, этот механизм не работает автоматически у всех. У многих людей точное, прецизионное функционирование этих нервов заблокировано, поэтому они могут только сознательно сканировать лицо своего говорящего партнера с помощью «микродвижения глаз». К сожалению, сложнее декодировать тонкий, скрытый контекст. Они говорят себе, что никогда не смотрят прямо в глаза партнера, а, наоборот, их глазные яблоки двигаются. И все же эти блоки, затрагивающие особые, мягкие нервные волокна, можно купировать методами нейроманипуляции (некоторые юристы уже обсуждают понятие «ког-

нитивной свободы», которая позволяет человеку быть хозяином своих мыслей).

Человек собирает и обрабатывает эту информацию или неосознанно, или добровольно, а взаимодействие этих сигналов через блуждающий нерв (n.vagus) запускает подсознательные изменения на уровне всего тела. Таким образом, стимулы, которые уже упоминались, и механико-химические раздражители могут оказывать гораздо большее влияние на весь организм, чем вышеупомянутые желудочные спазмы...

Как эти системы работают совместно на психическом уровне?

На уровне оптимального функционирования социальная нервная система позволяет расшифровывать сигналы нашего окружения, отделяя важные сообщения от несущественных. Человек таким образом оценивает, чувствует он себя нужным и любимым или нет. Он может излучать это ощущение и в окружающую среду. Чувствуя опасность, его симпатическая нервная система немедленно включается. Эволюционно, на основании подсознательных умозаключений, создаются шаблоны, взятые или из детского опыта, или прочувствованные на «собственной шкуре» в течение жизни. Ребенок «считывает» с лица воспитателя и «копирует», как он реагирует на определенные действия. Позже он может уже давать шаблоны ответов на целую серию событий, записанных в подсознании. Если, находясь в аналогичной ситуации, он использует эти «модели (шаблоны) поведения» и получает обратно положительные сигналы, эти шаблоны ещё глубже закрепляются в подсознании. В стрессовой ситуации в качестве первого шага самообороны он использует предыдущий накопленный опыт, или нервная система возвращается к накопленной ранее модели поведения, чтобы как можно быстрее и эффективнее разрешить заданную ситуацию. К счастью, кратковременный стресс парасимпатическая нервная система немедленно уравнивает, поэтому, обходясь без длительной травмы, человек безболезненно преодолевает временные трудности.



Международное
Медицинское
Сотрудничество

Общество специалистов

«Международное медицинское сотрудничество»

Организует традиционную программу в городе-курорте Хевиз (Венгрия)

«ТАНЦУЮЩИЕ ЛЮДИ»

с целью отдыха и оздоровления (с курсом обучения современным танцам)
с 11 по 22 сентября 2019 г.

Группу принимает Villa Lira — просторные апартаменты в центре Хевиза, с танцевальным и музыкальным залом, рестораном, лужайкой для шашлыков и барбекю, джакузи, сауной и тренажерным залом (есть все условия для отдыха с детьми).

В пакет проживания включено: завтраки, танцевальные мастер классы под руководством профессионального педагога по танцам Ирины Легкой, праздничный творческий заключительный вечер всех участников группы, посещение термального озера Хевиз (абонемент на 10 часов), а также пользование спа-зоной на вилле.

По желанию — оздоровительные и косметические процедуры, экскурсии с посещением старинных замков и дворцов, рыцарского турнира в крепости Шюмег, столиц Австрии и Венгрии — Вены и Будапешта, дегустации вина и т.д.

Присоединяйтесь к нашим программам!

Просим присылать заявки на e-mail: stella-mm@yandex.ru

Справки по тел: +7-921-589-15-82



Н. Г. Петрова,
заведующая кафедрой
сестринского дела Первого
Санкт-Петербургского
государственного
университета
им. акад. И. П. Павлова,
д.м.н., профессор



И. С. Просветова,
директор медицинского
училища Первого
Санкт-Петербургского
государственного
университета
им. акад. И. П. Павлова

К МЕЖДУНАРОДНОМУ ДНЮ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Чувство любви к ближнему во все века было присуще человеку. Одним из многочисленных проявлений любви к ближним является уход за больными. У народов Древнего мира уход за больными осуществляли родственники, а родовспоможением занимались только пожилые женщины (родственницы). В Древней Греции были акушерки. В Древнем Риме акушерки не только оказывали помощь во время родов, но и ухаживали за роженицами и младенцами. В полном объеме развитие дела ухода за больными получило только с распространением христианства. Ученики Иисуса Христа — апостолы — не только проповедовали христианское учение, но и исцеляли больных. Попечение о больных и немощных брали на себя в первую очередь женщины, которые назывались диаконами, а также мужчины (диаконы), добровольно посвятившие себя бескорыстному уходу за больными и ранеными. Христианское попечительство о больных берет начало с IV века нашей эры, с правления римского императора Константина Великого, который основал первые общественные больницы и приюты для бедных.

В XI веке во многих городах Западной Европы создаются общины женщин и девиц для осуществления милосердия и ухода за больными, в которые вступали женщины самых разных сословий. Так, в XIII веке графиня Елизавета Тюрингенская в возрасте 20 лет на свои средства построила госпиталь, организовала приют для подкидышей и сирот, в которых сама много работала. В 1235 г. она была причислена к лику святых и в ее честь была основана католическая община «елизаветинок» из лиц, пожелавших последовать ее примеру. Члены этой общины ухаживали в мирное время только за женщинами, а в военное — и за ранеными мужчинами. Христианская благотворительность в средние века в католических странах выражалась и в создании различных светских и духовных рыцарских орденов, члены которых считали основной своей целью уход за больными. Например, основной функцией ордена Св. Лазаря (отсюда происходит слово лазарет) в Иеру-

салиме был уход за прокаженными. Ордена тамплиеров во Франции и немецких рыцарей покровительствовали паломникам и заботились о больных и немощных. Главным делом ордена, основанного в Иерусалиме и названного в честь Св. Иоанна, было попечение о больных и уход за больными. Первой его настоятельницей в 1099 г. стала римлянка Агнесса. Сестры давали обет проводить все свое время в уходе за больными, посте и молитве и трудиться на благо ордена. Деятельность женщин этого ордена распространилась на Италию, Испанию, Францию, Англию, где ими были созданы монастыри.

В 1617 г. во Франции священник Викентий Поль организовал первую общину сестер милосердия. В ее Уставе было записано, что милосердие к ближнему есть вернейший признак христианина, и одним из главных дел милосердия является посещение бедных, больных и всякого рода помощь им. Луиза де Мариллак, возглавившая общину в 1633 г., в своей многолетней деятельности убедилась, что уход за больными требует основательной теоретической подготовки, и вначале организовала семинары для сестер милосердия и сиделок, а в 1641 г. создала специальную школу по их обучению, главным руководителем и советником которой был Викентий Поль. Позже Институты сестер милосердия стали создаваться во Франции, Нидерландах, Польше и др. странах. Именно Викентий Поль впервые предложил словосочетания «сестра милосердия», «старшая сестра». Последователи В. Поля организовали около 2000 общин (ясли для детей, богадельни для стариков, приюты для сирот, больницы для эпилептиков и душевнобольных и др.). В 1737 г. католическая церковь причислила В. Поля к лику святых и почитает его как покровителя всех дел милосердия.

Расцвет общин сестер милосердия пришелся на начало XIX века. Главной задачей общин был уход за заразными больными, которых не принимали больницы. Два раза в неделю сестры посещали на дому больных, имеющих хронические заболевания, и снабжали их пищей

и лекарствами, которые были назначены врачами. Начиная с середины XIX века, католические монахини и протестантские диаконы оказывали медицинскую помощь и осуществляли уход за ранеными во время военных действий.

Принципиальные изменения в качестве сестринской помощи связаны с Крымской войной (1853–1856 гг.) и, в первую очередь, с именем Флоренс Найтингейл, которая считается создателем научной системы ухода за больными и ранеными. В своих знаменитых «Записках об уходе» она указала, что уход за больными — наука и одновременно искусство, требующее специальной подготовки, а сестры милосердия должны спасать не только физически, но и духовно. Они должны оказывать помощь людям в налаживании нормального образа жизни. Ф. Найтингейл писала, что больница столь же порождает болезни, сколь и лечит их (в силу неправильного расположения помещений, скученности больных, недостатка вентиляции, света). Такой подход к делу ухода требовал новых медсестер — интеллигентных, образованных, мыслящих, ответственных. Прибыв с другими сестрами на театр военных действий и ознакомившись с печальным положением больных и раненых воинов в военных госпиталях, она ввела новые порядки в деле ведения раненых (соблюдение правил гигиены, постоянное наблюдение, рациональное питание), благодаря чему летальность снизилась с 50% до 2%. Именно в период Крымской войны Флоренс Найтингейл становится известной под именем «Леди с лампой» (часто вечерами она обходила раненых солдат, заботясь о них, и у нее в руках была лампа). В 1860 г. в больнице Сен-Томас была открыта школа сестер милосердия под руководством Флоренс Найтингейл.

Идеи и практическая деятельность мисс Найтингейл помогли поднять престиж работы медсестры, оформить сестринскому делу в качестве самостоятельной профессии. В 1919 г. Лига Международного Красного Креста учредила медаль имени Ф. Найтингейл как высший знак сестринского отличия, присуждаемый 1 раз в два года в день ее рождения — 12 мая. **Этот же день был провозглашен Международным Днем Медицинской сестры.**

Традиции милосердия и помощи ближнему были традиционными и на Руси. У древних славян врачеванием, родовспоможением и уходом за больными традиционно занимались женщины. Дочь князя Рюрика Ольга организовала больницу, в которой женщины лечили больных и ухаживали за ними. В древнерусском государстве была широко развита частная благотворительность. Она вытекала из самого уклада жизни людей, основой которой был Домострой — житейский кодекс, который гласил: «Как посещать в монастырях и в больницах, и в темницах и всякого в смерти... и всех, кто в скорби и в нужде... введи в дом свой, напои, накорми, привет с любовью и с чистой совестью». Даже царицы посещали тюрьмы, богадельни, наделяя милостыней всех убогих и нищих. При императрице Марии Федоровне (1813 г.) для ухода за больными стали использоваться «сердобольные вдовы». В их обязанности входили надзор за порядком в палатах, при раздаче пищи, питья и лекарств, за содержанием в чистоте больных и их постелей.

Первая в России община сестер милосердия была создана в марте 1844 г. по инициативе и на средства великой

княгини Терезии Ольденбургской; с 1873 г. она носила имя Свято-Троицкой общины сестер милосердия. Согласно уставу общины, ее целью было попечение о бедных, больных, утешение скорбящих, приведение на путь истинный лиц, предавшихся порокам, воспитание бесприютных детей и исправление детей с дурными наклонностями. Особое место в развитии Российского сестринского дела занимает созданная в самом начале Крымской войны Крестовоздвиженская община — первое в мире женское формирование по оказанию помощи на поле боя. Руководить их деятельностью было поручено действительному статскому советнику Н.И. Пирогову. В «Докладной записке об основных началах и правилах Крестовоздвиженской общины сестер попечения», написанной 14 октября 1855 г., великий хирург обосновал необходимость привлечения женщин к участию в оказании медицинской помощи на войне, определил роль и задачи сестер и врачей общины. В частности, он писал: «Доказано уже опытом, что никто лучше женщин не может сочувствовать страданиям больного и окружить его попечениями, не известными и, так сказать, не свойственными мужчинам». Тогда впервые были введены дежурства сестер милосердия, произошло разделение сестер по обязанностям (перевязочные сестры, сестры-аптекари, сестры-хозяйки), отдельно выделялась группа сестер, работавших в гнойных и гангренозных отделениях. Во время Крымской войны в историю сестринского дела вошло имя Дарьи Алексеевны Александровой (Даши Севастопольской), которая прославилась своим человеколюбием и редким профессионализмом при уходе за больными, за что была награждена императором.

В 1867 г. на базе Крестовоздвиженской общины было создано общество попечения о раненых и больных воинах, которое в 1876 г. было переименовано в российское общество Красного Креста (РОКК). Его основной задачей являлась благотворительная деятельность и подготовка сестер милосердия.

Сестры милосердия работали в госпиталях во время русско-турецкой (1877–1878 гг.), русско-японской (1904–1905 гг.), Первой мировой (1914–1918 гг.) войн.

В начале 20-го столетия руководство благотворительными учреждениями возглавила великая княгиня Елизавета Федоровна. В 1909 году была открыта Марфо-Мариинская обитель для помощи воинам-манчжурцам. К 1911 г. она становится центром милосердия в Москве: организуются бесплатные обеды, лечебницы, визиты сестер милосердия на дом к больным. В 1914 году обитель была превращена в госпиталь. Сюда привозили раненых с фронтов Первой мировой войны. Деятельность Марфо-Мариинской обители продолжалась и после революции 1917 года вплоть до ареста царской семьи.

26 августа 1917 года в Москве состоялся 1-й Всероссийский съезд сестер милосердия, на котором было учреждено Всероссийское общество сестер милосердия. Первые медсестринские школы после революции появились в нашей стране в 1920 г. Инициатор их создания — Н.А. Семашко. В Великую Отечественную войну только в армии находилось 200 тысяч врачей и 500 тысяч средних медицинских работников. Впервые в мире в Красной Армии на линию огня была выведена женщина-санитар, в обязанности которой входили вынос ране-



Рис. 1. Роли медицинской сестры

ных и оказание им неотложной помощи. Летальность среди санинструкторов была самой высокой, иногда из боев выходило только 30% личного состава. 24 санинструктора удостоены звания Героя Советского Союза, из них 10 — по-смертно.

В настоящее время в стране работает 1 695 000 медицинских работников со средним образованием, в том числе 827 400 медицинских сестер. Медсестры составляют примерно третью часть всех работников любого медицинского учреждения и играют очень важную роль в лечебном процессе, в значительной степени определяя конечный результат — здоровье пациента.

Как же в настоящее время трактуется понятие и содержание сестринского дела (гораздо более широкого понятия, чем сестринский уход)?

Сестринское дело — это составляющая часть организационной технологии системы здравоохранения, направленная на решение проблем индивидуального и общественного здоровья населения в меняющихся условиях окружающей среды. Сестринское дело включает в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и (или) психические заболевания, также нетрудоспособным лицам всех возрастных групп.

Сестринское дело (в англоязычных странах — NURSING — от лат. nutrix — вскармливать, переводимого как заботиться, присматривать за ..., поощрять, ухаживать, вскармливать, защищать, воспитывать и обеспечивать лечебный уход в случае нездоровья) включает в себя: избавление от страданий, уход за больными, защита здоровья людей.

Основными задачами сестринского дела являются:

- выявление нарушенных потребностей и проблем, обусловленных ими (настоящих и по-

тенциальных), как у конкретного пациента, так и у его семьи, группы людей, общества;

- выявление возможностей пациента/ семьи/ группы/ общества в удовлетворении ими жизненно важных потребностей: потребностей, необходимых для поддержания выбранной социальной, семейной, профессиональной ролей и прочее;
- выявление причин нарушения потребностей и возникновения проблем, причин, снижающих возможности пациента/ семьи/ группы/ общества в реализации, восстановлении и поддержании своих возможностей и решении проблем, связанных со здоровьем;
- построение и выполнение плана сестринского ухода, который будет принят всеми участниками сестринского процесса;
- поддержание и восстановление у пациента/ семьи/ группы как можно большей независимости, автономности в осуществлении и удовлетворении жизненно важных потребностей вне зависимости от болезни
- обеспечение пациенту/ семье/ группе людей достойного качества жизни, несмотря на наличие проблем со здоровьем, неизлечимость болезни, неизбежность смертельного исхода и прочее.

Медицинская сестра выполняет множество функций, выступая в разных ролях (Рис. 1) и занимает срединное место (средний медицинский персонал) между врачами разных специальностей, пациентами и их родственниками, являясь, в первую очередь, «адвокатом» пациента, отстаивая и защищая его интересы.

По мнению В.Хендерсон, одной из основоположников современной теории сестринского дела, уникальная роль медицинской сестры заключается в оказании отдельному человеку, здоровому или больному, помощи во всем, что способствует его здоровью или его восстановлению (либо наступлению безболезненной кончины) и с чем человек мог бы справиться без посторонней помощи, если бы он был достаточно крепок, целеустремлен и информирован, и делать это таким образом, чтобы помочь ему как можно скорее вновь обрести самостоятельность.

И хотя в настоящее время важность, уникальность и самостоятельность данной профессии остаются недооцененными и до конца не понятыми и не принятыми врачебным сообществом и населением, именно за таким признанием — будущее. Не случайно все более востребованными являются специалисты сестринского дела с высшим образованием, которые владеют широким кругом компетенций, далеко выходящих за рамки сестринского ухода. Наличие достаточного числа таких специалистов — важное условие решения основной задачи здравоохранения по обеспечению населения доступной и качественной медицинской помощью. ●



Григорьева Л. И.,
преподаватель СПб ГБУ ДПО «ЦПО СМП»,
Санкт-Петербург, Россия

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Первое определение сестринского дела дала Флоренс Найтингейл. В своих известных «Записках об уходе» в 1859 г. она писала, что сестринское дело — это «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению».

Миссия сестринского дела в обществе заключается в оказании помощи индивидуумам, семьям и группам в определении и достижении их физического, умственного и социального потенциала в соответствии той окружающей среды, в которой они живут и работают (имеется в виду помощь личности максимально реализоваться в жизни).

В 1993 г. в Голицино прошла I Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная теории сестринского дела. В ходе конференции сестринское дело рассматривалось как часть системы здравоохранения, наука и искусство, которые направлены на решение существующих и потенциальных проблем, касающихся здоровья населения в условиях постоянно меняющейся окружающей среды.

Согласно международной договоренности, концептуальной моделью сестринского дела является структура, основанная на философии сестринского дела, включающей четыре парадигмы: сестринское дело, личность, окружающая среда, здоровье.

Понятие личности занимает особое место в философии сестринского дела. Объектом деятельности медицинской сестры является пациент, человек как совокупность физиологических, психосоциальных и духовных потребностей, удовлетворение которых определяет рост, развитие и слияние его с окружающей средой.

Окружающая среда рассматривается как важнейший фактор, оказывающий влияние на жизнедеятельность и здоровье человека. Она включает в себя совокупность социальных, психологических и духовных условий, в которых протекает жизнедеятельность человека.

Здоровье рассматривается не как отсутствие болезней, а как динамическая гармония личности с окружающей средой, достигаемая посредством адаптации. Эти парадигмы составляют структуру концептуальных моделей сестринского дела.

Основным принципом философии сестринского дела является уважение прав и достоинств человека. Этот

принцип должен быть реализован как при работе с пациентами, так и при сотрудничестве с другими специалистами. Согласно кодексу поведения медицинских сестер, разработанному Международным советом, выделены основные аспекты их деятельности, такие как: способствование укреплению здоровья, проведение профилактики заболеваний, проведение мероприятий, направленных на восстановление здоровья и облегчение страданий.

Философия сестринского ухода требует от медицинской сестры выполнения профессиональных обязанностей с учетом главных принципов, среди которых: соблюдение конфиденциальности, уважения к больному, поддержание общения пациента и его независимости, осуществление мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний.

Данные понятия составляют основу всех теорий сестринского дела, однако их толкование и способы взаимодействия между собой могут существенно различаться.

Наиболее распространены пять моделей (хотя в мире их насчитывается более 30): эволюционно-адаптационная модель (Канадская Ассоциация сестер), добавочно-дополняющая модель (Хендерсон), модель поведенческой системы (Джонсон), адаптационная модель (Рой), модель дефицита самоухода (Орэм). Высказано предположение, что для формирования Российской модели сестринского дела оптимальной для заимствования является концептуальная модель Мойры Аллен, которая была разработана в 70-х годах XX века в сестринской школе университета Мак Гилла в Монреале. Это связано с тем, что данная модель может быть применена не только в условиях стационара, но и в амбулаторно-поликлиническом звене и предполагает планирование оказания сестринской помощи с учетом имеющихся ресурсов.

Согласно философии сестринского ухода необходимо, чтобы взаимоотношения медсестры и пациента строились на основании договоренностей, сотрудничества и координации действий.

В настоящее время философия сестринского дела в Российской Федерации относится к одному из популярных и востребованных направлений, определяя будущее не только России, но и всего мира в целом.



Долинина Л. Ю.,

кандидат медицинских наук, доцент кафедры физиотерапии и медицинской реабилитации Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, руководитель Учебный центра «Интегративные технологии», президент Санкт-Петербургского гомеопатического общества, вице-президент Российского гомеопатического общества по Северо-Западному федеральному округу

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ ГОМЕОПАТИЧЕСКИМИ И ГЕММОТЕРАПЕВИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ

Широко известно, что многие пациенты одновременно страдают артериальной гипертензией, ожирением, дислипидемией и инсулиннезависимым сахарным диабетом или нарушением толерантности к глюкозе. Указанные патологические процессы являются факторами риска развития атеросклероза, который при сочетании нескольких из них возрастает многократно. Хотя частое сосуществование упомянутых факторов риска давно отмечалось многими авторами, в том числе такими выдающимися отечественными клиницистами как Г.Ф.Ланг, Л.Л.Мясников, Р.М.Тареев, долгое время возможная причинно-следственная связь между ними многими игнорировалась. И только в последнее десятилетие интенсивно развивается концепция, согласно которой сочетание названных выше факторов риска атеросклероза — не случайность, а проявление общего для них метаболического нарушения — повышения резистентности тканей к инсулину.

Впервые данную концепцию сформулировал M. Reaven в 1988 г. [8]. Обобщив данные многочисленных исследований, он сделал вывод, что гиперинсулинемия, нарушение толерантности к глюкозе, повышение уровня триглицеридов и понижение уровня липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) в плазме крови, а также артериальная гипертензия могут развиваться в результате понижения чувствительности клеток тканей к инсулину. Для обозначения упомянутого симптомокомплекса автор предложил термин «синдром X». В 1989 г. N. M. Kaplan дополнительно выделил абдоминальное ожирение как важнейший этиологический фактор формирования инсулинорезистентности и, объединив его с тремя основными клиническими последствиями данного метаболического нарушения (сахарным диабетом II типа, артериальной гипертензией и гипертриглицеридемией), ввел понятие «смертель-

ный квартет», подчеркнув этим, что наличие подобного сочетания существенно повышает смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний [6]. В 1992 г. S. M. Haffner предложил термин «синдром инсулинорезистентности», так как, по его мнению, он хорошо отражает этиологию синдрома [4].

Начиная с середины 90-х гг. чаще всего используется термин «метаболический синдром», предложенный M. Henefeld и W. Leonhardt еще в 1980 г. [4], то есть до опубликования G. M. Reaven его концепции. В отечественной литературе наиболее часто употребляется термин «метаболический синдром X» [3].

На сегодняшний день механизм возникновения и развития метаболического синдрома X представляется следующим образом.

Инсулинорезистентность — это нарушение механизма биологического действия инсулина, сопровождающееся понижением потребления глюкозы тканями, главным образом, скелетной мускулатурой. При этом нарушается в большей степени неокислительный путь потребления глюкозы — синтез гликогена. Развитию инсулинорезистентности способствуют как генетические факторы (дефект инсулиновых рецепторов или пострецепторный дефект), так и влияние внешних факторов, среди которых, в первую очередь, следует выделить формирование ожирения (особенно андрогенного) и понижение объемного кровотока в капиллярах скелетной мускулатуры в результате их вазоконстрикции, что увеличивает путь диффузии глюкозы к клеткам. В свою очередь, данные нарушения могут быть обусловлены гиподинамией, гиперкалорийным питанием, повышением активности симпатической нервной системы.

При наличии инсулинорезистентности В-клетки островкового аппарата поджелудочной железы увели-

чивают синтез и секрецию инсулина, чтобы компенсировать нарушение чувствительности к нему и сохранить нормальную толерантность к глюкозе. Развивается гиперинсулинемия. Хроническая гиперинсулинемия вызывает парадоксальную вазоконстрикцию и увеличение минутного объема кровообращения в результате стимуляции симпатической нервной системы, увеличение объема циркулирующей крови в результате увеличения реабсорбции ионов натрия и воды в проксимальных и дистальных канальцах нефронов, сужение просвета артериол за счет пролиферации их гладкомышечных клеток. Таким образом, формируется артериальная гипертензия [3, 6, 10, 12].

Инсулин регулирует скорость синтеза липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП) печенью. При повышении его концентрации происходит рост синтеза этих липопротеинов. Таким образом, развитие гиперинсулинемии сопровождается развитием дислипидемии, характеризующейся повышением концентрации ЛПОНП (триглицеридов) и понижением концентрации ЛПВП в плазме крови. Данная дислипидемия является атерогенной [3].

Инсулин является «атерогенным» гормоном не только потому, что повышение его концентрации способствует развитию атерогенной дислипидемии, но также потому, что усиливает пролиферацию гладкомышечных клеток и фибробластов, увеличивает активность рецепторов липопротеинов низкой плотности и синтез эндогенного холестерина в клетках сосудистой стенки, а также коллагена — одного из основных составляющих атеросклеротического повреждения [3, 10].

Наконец, известно, что прогрессированию атеросклеротических поражений и, особенно, развитию их острых осложнений, в частности, острого инфаркта миокарда при ишемической болезни сердца (ИБС), способствуют нарушения в системе свертывания крови. Было показано, что гиперинсулинемия вызывает гиперфибриногемию и повышение активности ингибитора тканевого активатора плазминогена I типа, что ведет к понижению фибринолиза [3, 10, 12]. Таким образом, гиперинсулинемия, являясь компенсаторной ответной реакцией, поддерживающей нормальный транспорт глюкозы в клетки, одновременно является реакцией патологической, так как приводит к целой серии метаболических нарушений, конечным результатом которых является быстрое развитие и прогрессирование атеросклероза, в частности, ИБС и острого инфаркта миокарда, которые в значительной степени и определяют прогноз состояния здоровья у данных больных.

К основным профилактическим и лечебным мероприятиям метаболического синдрома относят, прежде всего, диету со снижением углеводов и жиров, с употреблением в пищу продуктов, имеющих гликемический индекс не более 55; адекватную физическую нагрузку — не менее 2,5 часов в неделю; контроль индекса массы тела; ограничение вредных привычек.

Из средств натуротерапии можно использовать гомеопатические и геммотерапевтические средства.

Наиболее часто метаболический синдром встречается у лиц следующих конституциональных типов:

Calcarea carbonica. Это люди с хорошо развитым скелетом («широкая кость»). Они обычно вялые, пастозные,

склонные к ожирению, с преимущественным отложением жира в области живота. Это зябкие люди, они не любят холода и сырости. Характерно общее или местное ощущение холода («как будто на ногах одеты холодные, мокрые чулки»). Однако состояние их обычно улучшается на свежем, прохладном воздухе. В ночные часы такие пациенты могут испытывать чувство жара в стопах, что заставляет их высовывать ноги из-под одеяла, повышенная потливость, особенно головы. Возможны головные боли, начинающиеся с утра и усиливающиеся после умственных напряжений. Эти пациенты подвержены диспептическим расстройствам, неустойчивому стулу с чередованием запора и поноса. Характерна непереносимость молока, а иногда и мясной пищи. Пациенты данного типа преждевременно стареют, склонны к деформирующему остеопорозу.

Barita carbonica. Для людей этого типа характерна медлительность, снижение интеллектуальных способностей, состояние апатии. Робкие, не уверенные в себе, очень смущаются при контакте с незнакомыми людьми. Внешне — низкорослые, преждевременно состарившиеся, зябкие пациенты. Характерна склонность к гипертонической болезни, атеросклерозу, частым простудным заболеваниями. Отмечается гипертрофия железистой ткани.

Ammonium carbonicum — мускулистый человек с дряблыми тканями. Одутловатый, пастозный, полный, с чрезвычайно повышенной чувствительностью к холоду и сырости. Характерны: неподвижный образ жизни, часто состояние депрессии, слабость, быстрая утомляемость. Настроение ухудшается в пасмурную погоду. Сердечная недостаточность. Одышка и сердцебиение при незначительном напряжении, даже при разговоре.

Ammonium muriaticum. Для данного конституционального типа характерен андронидный (верхний) вид ожирения, так называемый «буйволиный» тип телосложения, с преимущественным отложением жира в области плечевого пояса. Склонность к развитию сахарного диабета.

Sulfur — внешне тучные, среднего роста пациенты. Чаще светловолосые, голубоглазые. Характерна яркая гиперемия слизистых оболочек, ушных раковин, губ. Кожа лица часто имеет нездоровый вид. Себорейные высыпания в области волосистой части головы, выпадение волос. Осанка вялая, сутулая, плечи опущены. Не могут длительное время стоять спокойно, должны либо на что-то опереться, либо расхаживать. Весьма характерно появление около 11 часов дня чувства слабости, «пустоты» в желудке с желанием что-либо поесть, связанное с гипогликемическим состоянием. Запоры, либо поносы в ранние утренние часы. Тип «горячий», любящий прохладу, но чувствительный к холоду и особенно к холодной воде. Склонность к сердечно-сосудистой патологии (повышению артериального давления, геморрою, варикозному расширению вен), кожным заболеваниям (розовые угри, экзема), патологии суставов.

Natrium sulfuricum — классическая «целлюлитная гора». Гидрогеноидная конституция: выраженная метеочувствительность, реагируют на малейшие изменения погоды, особенно изменения влажности; обострение течения заболеваний при переменах погоды; не переносят сырость, туман, дождь, холодные купания. Характерна эмоциональная лабильность, чрезвычайная раздражитель-



ность; перемены настроения с переходами от эйфории к депрессии. Среди соматических заболеваний отмечаются дискинезия желчевыводящих путей, желчнокаменная болезнь, гепатит, подагра.

Graphit. Этот препарат особенно показан женщинам с явлениями целлюлита в периоде менопаузы. Характерна большая бледность и чувствительность к холоду по сравнению с пациентами Pulsatilla. Целлюлит имеет более обширное распространение. Признаки гипотиреоза: вялые, медлительные, флегматичные, печальные, пастозные; сухость кожи; трещины на границе кожи со слизистыми оболочками, на кончиках пальцев; плохое заживление кожи; сухие волосы, перхоть; атонический упорный запор; фригидность; запаздывающие, скудные месячные; аменорея. Несмотря на зябкость, такие пациенты плохо переносят жару и пребывание в закрытых помещениях. Весьма характерно снижение иммунитета, проявляющееся в частых простудных заболеваниях, легкости нагноения малейших дефектов целостности кожи. Геморрой с большими, кровоточащими узлами. Отвращение к рыбе, к сладостям, мясной и жирной пище. Ощущение давления, жжения в эпигастральной области, изжога, кислая отрыжка.

В геммотерапии наиболее обоснованными средствами с точки зрения патогенеза метаболического синдрома являются: Геммоэкстракт из почек Смородины черной, способный регулировать гормональный и иммунный статус, оказывающий противовоспалительное и кортизолподобное действие; Геммоэкстракт из ростков Оливы, обладающий антиатерогенным, гипохолестериновым, гипогликемическим и небольшим гипотензивным действием; Геммоэкстракт из почек Шелковицы черной, регулирующий непосредственно инсулиновый обмен и повышающий чувствительность тканей к инсулину; Геммоэкстракт из почек Ореха грецкого, оказывающий функциональную поддержку б-клеток, гипогликемический и гипохолестериновый эффект.

Вспомогательными средствами в регуляции жирового и углеводного обмена могут служить Геммоэкстракт из почек Клена Полевого, Геммоэкстракт из почек Ясена обыкновенного, Геммоэкстракт из почек Розмарина и Геммоэкстракт из корня Ржи.

В лечении метаболического синдрома гомеопатические и геммотерапевтические препараты могут приме-

няться как монотерапия, как составная часть комбинированной терапии, как сопроводительная терапия. Сочетание назначений конституциональных гомеопатических препаратов, как правило, в высоких разведениях, и геммотерапевтических средств, повышает эффективность проводимых мероприятий и способствует более быстрому и длительному результату. ☉

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутрова С.А. Метаболический синдром // Ожирение / Под ред. И.И.Дедова, Г.А.Мельниченко. — М., 2004. — С. 44–79.
2. Бутрова С.А., Дзгоева Ф.Х. Висцеральное ожирение — ключевое звено метаболического синдрома // Ожирение и метаболизм. — 2004. — №1. — С. 10–13.
3. Зимин Ю.В. Происхождение, диагностическая концепция и клиническое значение синдрома инсулинорезистентности или метаболического синдрома Х. // Кардиология. — 1998.-N. 6.-с. 71–81.
4. Haffner S.M., Valdez R.A., Hazuda H.P. et al. Prospective analyses of the insulin resistance syndrome (Syndrome X) // Diabetes.-1992.-V. 41.-P. 715–722.
5. Henefeld M., Leonhardt W. Das metabolische Syndrom. Deutsch.// Ges. Wes.-1980.-V. 36.-P. 545–551.
6. Kaplan N.M. The deadly quartet: upper-body obesity, glucose intolerance, hypertriglyceridemia and hypertension. //Arch.Intern. Med.-1989.-V.149.-P.1514–1520.
7. Ledoux F., Guenot G. La phytobryotherapie. — Bruxelles. — 2012. — 367p.
8. Reaven G.M. Role of insulin resistance in human disease.// Diabetes.-1988.-V. 37. — P.1595–1607.
9. Resnick L.M. Ionic basis of hypertension, insulin resistance, vascular disease and related disorders.// Am.J.Hypertens.-1993.-V.6.-P. S123 — S134.
10. Sowers J.R., Standley P.R., Ram J.L. et al. Hyperinsulinemia, insulin resistance and hyperglycemia: contributing factors in pathogenesis of hypertension and atherosclerosis. // Am.J.Hypertens. -1993.-V. 6.-P. S260 — S270.
11. Tetau M., Scimeca D. Rajeunir nos tissus avec les bourgeons. Guide pratique de gemmotherapie familiale. — Paris. — 2011. — 198p.
12. Williams B. Insulin resistance: the shape of things to come. // Lancet. — 1994.-V. 344.-P. 521–524.

ЭТО ИНТЕРЕСНО

Количество людей с отрицательным Rh на планете Земля — это примерно 15% от общей численности. Тайн и Загадок, а тем более предположений, «кто они такие», было не мало... Так кто же эти люди, и откуда у них эта особенность?

Изучение этого вопроса началось относительно недавно, так как открыт Rh только в 1940 году. С тех пор провели много исследований и сделали определённые выводы. Как считают учёные, человек произошел от обезьяны, а у всех приматов Rh положительный. Так откуда тогда появился отрицательный?

Также провели исследования, у каких народов чаще, в процентном соотношении, встречается отрицательный резус-фактор. Выводы завели учёных в ещё более непонятную ситуацию. Большой процент «отрицательных» имеет народ, о точном происхождении которого ничего не известно — испанские баски. Ещё больше только у евреев, самаритян. Связывают происхождение Rh- со слиянием человека и инопланетного существа. То, что ОНИ были на нашей планете, практически 100% доказано и признано учёным сообществом. Клонировать таких людей невозможно... Уровень «отрицательных» остался до сих пор неизменным. Исследования выявили, что мутация произошла примерно 35 тысяч лет назад.

Источник: <https://zen.yandex.ru/media/id/>

Уважаемые коллеги!

**В ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени
И. С. Тургенева» 24–25 октября 2019 года состоится**

II-я Международная научно-практическая конференция

«ПЕРСПЕКТИВЫ ОТРАСЛЕВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ»

Целью проведения конференции является разработка и обсуждение концепции единого системного подхода, направленного на обеспечение целостного, гармоничного, взаимосвязанного протекания процессов реабилитации пациентов различного профиля.

К участию в работе конференции приглашаются медицинские учреждения, включая санатории и реабилитационные центры, производители медицинских изделий, учреждения системы образования, включая коррекционные и оздоровительные школы и ДОУ, социальные учреждения, врачи, психологи, социальные и коррекционные педагоги, специалисты по адаптивной физической культуре и др.

В рамках конференции будут обсуждаться следующие вопросы:

- Направления развития медицинской реабилитации в РФ;
- Опыт международного сотрудничества в области медицинской реабилитации пациентов различного профиля;
- Современные отечественные и зарубежные технологии в системе медицинской реабилитации;
- Особенности использования методик адаптивной физической культуры в реабилитации;
- Опыт организации реабилитации и оздоровления часто болеющих детей;
- Особенности психолого-педагогического сопровождения лиц, находящихся на длительном лечении;
- Метод кондуктивной педагогики в системе реабилитации пациентов с нарушениями движения, включая ДЦП;
- Возможности сотрудничества медицины народной, альтернативной и классической в реабилитации пациентов;
- Использование социоприродного окружения в процессе социализации и реабилитации;
- Перспективы становления и развития комплексной реабилитации пациентов различного профиля в Орловской области.

В ходе работы конференции планируются: пленарное заседание, работа секций по направлениям, мастер-классы, дискуссионные площадки, выставка продукции медицинского назначения, стендовые выставки-презентации и др.

Основные организаторы конференции:

- ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И. С. Тургенева»;
- Правительство Орловской области;
- Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА, г. Санкт-Петербург.

Место проведения: г. Орёл, ул. Наугорское шоссе, д. 29.

Контактная информация: Тел: 8 (4862) 75-27-15, E-mail: medcentrgu@mail.ru

Тел: +7 (921) 589-15-82; 8 (812) 307-32-78, E-mail: stella-mm@yandex.ru

Заявки на участие принимаются до 20 сентября 2019 года на E-mail: complex_rehabilitation@mail.ru

Подробнее об условиях участия на сайтах: www.stella.uspb.ru, www.oreluniver.ru



Виноградова Л. В.,
директор БСУ СО ОО «Болховский детский дом-интернат
для детей с физическими недостатками»,
Орловская область, г. Болхов, ул. Фрунзе, д. 41,
Тел: 8 (48640) 2-45-33, Факс: 8 (48640) 2-43-85,
E-mail: boldetdom@bk.ru

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Понятие «социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)» можно рассматривать в различных его вариантах: как процесс, как конечный результат и как деятельность. Социальная реабилитация как процесс представляет собой динамическую систему, в ходе которой осуществляется последовательная реализация постоянно возникающих в ходе взаимодействия с детьми тактических задач на пути к достижению стратегической цели — восстановления их социального статуса, формирования устойчивой к травмирующим ситуациям личности, способной успешно интегрироваться в общество.

Социальная реабилитация как деятельность относится в равной мере как к личности специалистов, являющихся её организаторами, так и к личности ребёнка, включённого в социально-реабилитационный процесс, который выступает в нём как субъект деятельности и общения. Социально-реабилитационная деятельность — это целенаправленная активность специалистов по социальной реабилитации ребёнка с ОВЗ в целях подготовки последнего к продуктивной и полноценной жизни посредством специальным образом организованного обучения, воспитания и создания для этого оптимальных условий. Названный вид деятельности требует от специалистов, работающих в нашем учреждении, глубоких профессиональных знаний, высоких морально-нравственных качеств, уверенности в том, что ребёнок, отягощённый дефектом развития, может стать полноценной личностью.

Социальная реабилитация детей с ОВЗ как процесс и как деятельность по своему строению и целям близка педагогическому процессу, педагогической деятельности, и её можно рассматривать как их разновидность. Главным, что их объединяет, является то, что они выполняют единую функцию, — обеспечивают овладение растущим человеком достижениями культуры и социальным опытом, накопленным предшествующими поколениями в виде знаний, навыков, умений, моральных ценностей, норм поведения, и на этой основе формируется личность

ребёнка, способного жить в обществе и выполнять определённые социальные роли. В этой связи едиными являются и большинство понятий, используемых в равной мере, как в педагогической деятельности, так и в социально-реабилитационной практике (обучение, воспитание, формирование личности и др.)

Вместе с тем, понятия «педагогическая деятельность» и «социально-реабилитационная деятельность» не тождественны. Отличие состоит в том, что вторая направлена не на всех детей, а лишь на тех, у которых возникают трудности при вхождении в социальный мир. Поэтому и содержание, и средства в достижении поставленных целей, и направленность воздействий в социально-реабилитационной практике обуславливаются, прежде всего, спецификой развития ребёнка с ОВЗ.

Социально-реабилитационная деятельность, как и любой другой вид деятельности, имеет свои качественные характеристики. Наиболее общие из них: целенаправленность, опосредованность, субъективность, интенсивность, динамичность, эффективность.

Вся деятельность нашего учреждения направлена на обеспечение социальной реабилитации детей-инвалидов, оставшихся без попечения родителей.

Сегодня в детском доме проживают 45 детей от 4 до 23 лет, имеющие инвалидность, связанную с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата в сочетании с задержкой психомоторного и речевого развития, а также в большинстве статус детей — сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Согласно заключённому соглашению с ОГУ имени И.С.Тургенева, интернат создает все необходимые условия для проведения научных исследований студентов и научно-педагогических работников университета на своей базе. От ОГУ им. И.С.Тургенева мы находим необходимую поддержку.

1. Одним из направлений является проведение воспитательных мероприятий для детей. Данное направление предполагает формирование системы продвижения дет-





ского творчества детей с ОВЗ, детской литературы в медиасфере с вовлечением в эту деятельность общественно значимых фигур и использованием всех каналов коммуникации.

Так, 7 января 2018 года в интернате в рамках реализации Федерального проекта «Единая страна — доступная среда» состоялся благотворительный концерт «Поделись добротой!». В организации мероприятия приняли участие и студенты-волонтеры института педагогики и психологии. Муниципальный ансамбль танца «Славица» подарил яркие эмоции и прекрасное настроение зрителям: детям с ОВЗ, ветеранам труда социальной службы и бывшим работникам дома-интерната.

24 июля 2018 года в целях воспитания толерантного и позитивного отношения к инвалидам и лицам с ОВЗ, создания условий для развития инновационных технологий организации досуга инвалидов волонтеры ОГУ имени И.С.Тургенева провели региональный конкурс «Самый лучший дистанционно-управляемый робот» на базе нашего дома-интерната. Данное мероприятие проходило в рамках реализации Федерального проекта «Единая страна — доступная среда».

В конкурсе приняла участие десять наших детей и юношей в возрасте от 11 до 20 лет. Конкурсанты продемонстрировали свои умения в изготовлении модели-робота из конструктора LEGO и дистанционном управлении роботом при помощи программного обеспечения WeDo 2.0. Особый интерес у членов жюри и зрителей вызвало творческое представление созданной модели, описание перспективы дальнейшей своей проектной деятельности, связанной с учебой, с будущей профессией.

Победители и призеры конкурса были награждены грамотами, а все участники получили благодарственные письма, памятные сувениры и праздничный торт «ДРУЖБА». В завершение мероприятия волонтеры ОГУ имени И.С.Тургенева провели блиц-игру с участниками и исполнили песню «Как здорово, что все мы здесь сегодня собрались!».

2. Направление организации практики студентов. В реализации заключенного соглашения принимают участие студенты-практиканты ФГБОУ ВО «ОГУ имени И.С.Тургенева» и волонтеры. Одним из условий реализации программ практик студентов (Направление подготовки 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование) использование элементов кондуктивной педагогики. Обучение детей предполагает чередование коррекционных занятий и физических упражнений. В ходе занятия дефектологи, логопеды побуждают ребенка к самостоятельным действиям, развивают их творческую инициативу. Обязательным условием является проговаривание каждого действия ребенка. Проводятся как индивидуальные, так и подгрупповые занятия.

3. Проведение научных исследований студентами ОГУ имени И.С.Тургенева и сотрудниками на базе интерната. Так, на уроках биологии и географии используется мобильное электронное образование и цифровая среда не только для формирования знаний, умений и навыков у детей, УУД, но и для развития их речи. Обучение детей с ограниченными возможностями здоровья — один из наиболее значимых проектов «Мобильного Электронного Образования». Онлайн-ресурс МЭО, адаптирован-

ный для детей с нарушениями нервной деятельности, позволяет педагогам одновременно обучать детей по 5-ти различным программам. Цифровая система МЭО помогает особым школьникам легче усваивать материал за счёт большого количества разнообразных анимированных интерактивных заданий. Интересная учеба и выполнение увлекательных задач снимает у детей напряжение и мотивирует их к познанию. Онлайн-среда МЭО позволяет индивидуализировать процесс обучения, чтобы каждый ребенок мог работать в своем темпе как в группе с педагогом, так и самостоятельно.

ОГУ имени И.С.Тургенева и наш интернат планируют организацию и проведение совместных научных и научно-практических конференций, симпозиумов, семинаров, коллоквиумов и иных научных форумов. Вуз привлекает к участию в своих научных мероприятиях высококвалифицированных педагогических работников интерната.

Совместная работа с ОГУ имени И.С.Тургенева направлена на создание равных возможностей для реализации образовательных потребностей детей-инвалидов и детей с ОВЗ и на реализацию плана основных мероприятий до 2020 года, проводимых в рамках Десятилетия детства, подпрограммы государственной программы Российской Федерации «Информационное общество (2011–2020 годы)».

Использование новых образовательных, развивающих и воспитывающих технологий, постоянный мониторинг эффективности применяемых методик, участие в медико-педагогических консилиумах, обобщение опыта работы, повышение квалификации работников — это только часть нашей работы над созданием оптимальных условий для социализации и адаптации наших детей.

Наш коллектив имеет большой опыт работы по реализации права ребёнка с ОВЗ на социализацию и индивидуальное развитие, поскольку это немаловажный фактор успешной интеграции в общество особенных детей.

Главная проблема детей с ОВЗ заключается в нарушении их связи с миром, в ограниченной мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограниченном общении с природой, недоступности ряда культурных ценностей, а иногда и элементарного образования. Эта проблема является средством не только субъективного фактора, каковым является состояние физического и психического здоровья ребёнка, но и результатом сложившегося общественного сознания, которые санкционируют существование недостаточно доступной для инвалида архитектурной среды, общественного транспорта, социальных служб.

Ребёнок с ОВЗ требует специфических методов организации воспитательного процесса. Основной идеей воспитания является создание условий для становления такой личности, которая в процессе своего развития приобретает способность самостоятельно строить свой вариант жизни достойного человека.

Основные проблемы воспитанников:

а) психологического характера — тревожность, вялость эмоциональной сферы, слабое развитие коммуникативной сферы, преобладание защитных форм поведения в конфликтных ситуациях, часто агрессия, задержка психического развития;

б) социального характера — низкая активность, неуверенность в ценностных ориентирах, часто потреби-

тельское отношение (мне должны), слабо развиты навыки самообслуживания;

в) педагогического характера — асоциальное поведение, опыт употребления алкоголя, курения, употребление нецензурных выражений и т.д.;

г) медицинского характера — подавляющее большинство детей имеют хронические заболевания. В нашем доме-интернате находятся дети с такими заболеваниями: ДЦП, артрогриппоз, различные врождённые пороки опорно-двигательного аппарата в сочетании с задержкой

психомоторного и речевого развития различной степени. Все наши дети нуждаются в психологической реабилитации и социальной адаптации. Психолого-педагогическая, медицинская, трудовая реабилитация — залог успешной социализации наших ребят во внешнем мире.

Важным принципом социальной адаптации детей с ОВЗ является комплекс реабилитационного воздействия на проживающего воспитанника: медицинского, психологического, общественного, педагогического, организации досуга с использованием игр, развлечений и искусства.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОМА-ИНТЕРНАТА

НАПРАВЛЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Немаловажную роль в социальной адаптации наших воспитанников играет учебно-воспитательный процесс. Образовательное пространство организовано путём домашнего обучения по адаптированным индивидуальным общеобразовательным программам, разработанным для каждого обучающегося на основе заключения ПМПК. Эти программы разрабатывались на основе базисных учебных планов учреждений, оказывающих образовательные услуги нашим воспитанникам (МБОУ «Гимназия г. Болхова» и КОУ ОО «Болховская общеобразовательная школа-интернат для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»).

Дом-интернат имеет достаточно хорошую материальную базу для обучения и воспитания проживающих в нём детей (оборудованные учебные классы, кабинет информационных технологий, игровые комнаты, спортивный и тренажёрный залы). В тесном сотрудничестве с администрацией образовательных учреждений мы постоянно обмениваемся опытом по совершенствованию методов и приёмов обучения детей с ограниченными физическими возможностями, проводим совместные семинары, круглые столы, педагогические советы.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Для развития творческих способностей детей с ОВЗ и их интеграции со здоровыми детьми используются возможности дополнительного образования — кружковые, секционные занятия, которые помогают восстановлению нарушенных функций организма. Опыт показывает, что важную роль при интеграции детей-инвалидов в среду здоровых сверстников играет выбор досуговой среды. Участие ребёнка — инвалида в концертах, спектаклях, праздниках помогает самоутвердиться, поверить в свои возможности.

Важным моментом является психологическая коррекция по развитию речи детей, проводимая логопедом, психологом, дефектологом нашего учреждения, которая заключается в том, что работа над мимикой, жестами, интонацией ребёнка способствуют развитию коммуникативности: устранение боязни говорить, манера, интонации, уместные жесты во время речевого общения.

В нашем детском доме ребята занимаются такими видами деятельности: фотостудия, занятия в кабинете информационных технологий с доступом в интернет, занятия по музыкальному развитию, хоровому и сольному пению. С большим желанием и интересом наши дети посещают такие кружки, как: «Удивительный мир бумаги», «Волшебная кисть», «Я рисую мультяшек», «Кукольный театр», «Инфознайка» и другие.

Психологическому оздоровлению, развитию коммуникативных способностей, социальной адаптации воспитанников содействует совместная с педагогами досуговая деятельность в кукольном театре, подготовке и организации выступлений художественной самодеятельности. Это способствует социализации, развитию и самоутверждению среди сверстников. Надо отметить, что наши дети с удовольствием посещают эти творческие объединения, у них появляется тяга к общению, к дружбе. Эти дети чувствуют себя не одинокими, а нужными, что-то знающими и умеющими, равноценными. Они уже могут высказывать свою мысль, поделиться радостью или тревогой, проявить о ком-то заботу. После выступления с удовольствием замечают, что они выступали не хуже других. И в глазах появляется блеск, а на лицах — улыбка. Педагоги видят позитивные изменения в поведении каждого ребёнка и с большим желанием организуют посещение детьми творческих студий, а также их выступления в социальных и образовательных учреждениях города и области.

На протяжении нескольких лет наши воспитанники являются участниками Парамузыкальных фестивалей городов Москвы, Ярославля, фестивалей районного масштаба «Талантов россыпь золотая». В номинациях «Художественное слово», «Вокал» наши дети занимают первые места. В этом году мы подали заявку на участие в фестивале «Белый Кит» в Нижнем Новгороде.

Одним из видов физической адаптации для воспитанников являются занятия в спортивных секциях, на которых ребята с удовольствием соревнуются и демонстрируют своё мастерство по самым различным видам спорта: настольный теннис, дартс, бильярд, бочча, волейбол сидя. Сейчас осваивают новый вид спорта — новус. Наши воспитанники принимают участие в соревнованиях различного уровня и показывают достойные результаты.

Коллективу детского дома приятно наблюдать, как наши бывшие воспитанники добиваются отличных результа-



тов в спорте. Так, наша Ирина Гуляева завоевала бронзовую медаль на паралимпийских играх в 2018 году по биатлону, а у Надежды Фёдоровой — 4 место.

На базе детского дома-интерната создано отделение социально-профессиональной реабилитации, где воспитанники получают навыки шитья, вязания, приготовления пищи, обработки древесины.

В процессе этой работы происходит развитие двигательных умений и навыков, развитие мелкой моторики, координированных движений рук, развитие зрительно-моторных координаций. Психологическая сущность этой работы заключается в формировании познавательных и социально-значимых мотивов трудовой деятельности, что способствует подготовке к жизни, к выбору профессии.

Психологическое содержание этой коррекционной работы заключается в том, что детям-инвалидам нужно постоянно создавать «ситуацию успеха», давать возможность видеть результат своего действия.

ДОСУГОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Мы поставили перед собой задачу всесторонне развивать и приобщать наших ребят к творчеству, совместной деятельности. Это немаловажно для их социальной адаптации. Организуя каникулярную деятельность в летнее время, направляем детей в детские оздоровительные лагеря, организуем экскурсии в музеи, походы, различные поездки.

Ребята с удовольствием посещают театры, выставки художественного творчества, их работы неоднократно выставлялись наряду с работами профессиональных художников и заслуживали высокой оценки.

В рамках декады инвалидов совместно с нашими воспитанниками организуем концерты с участием детских художественных коллективов района, студентов Орловских ВУЗов. Частыми гостями наших детей являются волонтеры г. Орла: «Волонтеры Победы», «Краски жизни», «Добрые сердца». Двери нашего учреждения открыты для всех. Нашим ребятам нравится общение с молодёжью. Именно в таких условиях дети с ОВЗ быстрее приспосабливаются к окружающим условиям, а здоровые дети учатся состраданию, оказанию им помощи, проявляют заботу о них, воспитывают в себе милосердие, доброту. В то же время, вовлеченные в совместную деятельность со здоровыми детьми, воспитанники учатся действовать и жить в коллективе, учатся общению, чего они лишены (многие) с самого момента рождения. И главная задача педагога — помочь ребенку с ОВЗ преодолеть этот барьер.

ТРУДОВАЯ АДАПТАЦИЯ. ПРОФИОРИЕНТАЦИОННАЯ РАБОТА

При развитии трудовых навыков педагоги, инструкторы по труду, воспитатели учитывают психологическую значимость определенных умений и навыков, формируют положительное отношение к труду, активизируют коммуникативные навыки. Важную роль в развитии трудовых навыков, мелкой моторики играют занятия по ручному труду: изготовление поделок из картона, бумаги, пластика и природного материала. Изготавливая различные поделки, дети учатся различать материалы по свойствам,

пользоваться клеем, бумагой, ножницами, тканью, нитками, иглой.

Психологический механизм таких занятий заключается в вовлечении ребенка в активную деятельность, чтобы сформировать у него навыки самообслуживания. Важно приучать ребёнка убирать постель, ухаживать за комнатными растениями, расставлять игрушки в шкафах, помогать подклеивать книжки, мыть кисточку после рисования. Важно привлекать детей к посильному участию в уборке комнаты, к уходу за домашними животными, пусть даже сначала в форме игры. Психологи, дефектолог учат детей самостоятельной игре, а также игре с другими детьми. Это имеет большое значение для обучения больного ребенка нравственным нормам поведения, помогает войти в коллектив сверстников.

Развитие трудовых навыков, мелкой моторики и профессиональной ориентации происходит также на занятиях по компьютерной грамотности, которые проводят педагоги, воспитатели и психологи.

Профессиональная ориентация играет особую роль в старшем подростковом возрасте, когда человек поставлен перед необходимостью выбора своего жизненного пути. Эффективный и обоснованный профессиональный выбор должен быть совершен в контексте общих жизненных планов, целей, ценностей человека, его физического и психического состояния здоровья.

У детей с ОВЗ процесс профессионального самоопределения является достаточно трудным и болезненным. Поэтому, содействуя выбору профессии, педагогический коллектив на протяжении всего воспитательного процесса проводит работу на активизацию самопознания, самоопределения ребенка в профессиональном и личностном направлении.

В интернате для старшеклассников создан клуб «моя будущая профессия», который существует более 7 лет. Дети с отклонениями в развитии учатся понимать себя, свои сильные и слабые стороны, интересы, ценности, уровень способностей и возможностей.

Как результат работы по профессиональной ориентации — все дети, имеющие положительный трудовой прогноз, поступают в профессиональные учебные заведения и получают выбранные ими профессии. На протяжении двух лет мы возим будущих абитуриентов на областную ПМПК, где им определяют дальнейший образовательный маршрут.

МЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ

Кроме амбулаторного медикаментозного лечения основной патологии, симптоматического и профилактического лечения, наши воспитанники получают высокотехнологичную помощь (протезирование, оперативное лечение) в областных клиниках, а также научно-практических институтах Санкт-Петербурга, Смоленска и Москвы. Мы понимаем, что это направление медицинской реабилитации имеет большое значение. Для наших воспитанников это уникальная возможность получить комплексную медицинскую помощь за время нахождения в нашем интернате, ведь это дает возможность каждому воспитаннику наладить полноценную жизнь в силу остаточных физических способностей и строить свою дальнейшую судьбу.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ СО СВОИМИ ВЫПУСКНИКАМИ

В наши дни обострилась проблема социальной и психологической адаптации детей — сирот и их интеграции в общество. В условиях развития современного общества и производства наметилась тенденция к снижению личностной пригодности детей — сирот ко многим видам профессиональной деятельности, особенно интеллектуального характера и социального взаимодействия, наблюдается увеличение количества правонарушений, рост суицида среди данной категории подростков. Сегодня остро ощущается потребность в таких формах работы с детьми, которые помогли бы им впоследствии успешно вписаться в современное производство, требующее от человека «социальной мобильности», готовности к возможным сменам профессии, общего научного и технического образования, более широкого набора культурных (эстетических, общественных, этических и эмоциональных) средств.

Анализируя судьбу выпускников за последние годы в БСУ СО ОО «Болховский детский дом-интернат для детей с физическими недостатками» можно сделать вывод, что многие ребята, закончив обучение в школе, стремятся учиться дальше и получить профессию. На сегодняшний

день двое наших выпускников обучаются в Михайловском экономическом колледже, 1 человек учится в Калужском реабилитационном образовательном комплексе. Многие ребята и девушки адаптировались к самостоятельной жизни, создали семьи, нашли работу, устроили жилье.

Учитывая все это, в своей работе мы используем следующие виды постинтернатной адаптации воспитанников:

- отслеживается адаптация выпускников в учреждениях НПО и СПО;
- оказывается консультативная помощь в вопросах жизнеобеспечения;
- оказывается помощь в обустройстве жилья;
- поддерживается связь с выпускниками прошлых лет.

Подводя итог, хочу отметить, что дети, имеющие инвалидность, могут быть так же талантливы, как и их сверстники, не имеющие проблем со здоровьем, но обнаружить свои дарования, развить их, приносить с их помощью пользу обществу им не мешает неравенство возможностей. Дети-инвалиды — не пассивные объекты социальной помощи, а развивающиеся личности, которые имеют право на удовлетворение разносторонних социальных потребностей в познании, общении, творчестве. И наша главная задача — помочь ребёнку осознать себя, как личность, научить его ориентироваться и самоутверждаться в современном обществе.

ПО ТЕМЕ...

Минздрав вынес на общественное обсуждение новые проекты порядка реабилитации детей и взрослых — взамен приказа, действующего с 2012 года. В СМИ и соцсетях пишут, что новые порядки опасны и не предусматривают реабилитацию для людей с инвалидностью.

В проектах приказов Минздрава сохранили разделение людей по «реабилитационному потенциалу». Если врачебная комиссия решила, что человек никогда не сможет полностью восстановиться, то в реабилитации он, по мнению ведомства, не нуждается. Люди без «реабилитационного потенциала» смогут рассчитывать только на паллиативную помощь — облегчение страданий и улучшение качества жизни. Причем это ограничение распространяется на любые организации, включая частные клиники.

В группе без «реабилитационного потенциала» могут оказаться дети с церебральным параличом и спинальной мышечной атрофией (СМА), взрослые с рассеянным склерозом и боковым амиотрофическим склерозом (БАС). Эксперты называют такой подход дискриминационным и указывают на прямое нарушение конвенции ООН по правам инвалидов, которую Россия ратифицировала в 2012 году и тем самым признала, что людям с инвалидностью нужно обеспечить доступ к реабилитации и предоставить тот же набор услуг, что и другим. Реабилитация нужна вне зависимости от того, сможет ли человек восстановиться и, например, ходить. Любому человеку важно быть максимально самостоятельным, и нередко единственная цель реабилитации — сделать так, чтобы человек мог без чьей-либо помощи умываться, одеваться, чистить зубы, принимать пищу.

«Пожалуй, главное, что обескураживает в проекте документа, это то, что он полностью заточен под восстановительную реабилитацию, например, после травм или инсульта, — говорит генеральный директор благотворительного фонда помощи людям с БАС «Живи сейчас» Наталья Луговая. — Притом, что огромное и активно развивающееся сейчас направление реабилитации — это поддерживающая реабилитация. Мы надеялись, что новый порядок поможет людям с БАС и другими прогрессирующими заболеваниями получать необходимую помощь в соответствии с международными стандартами, и что порядок будет способствовать развитию всей отрасли поддерживающей реабилитации — но сейчас есть большие опасения, что он, напротив, станет барьером для пациентов. Похоже, что согласно новому порядку реабилитации людей с такими заболеваниями практически точно отнесут к категории «без реабилитационного потенциала», а это значит, что получить право на амбулаторную комплексную реабилитацию им вряд ли удастся».

Эксперты подчеркивают, что чем раньше физический терапевт, эрготерапевт, психолог, логопед включатся в сопровождение пациента с БАС, тем больше шансов отсрочить тот момент, когда человек будет нуждаться в посторонней помощи. Ребенка с церебральным параличом важно учить по максимуму использовать тот потенциал, который у него есть, чтобы суметь жить в мире, который не приспособлен для людей с двигательными или, например, речевыми нарушениями.

Кроме того, реабилитация будет осуществляться курсами, а не постоянно. У детей продолжительность курса будет составлять от 12 до 21 дня, проводить его будут 1–4 раз в год (в проекте приказа для взрослых детализации нет). «Ни при ДЦП, ни при СМА невозможно проходить реабилитацию курсами: две недели, потом перерыв на несколько месяцев, а потом снова две недели курсом, — говорит генеральный директор реабилитационного центра «Апрель» Наталья Семина. — Курсовой подход предполагает, что ребенку этого хватит, он возьмет и за курс восстановится, что во многих случаях невозможно. На такую реабилитацию расходуются средства, но это не приносит никакой пользы».

Источник: <https://meduza.io/feature/>



От Редакции: В настоящее время среди наших соотечественников очень сильны ностальгические настроения, когда речь заходит о бывших всесоюзных здравницах. Благодаря нашему партнеру, туристической компании «Fango Travel», мы начинаем серию статей, посвященных одной из самых известных и популярных здравниц времен Советского Союза — солнечной Абхазии. А что сейчас может предложить туристам и желающим оздоровиться и подлечиться современная Абхазия, когда людям стали доступны практически все мировые курорты и места отдыха? Оказывается, эта маленькая республика обладает огромным потенциалом в области санаторно-курортного лечения и экологического туризма.



Н. В. Федорко,
руководитель отдела курортного лечения
туристической компании «Fango Travel»,
Санкт-Петербург, Россия

АБХАЗИЯ — ЗНАКОМАЯ НЕЗНАКОМКА

А не окунуться ли нам с вами сегодня в воспоминания, дорогие друзья?

Вспомним времена нашей молодости, когда и солнце, казалось, светило ярче, и деревья были зеленее... Конечно, вы понимаете, что это шутка. Поговорить же я предлагаю о месте поистине уникальном, которое в ожерелье прекраснейших мест Земли сияет очень маленькой, но яркой жемчужиной. Имя этой жемчужины — Абхазия.

Не правда ли, сколько прекрасных воспоминаний пронеслось сейчас у вас перед глазами?

Действительно, было время, когда слово «Абхазия» почти у всего населения нашей тогда огромной страны равнялось слову «рай».

Не зря и сегодня бытует у абхазов легенда, что Господь подарил абхазу самый лучший кусочек земли — тот, что «он оставил для самого себя».

Представьте себе — Абхазия — это очень маленькая страна. Площадь ее всего чуть более 8 тыс. км², больше 80% суши занято горами, протяженность с запада на восток — всего около 200 км.

В чем же ее особенность, почему столетиями она притягивала к себе самые разные народы? Ведь ее земли помнят и певучий говор древних греков, и тяжелую поступь римских воинов. Волны арабских завоеваний накрывали ее не раз, Византия размещала на ее территории свои гарнизоны, а в средние века свои фактории основывали здесь генуэзские купцы.

В Абхазии уникально практически все, начиная с ее географического расположения, ее природы, ее богатств, и, конечно, заканчивая абхазским народом — тружеником, песенником, танцором и виноделом.

В нескольких словах, да и на нескольких страницах об Абхазии не расскажешь. Поэтому сегодня мы начинаем серию статей, которую по праву назовем «Абхазия — знакомая незнакомка».

Мы надеемся, что после этого вам захочется не раз посетить Абхазию, прикоснуться самим к ее богатейшей истории и культуре, замереть от восторга, глядя на розовеющие на закате снеговые горные вершины, опуститься на прибрежные камни, молча и задумчиво глядя вдаль, словно ожидая появления из-за горизонта знаменитого «Арго»...

ГЕОГРАФИЯ

Начнем наш рассказ, конечно, с географического положения страны, ибо именно оно во многом определило ее судьбу и историю, подарив всем нам уникальные возможности для отдыха и оздоровления.

Лежит Абхазия на Кавказе на самом пересечении Западной Азии и Восточной Европы, в северо-западной части Закавказья между реками Псоу и Ингур.

На юго-западе она омывается водами Чёрного моря. На севере Абхазия граничит с Россией, на юге — с Грузией. Согласно переписи населения Абхазии, проведённой в 2011 г., численность населения составила 240 705 чел. Всего сейчас в Абхазии проживают представители 67 различных народов.

По характеру рельефа территория Абхазии делится на несколько зон: высокогорную, горно-лесную, холмистую и равнинную. Большая часть территории республики занята отрогами Главного Кавказского (Водораздельного) хребта (Кодорский, Абхазский, Бзыбский и Гагрский хребты). Самой высокой точкой хребта является гора Домбай-Ульген, высота которой составляет 4046 м.

Что особенно важно для врачей, природно-рекреационную зональность территории Абхазии можно разделить следующим образом:

1. Прибрежная низменная зона с высотой до 30 м над уровнем моря и удаленностью от береговой полосы до 3 км. Именно она обладает всеми предпосылками



Туристическая компания Fango Travel

Санаторно-курортное лечение и оздоровительный отдых
В санаториях и MedicalSPA-отелях Европы, Азии и России

www.fango-travel.ru

- Менеджеры-консультанты с медицинским образованием и специальной медподготовкой
- Путевки по ценам санаториев и ниже (участие в акциях санаториев и туроператоров)
- Консультативно-экспертное сопровождение узкими специалистами — Врачами-куртологами, реабилитологами

ЕВРОПА

Венгрия, Словакия, Словения, Чехия, Сербия, Белоруссия, Италия, Австрия, Франция, Германия

АЗИЯ

Индия, Китай

РОССИЯ

Кавказские Минеральные Воды, побережье Черного моря, Белокуриха, Крым

**Санкт-Петербург, ул. Бумажная, 4, офис 114 (1 этаж). +7 (812) 45-88-321, info@fango-travel.ru
www.fango-travel.ru. Приходите к нам в офис рядом с Екатерингофским парком (метро Нарвская)**

Приглашение для медицинских работников

Уважаемые коллеги, приглашаем Вас в ряды туристического клуба «Doctor Fango»

- Эксклюзивные предложения по разным направлениям отдыха. Только для своих.
 - Участие в международных медицинских конференциях и семинарах на базе зарубежных и отечественных курортов. Особые условия.
 - Привилегия только для медиков (Врачей и среднего медперсонала) и членов их семей. «Несгораемый кэшбэк» — гарантированный Возврат от 7% стоимости приобретенного тура.
- ... и многое другое.

Чтобы узнать подробности, позвоните по телефону +7 (812) 45-88-321 или отправьте запрос на почту info@fango-travel.ru с пометкой «Doctor Fango».



для организации приморского санаторно-курортного лечения и отдыха с различными водными видами развлечений.

2. Холмистая зона до высоты 600–700 м над уровнем моря дает возможность проводить санаторно-курортное лечение на базе термальных источников, организовывать оздоровительные прогулки и одно-двухдневные экскурсии по туристским маршрутам.

3. Лесная зона (до 1700 м над уровнем моря) обладает функциями многодневного горно-курортного лечения на базе минеральных источников и мягкого климата.

4. Субальпийская зона (1800–2400 м над уровнем моря). Здесь очень полезно отдыхать в условиях разреженного воздуха (например, в палаточных лагерях), организовывать горный и спелеологический туризм, зимний отдых и спорт.

5. Альпийская зона (свыше 2400 м над уровнем моря) отлично подходит для того же отдыха в палатках, для горного туризма, альпинизма и некоторых зимних видов отдыха.

КЛИМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Климат в Абхазии необычайно мягкий, теплый и достаточно влажный, средняя температура летом +27°C, зимой +7°C. Прибрежная часть страны — зона влажного субтропического климата (она тянется примерно до абсолютной высоты 400 м). Самый жаркий месяц — август. Осадков выпадает 1300–1500 мм в год.

Своим благоприятным климатом Абхазия обязана, прежде всего, череде высокогорных хребтов, что закрывают ее от холодных ветров с севера, и создают своеобразный «парник», сохраняя теплое дыхание моря, которое медленно остывает всю зиму.

Представьте только себе, какая в этих условиях в Абхазии растительность! Знаете, как ее издавна называют ученые? «Ботанический рай» — и это еще очень и очень слабо сказано. Растительный мир отличается неповторимым своеобразием и эндемичностью. Страна всегда была покрыта роскошными девственными лесами, образовывавшими практически непролазные чащи.

Из интродуцированных (завезенных) промышленных растений обязательно надо отметить: чайное растение (первый в Абхазии чайный куст был высажен в 1842 г. в Сухумском Ботаническом саду), тунговое дерево, табак, пробковый дуб, мандариновые и апельсиновые деревья, бамбук. В Новом Афоне сохранились еще оливковые рощи, заложенные в XIX веке монахами Симоно-Кананитского монастыря.

Интересно то, что климат в стране далеко не всегда был столь благоприятным для отдыха и проживания. Когда-то все приморское побережье Абхазии занимали болота — прибежище страшной болезни — малярии, от которой страдали не только приезжие, но и сами коренные жители.

Однако постепенно, с освоением здешних мест, был проведен целый комплекс противомаларийных мероприятий (мы обязательно посвятим этому отдельную статью), туда была завезена маленькая рыбка гамбузия, высажены миллионы эвкалиптов, проведены дренажные работы — все это постепенно освободило побережье от болот и от страшного заболевания. Последний случай малярии был зафиксирован здесь в 1956 году.

ВОДЫ АБХАЗИИ

Обязательно надо сказать еще об одном несомненном богатстве Абхазии, каким может похвастаться далеко не каждое государство — о водных запасах Абхазии. Недаром считается, что по количеству пресной воды на душу населения Абхазия занимает одно из первых мест в мире!

Страна испещрена густой гидрографической сетью — это горные ледники, реки, озера, болота, многочисленные источники минеральных и термальных вод.

Все реки принадлежат бассейну Чёрного моря. Самыми крупными реками Абхазии являются знаменитые Бзыбь и Кодор. Каждая имеет протяженность более 100 км, каждой реке народ посвятил много сказов, легенд и преданий.

В Абхазии протекает и самая короткая река мира — Репруа, расположенная в Гагрском районе. Ее протяженность — около 18 метров при ширине около 10 метров. Представьте — меньше обычного бассейна для плавания! Название реки переводится как «проявление пресной воды на морской поверхности».

Необыкновенно богата Абхазия и озерами. Разумеется — самое известное из них — озеро Рица, расположенное в отрогах Гагрского хребта на высоте 950 м над уровнем моря. Площадь его 1,8 км², глубина — более 100 м. Одна из самых пронзительных легенд, записанная этнографами в XIX веке, повествует о его божественном происхождении.

Нам, туристам и отдыхающим XXI века, отправляющимся на озеро по прекрасному горному шоссе, трудно даже представить себе, что было время, когда о его существовании знали лишь самые опытные абхазские проводники и охотники — настолько труднодоступно и скрыто от людских глаз оно было.

Мы обязательно поговорим в будущих статьях о прекрасных рекреационных возможностях озера (недаром на его берегу располагалась одна из 5 дач, которые были построены в Абхазии для И. В. Сталина), о водопадах, спадающих в его воды, и, конечно, о минеральных источниках курорта Авадхара.

В 1993 году Сочинский НИИ курортологии и физиотерапии Министерства здравоохранения РФ провел ряд исследований, в результате которых минеральная вода «Авадхара» признана соответствующей ГОСТу 13273–88. Это означает, что эта вода относится к группе 1-б и признана самостоятельным индивидуальным типом под названием «Авадхарский».

В ней содержатся лечебные бурые, мышьяковистые, углекислые и кремнистые минеральные воды. Особенно отмечено содержание в «Авадхаре» мышьяка в полезном для человека количестве. Его форма окисленности благотворно влияет на кровообращение и состояние костного мозга. Произрастание хвойных столетников вокруг царства лечебных источников также является важной составляющей общего восстановления организма.

Свежий воздух, обогащенный кислородом, регулирует окислительные и обменные процессы, а также хорошо воздействует на регенерацию слизистой желудка при язвенной болезни.

«Авадхара» — это среднеминерализованная, нейтральная по величине pH гидрокарбонатная натриевая (содовая) минеральная вода. При применении внутрь она

осуществляет общее лечебное воздействие на организм, особенно на органы пищеварительной системы. Врачи очень рекомендуют ее людям, страдающим от таких заболеваний, как гастрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический энтероколит и колит, хронические заболевания печени, дискинезии желчевыводящих путей, железодефицитная анемия и прочие болезни.

Итак, все говорит нам о том, что туристско-рекреационный потенциал Абхазии и сегодня, как и десятилетия назад, столь же богат и разнообразен.

Море, удивительно чистое по сравнению с расположенным рядом российским побережьем, и протяженные галечно-песчаные пляжи делают пляжный туризм и талассотерапию популярными видами отдыха и оздоровления в Абхазии.

ТУРИСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Природоохранные территории и памятники природы, которые занимают 10% территории страны, предрасполагают к развитию экологического туризма, популярного ныне во всем мире благодаря тому, что он является, прежде всего, залогом здоровья.

Например, в 1966 г. в приморской части северо-западной Абхазии был основан Пицундо-Мюссерский заповедник площадью 3,761 тыс. га. с рощей уникальной реликтовой пицундской сосны и большим самшитовым лесом площадью 63 га.

В 1996 г. в Абхазии был создан Ричинский реликтовый национальный парк. Территория парка составляет 390 км². Здесь концентрируются многочисленные уникальные объекты природы и истории. Парк разделен на две зоны — заповедную, где запрещена любая хозяйственная деятельность, и рекреационную. Климат и ландшафт парка необыкновенно разнообразны.

Все выше описанные условия и особенности Абхазии позволяют развивать в республике различные виды отдыха и туризма:

- санаторно-оздоровительный, целью которого является укрепление здоровья,
- пляжный отдых с элементами талассотерапии — нахождение у моря, в прибрежной полосе,
- экологический туризм — залог физического и психического здоровья,
- активный отдых, связанный с занятиями определенным видом спорта,

А также экскурсионный, паломнический, детский, этнографический туризм.

Нельзя забыть и об одном из интереснейших видов оздоровительного туризма — конном. С каждым годом он набирает в Абхазии все большую популярность. Во время долгих конных прогулок туристы не только укрепляют свой опорно-двигательный и вестибулярный аппарат, воздействуя все группы мышц, но и получают мощный эмоциональный заряд, наслаждаясь удивительной красотой Абхазии — ее горами и живописными ущельями.

АБХАЗСКАЯ КУХНЯ

Говоря об Абхазии, нельзя хотя бы несколько слов, обзорно, не сказать о местной национальной кухне, которая

формировалась на протяжении многих столетий под влиянием природных и социально-экономических условий. Ведь недаром среди абхазов более 1000 человек сегодня являются долгожителями, которым более 100 лет!

Истории изучения долгожительства в Абхазии мы посвятим обязательно специальную статью, а пока отметим, что национальная кухня Абхазии очень вкусна и разнообразна. Исторически на развитие кухни повлиял тот факт, что абхазские племена были заняты как земледелием, так и скотоводством. Поэтому в ассортименте широко представлены и растительные, и мясные продукты.

Роль хлеба на абхазском столе играет абыста — густая каша из кукурузной муки — необыкновенно питательной и сложной по своему составу. Знаменитый советский исследователь кухни В.Похлебкин писал, что в кукурузной муке содержится масса полезных веществ, включая золото и серебро!

Помимо этого, из кукурузной муки делают пресные лепешки, хлебцы или чурек, подслащенный медом или начиненный сыром, или грецкими орехами. Их пекут на раскаленных углях.

Одно из главных мест в питании абхазов занимают молочные продукты, особенно сыры различных видов и сортов.

Абхазы также издавна занимались садоводством, виноградарством и пчеловодством. Поэтому овощи, фрукты, виноград, грецкие орехи, мед всегда есть на абхазском столе. Грецкие орехи — вообще необходимый элемент многих абхазских лакомств. Мед тоже занимает особенное место. Его едят с мацони (квашенное молоко), чуреком, варениками, пирогами и пр.

И, НАКОНЕЦ, САНАТОРИИ...

Практически все районы республики в равной мере обладают обширными рекреационными условиями и ресурсами. И, наверное, поэтому в последние годы в стране отмечается активное восстановление санаторно-курортной системы. Санатории Абхазии стараются использовать богатейшие ресурсы рекреационного комплекса, сохранившиеся кадры специалистов, а также — прославленное абхазское гостеприимство.

Для привлечения большего количества желающихправить свое здоровье, пансионаты и санатории Абхазии учатся совмещать лечебные схемы с технологиями SPA-оздоровления, превратив традиционный лечебный процесс в увлекательный, доставляющий удовольствие и приносящий здоровье.

Итак, я уверена, мы с вами убедились, что Абхазия — это территория с уникальными природно-климатическими условиями, которая не случайно в течение многих десятилетий была признана здравницей всесоюзного значения, ежегодно обслуживавшей миллионы туристов. Это и послужило причиной масштабного строительства в свое время в республике предприятий и объектов оздоровления, превратив Абхазию в известный курорт.

Именно разнообразие климатических зон, множество минеральных источников, пышная субтропическая растительность и мягкий климат могут и просто обязаны способствовать превращению этого региона в климатобальнеологический курорт мирового значения!



Мамаева М. А.,
кандидат медицинских наук,
директор Издательского Дома СТЕЛЛА,
Общества специалистов «Международное
медицинское сотрудничество»,
Санкт-Петербург, Россия

ЛЕЧЕНИЕ ГЛИНАМИ

Глинолечение, или болусотерапия (от лат. bolus — глина), — это один из древнейших методов физиотерапии, представляющий собой метод теплового лечения, основанный на использовании нагретых глин.

Древние египтяне использовали глину для бальзамирования умерших еще за 3000 лет до н.э. Лечебные свойства глины упоминали в своих трактатах Авиценна, Гален, Диоскорид, Аристотель, Конфуций и др. Глинолечение применялось народами Африки, Южной Америки, Индии, Ближнего и Среднего Востока, а также народами Европы. В историю вошли слова Луи Пастера, которые он произнес в 1878 г.: «Терапевтическому воздействию кремнезема принадлежит большое будущее».

Действительно, к примеру, пастор Себастьян Кнейп применял с лечебными целями глину для ванн, а, смешивая с уксусом, — для компрессов. Во время Первой мировой войны во Франции для профилактики дизентерии в горчицу добавляли немного глины, что оказалось весьма эффективным.

Большой вклад в развитие глинолечения внесли российские врачи и ученые. Так, глина широко использовалась в клинике С. П. Боткина, в основном, в виде холодных компрессов для лечения сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний. Из этой клиники вышло много работ именно по глинолечению (М. И. Соколов, С. В. Посадский, Г. А. Гельман). В конце XIX в. отечественные ученые А. А. Вериги, Н. Д. Зелинский и Е. М. Брусиловский начали исследование возможностей получения искусственных лечебных грязей на основе глин, что в дальнейшем было подтверждено их последователями (М. А. Ясиновский, М. С. Беленький, С. С. Налбандов и др.), и полученная таким образом искусственная грязь по своему лечебному действию являлась полноценным аналогом натуральных лечебных грязей. Глинолечение применялось во время Великой Отечественной войны в госпиталях, на различных этапах эвакуации раненых и больных.

В настоящее время во многих странах мира (Япония, США, Франция, Россия, Германия) продолжается медико-биологическое исследование глин и разрабатываются методики глинолечения.

О ГЛИНЕ

Глина — это пластичная осадочная горная порода, состоящая преимущественно из глинистых минералов.

Обычно глина является полиминеральной субстанцией. Наиболее важными, обязательными компонентами глины являются окись кремния SiO_2 (от 40 до 70%) и окись алюминия Al_2O_3 (10–35%). В состав глин также входят окислы железа и титана, углекислый кальций, углекислое железо, сернистое железо, серноокислый кальций и другие химические соединения. Характерной особенностью глин является малое содержание органических веществ и низкая коллоидальность. Удельный вес глины составляет 1,8–1,9. Распространенность глин в природе очень велика. Особенно много глин в центральной части, на западе и северо-западе Европейской платформы. На всей территории бывшего СССР имеется достаточное количество глин, пригодных для различных народно-хозяйственных целей, в т. ч. и для применения в медицине.

Цвет глины зависит от примесей: красная глина приобретает свой цвет от окиси железа; желтая, коричневая — от бурого железняка; серая, сине-серая, черная — от перегнойных веществ; белая — от соединений кальция и магния.

С древности глина служила одним из средств народной медицины, ее использовали для компрессов и аппликаций при различных заболеваниях. Белую глину применяют наружно в виде присыпок, мазей, паст, а также в качестве основы при изготовлении таблеток, голубую и зеленую глину используют для полоскания полости рта и горла, а также для клизм, кишечных и вагинальных промываний. Глина применяется для приготовления ванн, а также в гигиенических и косметических целях.

ЛЕЧЕБНЫЕ СВОЙСТВА ГЛИН

Использование глин для теплолечения обусловлено их особыми физико-механическими свойствами. Теплофизические свойства глины близки с таковыми у иловых грязей и существенно зависят от того, сколько в глину добавлено воды. Теплоемкость глины, приготовленной для лечебного применения, обычно колеблется в пределах 1,75–3,09 кДж · кг⁻¹ · °C⁻¹. Теплопроводность правильно приготовленной глиняной массы составляет около 0,76 Вт · м⁻¹ · °C⁻¹. Конвекция тепла в глиняной массе незначительна, и ею можно пренебречь при анализе теплового влияния на организм. Теплоудерживающая способность у глины примерно такая же, как у иловой грязи, и равна 380–400 с. Глина обладает высокой адсорбцион-

ной способностью, которая возрастает при добавлении небольшого количества воды. Для теплолечения важна также пластичность теплоносителя. Пластичность глины зависит от содержания воды, наличия примесей, способа хранения и др. Для теплолечения пригодны различные сорта глин, прежде всего, жирные, дающие при замешивании с водой равномерную, тестообразную и пластичную массу. Надлежащим образом приготовленная глина по липкости превосходит торфяную и многие иловые грязи. Липкость глины появляется при содержании в ней воды в количестве не менее 35–40%. Некоторые глины радиоактивны. И хотя их радиоактивность невелика, но она обычно выше радиоактивности иловых грязей и может иметь определенное значение в действии на организм. Ценными для теплолечения считаются кембрийские глины, отличающиеся однородной сине-зеленой окраской, высокой пластичностью, вязкостью и липкостью.

Лечебные эффекты глинолечения (близки к действию на организм парафинолечения):

- противовоспалительный,
- болеутоляющий,
- сосудорасширяющий или сосудотонизирующий,
- метаболический,
- трофический.

Глинолечение можно проводить в виде холодных, теплых и горячих процедур.

Холодные компрессы из глины проводят следующим образом: воду из холодильника температурой 7–10°C смешивают с 6%-ным раствором спиртового уксуса (на 200 мл воды — 2 столовые ложки раствора уксуса), добавляют к глине, перемешивают до пастообразного состояния, наносят на марлю и накладывают на пораженную часть тела на 1–3 ч. Холодные аппликации проводят с охлажденной глиной, которую толщиной в 1,5–2 см и площадью немного больше размера поражения накладывают на область патологического очага (ушиб, абсцесс и т.д.), меняя каждые 30–60 мин. При теплых и горячих аппликациях глину предварительно нагревают до 42–46°C, наносят на подлежащий воздействию участок тела слоем в 5–6 см. Глиняную лепешку сверху покрывают байковой или шерстяной тканью. Экспозиция 20–40 мин. После процедуры тело обмывают теплой водой или принимают теплый душ. Процедуры проводят через день или два дня подряд с перерывом на третий. Курс лечения обычно — 10–16 процедур.

Глина может применяться для грязевых ванн. Ванны из глины делают, добавляя в пресную или минеральную (хлоридно-натриевую или морскую) воду 500–800 г порошка глины. Температура 37–39°C, продолжительность — от 15 до 30 мин. На курс лечения используют 8–10 ванн, проводимых через день.

В странах Европы используются глиняные ванны по Фельке. Для их проведения глину разбавляют водой до сметанообразной консистенции, температура такой ванны обычно 25–27°C. Пациент садится в ванну так, чтобы погрузиться в нее до нижнего края ребер. Продолжительность процедуры — 15–45 мин. При приеме такой прохладной ванны больной через несколько минут начинает ощущать приятное тепло. Ванна вызывает перераспределение крови в организме, изменяет скорость кровотока, повышает венозное и незначительно артериальное давление,

улучшает работу сердца, увеличивает жизненную емкость легких, снижает уровень сахара в крови. Ванны проводят 1–2 раза в неделю, на курс лечения необходимы 6–8 ванн.

Наружное глинолечение показано при следующей патологии:

- болезни опорно-двигательного аппарата (артриты, полиартриты, периартриты различного происхождения;
- травмы суставов, остеохондроз позвоночника, болезнь Бехтерева;
- поражения костей, мышц, сухожилий, переломы с замедленной консолидацией или болезненной костной мозолью;
- оститы, периоститы инфекционные и посттравматические;
- миозиты, бурситы, тендовагиниты, контрактуры суставов, остеомиелиты);
- болезни нервной системы — заболевания и последствия травм периферической нервной системы (радикулиты, полирадикулоневриты, нейропатии и полинейропатии, плекситы, невралгии, ганглиониты и др.), заболевания и последствия травм ЦНС (остаточные явления полиомиелита и спинального арахноидита, эпилепсия, мигрень);
- болезни женской половой сферы (хронические воспалительные заболевания матки, придатков и влагалища;
- недостаточность функции яичников;
- бесплодие после перенесенных воспалительных процессов);
- болезни органов пищеварения (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хронический гастрит, язвенная болезнь, дисбактериоз кишечника, дискинезии билиарной системы, хронический холецистит);
- болезни кожи (псориаз, хроническая экзема, себорея, нейродермит, рубцовые изменения, облысение);
- болезни эндокринной системы и обмена веществ (подагра, сахарный диабет, рахит, эндемический зоб);
- болезни мочевыводящей системы (пиелонефрит, циститы, мочекаменная болезнь, простатиты);
- болезни сердечно-сосудистой системы (варикозное расширение вен, флебиты, перифлебиты);
- заболевания органов дыхания (бронхиты, пневмонии, бронхиальная астма).

Противопоказаниями для теплых и горячих глинолечебных процедур являются: хроническая сердечно-сосудистая недостаточность IIБ–III ст., артериальная гипертензия III ст., туберкулез, опухоли, кровотечения, лихорадочное состояние, инфаркт миокарда в острой стадии, инсульты, обострение заболеваний, острые воспалительные заболевания.

Таким образом, глинолечение является достаточно эффективным методом физиотерапии, которое может применяться не только в условиях курорта, но и на базе реабилитационных отделений поликлиник и медицинских центров. 

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://www.fizioterapiya.info/>
2. Федотченко А. А. Грязелечение (пелоидотерапия) // Сибирский медицинский журнал, 2010, № 6, С. 273–276
3. Физиотерапия и курортология / Под ред. В. М. Боголюбова. — М: Бином. — 2008. — Т. 1. — С. 105–120



Репс В. Ф.,
доктор биологических наук, профессор
кафедры биологии Медицинского
института ФГБОУ ВО «Северо-
Кавказская государственная академия»,
г. Черкесск; ведущий научный
сотрудник отдела изучения механизмов
действия физических факторов,
Пятигорский НИИ курортологии Филиал
ФГБУ «Северо-Кавказский федеральный
научно-клинический центр
Федерального медико-биологического
агентства» в г. Пятигорске

Узденов М. Б.,
кандидат
медицинских
наук, директор
Медицинского
института ФГБОУ
ВО «Северо-
Кавказская
государственная
академия»,
г. Черкесск

Русак А. И.,
заместитель
заведующего
испытательной
лабораторией
природных
лечебных ресурсов,
менеджер
по качеству
ФФБУ «СКФНКЦ
ФМБА России»,
г. Пятигорск

МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО КЛАСТЕРА КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССИИ

Карачаево-Черкессия (КЧР) всегда успешно развивалась как рекреационный регион России. Большое внимание отводилось организации оздоровления населения страны в летние и зимние месяцы. Теберда — известный климатический курорт, в котором проходят реабилитацию пациенты с заболеваниями бронхолегочной системы, а Домбай известен как зимний горно-лыжный курорт. Летом в Архыз, Домбай всегда приезжали россияне за чистым воздухом, насыщенным фитонцидами хвойных лесов, родниковой водой. Отдых в экологически-чистых районах республики сочетался с активным отдыхом — прогулки по разработанным маршрутам восстанавливали и укрепляли здоровье россиян.

В последние годы активно стала развиваться инфраструктура поселка Архыз: появились новые места размещения, например, комплекс отелей «Романтик», отвечающий современным международным требованиям к организации рекреационной деятельности, канатная дорога, обеспечивающая подъем не только лыжников зимой, но и туристов летом для пеших прогулок по окрестностям Архыза.

Между тем, несмотря на богатейшие запасы гидроминеральных природных лечебных ресурсов — минеральных вод (МВ), бальнеологическое направление в рамках санаторно-курортного кластера в этом крупнейшем рекреационном регионе России практически не развивается.

Согласно ГОСТ Р 54316–2011 «Воды минеральные природные питьевые», к минеральным относят воды, оказывающие на организм человека лечебное действие, обусловленное основным ионно-солевым и газовым составом,

повышенным содержанием биологически активных компонентов и специфическими свойствами (радиоактивность, температура, реакция среды и др.). Лечебные минеральные воды — это сложные многокомпонентные анионо-катионовые растворы, которые при воздействии на организм мобилизуют гомеостатические системы от молекулярного до более высокого уровня биологической интеграции. Курсовой прием МВ за счет общего тренирующего влияния вызывает длительную перестройку гипоталамо-надпочечниковой и других систем, а также минерального обмена, что приводит к повышению и совершенствованию регуляторных способностей организма [2,4].

Пятигорский НИИ курортологии Филиал ФГБУ «Федеральный Северо-Кавказский научно-клинический центр ФМБА России» силами отделов курортных ресурсов, курортной биоклиматологии обеспечивает научно-практические подходы к развитию ресурсной базы курортного кластера Карачаево-Черкессии, проводя мониторинг состояния гидроминеральных ресурсов этого региона.

В лечебно-питьевом и бальнеологическом отношении воды Карачаево-Черкессии во всем мире заслуженно считаются одними из наиболее ценных и дефицитных, так как они обладают очень высокими концентрациями свободной углекислоты — до 3–4 граммов в одном литре воды (в качестве нормы для отнесения вод к углекислым принято содержание CO_2 равное 0,5 г/л). По геохимическим особенностям в составе группы выделяются около 15 типов вод, многие из которых имеют аналоги среди широко известных используемых месторождений мине-

ральных вод (Арзни, Ессентуки, Кисловодский нарзан, Ласточка, Личк, Дилижан, Саирме и др.).

На Тебердинском, Кумском, Красногорском, Верхне-Подкумском, Важненском и Домбайском месторождениях углекислые воды добываются с помощью скважин. Запасы минеральных вод этих месторождений составляют около 2,5 тыс. куб.м./сутки. Учитывая наличие многочисленных естественных источников, общие запасы углекислой минеральной воды намного превосходят приведенную величину. На базе первых трех из названных месторождений функционируют заводы разлива минеральных вод. По количеству и разнообразию минеральных вод КЧР не уступает району Кавказских Минеральных Вод. Здесь издавна известны многочисленные естественные минеральные источники, часть из которых пригодна для разлива и бальнеологического применения. В настоящее время разведано 10 месторождений минеральных вод — Южный участок Черкесского месторождения, Верхнеподкумское, Тебердинское, Домбайское, Кумское, Чапаевское, Важненское, Красногорское, Адыге-Хабльское и Эшаконское.

В республике проводятся комплексные гидрогеологические исследования по изучению ресурсов минеральных вод [1]. В результате анализа и обобщения геологических и гидрогеологических данных, полевых, лабораторных и камеральных работ впервые в КЧР выполнены комплексные исследования минеральных вод, выяснены важнейшие закономерности их распространения и формирования в различных геологических структурах, позволившие разработать новую классификацию минеральных вод.

Автором (Абаханов У.И., 2011) составлена детальная классификация минеральных лечебных вод, включающая 6 групп и 46 типов, многие из которых по физико-химическим показателям имеют большое сходство с известными отечественными и зарубежными представителями минеральных вод. Часть геохимических типов минеральных вод выявлена в регионе впервые. В разработанной классификации с позиций генетической гидрогеохимии учтены «запрещенные» типы вод: азотные и метановые гидрокарбонатные и хлоридно-гидрокарбонатные, метановые и углекислые сульфатные и некоторые другие. Геохимическое разнообразие минеральных вод, их размещение и формирование на территории Центрального Кавказа и Предкавказья — уникальных гидроминеральных провинций на юге России — контролируется структурно-формационной зональностью, дизъюнктивной тектоникой и историей развития гидрогеологических структур.

Запасы термальных вод Карачаево-Черкесской Республики заключены в Черкесском месторождении, а также Предгорном и Прикубанском участках. Черкесское месторождение — одно из первых, открытых на Северном Кавказе месторождений в нижнемеловом аптальбском водоносном комплексе. Радоновые и полиметановые воды в Карачаево-Черкесии изучены пока недостаточно. Исходя из общетеоретических представлений, особенностей геолого-тектонического строения и имеющихся аналитических данных районами, наиболее перспективными на радоновые воды, являются выходы гранитных инфузий в пределах Малокарачаевского района, где зафиксированы повышенные концентрации радона в минеральных водах.



К сожалению, природные минеральные воды используются в практике восстановительного лечения в недостаточной степени. Воды Чапаевского месторождения наиболее подробно обследовались в 1990–2000 гг. и, по данным многолетних наблюдений характеризуются стабильным химическим составом и свойствами.

Представляет интерес более углубленное рассмотрение физико-химических свойств и качественных характеристик минеральных вод Чапаевского месторождения с позиций перспектив их использования как основного бальнеологического средства в развитии курортов Карачаево-Черкесии. Вода выведена скважинами-дублерами №№ 1-М, 2-М и 3-М (глубина до 180 м, температура 20–210С) на окраине селения Чапаевское (Прикубанский район, КЧР) из песчаников Зеленчукской свиты верхнего олигоцена (интервал залегания водоносного горизонта 150–176 м) и используется в лечебно-питьевых целях и для промышленного розлива минеральной лечебно-столовой воды в соответствии с нормативно-технической документацией (в настоящее время согласно ГОСТ Р 54316–2011).

Согласно этому ГОСТу, минеральная подземная вода скважин №№ 1-М, 2-М, 3-М относится к водам маломинерализованным хлоридно-сульфатного натриевого состава без специфических компонентов и свойств. В соответствии с современной классификацией исследуемая вода является лечебно-столовой и может быть рекомендована — при условии санитарно-бактериологического благополучия (контроль местными органами Роспотребнадзора) — в питьевых целях, согласно медицинским показаниям, как непосредственно у источника, так и после промышленного налива в бутылки. При достаточном дебите минеральная вода представляла бы ценность и для бальнеолечения (наружное применение) в виде ванн, бассейнов, орошений при соответствующей температуре.

Следует отметить, что показатели воды скв. №№ 1-М, 2-М и 3-М Чапаевского месторождения (с. Чапаевское, Прикубанский район, КЧР) соответствуют основным положениям и требованиям национального стандарта ГОСТ Р 54316–2011 «Воды минеральные природные питьевые. Общие технические условия».

В целом вода скважин №№ 1-М, 2-М и 3-М отвечает требованиям нормативных документов и характеризуется



стабильным химическим составом. Использование источников (скважин) месторождения в качестве лечебно-столовой воды имеет опыт успешной эксплуатации на практике, в том числе и для налива в бутылки с донасыщением диоксидом углерода, и связано с обеспечением удовлетворительного санитарно-бактериологического состояния воды и водозабора, разработкой технологической схемы эксплуатации, установлением зон санитарной охраны, организацией систематического контроля за качеством воды, стабильностью ее состава и свойств и т.п. Учитывая устойчивость их качественного состава в многолетнем разрезе можно прогнозировать широкие перспективы для развития бальнеологии как основы курортного дела в Карачаево-Черкесской Республике [3].

Таким образом, многолетние исследования ученых Пятигорского государственного НИИ курортологии ФМБА России свидетельствуют о стабильности показателей минерализации, основного макро-ионного состава вод Чапаевского месторождения, их соответствии классификационным требованиям для лечебных питьевых минеральных вод.

В долине реки Лаштрак находится другая группа минеральных источников КЧР (всего их 17), имеющих различные температуру и минеральный состав воды. Это настоящая кладовая здоровья, которую с давних пор называют «Кислые источники». Иногда их еще называют нарзанами Лаштрака.

Первооткрывателями Кислых источников стали торговцы, которые проложили караванный путь от Черного моря в Персию через ущелье Большой Лабы. Однако еще очень долго об этих источниках практически никто не знал из-за большой их отдаленности от населенных пунктов (до ближайшего поселка Пхия — 20 км). И только в 20 веке туристы, случайно открывшие для себя целебные возможности Кислых источников, разнесли славу о них по стране.

В 50-е годы прошлого века к источникам приезжала группа германских исследователей водных ресурсов и минеральных источников. В передвижной лаборатории они провели анализ воды из каждого источника и установили, что часть их по свойствам сходна с лечебными водами Армении и Грузии, часть — с уже известными кавказскими минеральными водами, некоторые же имеют совершенно уникальный состав. Вслед за немцами стали исследовать

источники и отечественные институты: в 1961 году Пятигорский НИИ курортологии и физиотерапии, в 1983 году — Санкт-Петербургский НИИ им. Пирогова. Они подтвердили целебную силу «Кислых источников».

Данный комплекс источников — это небольшой котлован на склоне горы, находящейся у истока реки. Яркого оранжевого цвета крохотный по окрестным меркам пятнышко вмещает сразу 17 ключей, из которых бьют родники минеральной воды. Поразительно, но каждый из ключей имеет собственный состав, неповторяющийся ни в одном другом источнике, находящемся рядом. Возле каждого из них на камнях белой краской написано, от каких болезней помогает именно эта вода. В настоящее время это «стихийный» или можно сказать «народный» курорт, куда приезжают на реабилитацию тысячи людей из разных регионов России, при этом они часто проживают в палатках. От поселка Пхия «Кислые источники» находятся в 20 километрах. Этим успешно пользуются многочисленные туристы и люди, желающие испытать на себе чудодейственную силу нарзанов Лаштрака. Помогает этому то, что в самом поселке Пхия и в ряде других, расположенных в относительной близости отсюда (Загидан, Рожжау), есть достаточное количество турбаз, домов отдыха и им подобных заведений, предлагающих для приезжих свои территории.

К востоку от Черкесска, поблизости от Кубанского водохранилища, расположился поселок Кавказский. В историческом плане он совсем молодой — недавно ему исполнилось 55 лет со дня его основания. Однако и Кавказский отметился наличием термального минерального источника. Горячий минеральный ключ привлекает в поселок отдыхающих и представителей сферы туристического бизнеса. Так, для большего удобства приезжих здесь построен оздоровительный комплекс «Жемчужина Кавказа», начавший свою работу в 2016 году.

С современных методических позиций эти воды можно использовать не только при уже существующих заболеваниях человека, но также они являются эффективным средством повышения резервов здоровья и профилактики неинфекционных соматических заболеваний, и это было бы перспективным направлением развития санаторно-курортного кластера Карачаево-Черкесской республики. ☉

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаханов У.И. Геохимические особенности и формирование минеральных вод центрального Кавказа и Предкавказья (в пределах территории Карачаево-Черкесской республики): Автореф. дисс. ... канд. гидро-минералогических наук. — Пермь, 2011. — 24 с.
2. Ефименко Н.В., Репс В.Ф. Механизмы действия питьевых минеральных вод/ 2013. -№3. — С.106–109.
3. Кайсинова А.С., Данилов С.Р., Хапаева Ф.М. Обоснование к применению минеральной воды Чапаевского месторождения (Карачаево-Черкесская Республика) в лечебных и реабилитационных целях// Курортная медицина, 2015, №4. — С.10–14.).
4. Репс В.Ф. Экспериментальное обоснование лечебно-профилактического применения питьевых минеральных вод при нарушении функций печени: Автореф. дисс. ... доктора биол. наук. — 2001. — 37 с.

Уважаемые коллеги!

Приглашаем принять участие

в 8-й ежегодной международной научно-практической конференции:

САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ОЗДОРОВЛЕНИЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ

**Место проведения — г. Казань, Республика Татарстан, пос. Крутушка,
Оздоровительно-образовательный комплекс «Байтик»**

06–13 октября 2019 г.

В программе конференции:

- Опыт российско-венгерского сотрудничества в области санаторно-курортной реабилитации и оздоровления пациентов различного профиля. Возможности венгерской курортологии.
- Курортные факторы в реабилитации пациентов: климатотерапия, спелеотерапия, мофеты, талассотерапия, грязелечение и т. д.
- Курорты России: история и современность.
- Реабилитация и оздоровление на курортах Словении и Сербии.
- Программа оздоровления часто болеющих детей.
- Венгерская стоматология. Венгерская эстетическая медицина. Возможности и перспективы стоматологического и эстетического туризма.
- Состояние системы реабилитации детей с психоневрологической и ортопедической патологией в России. Сотрудничество с Факультетом кондуктивной педагогики им. А. Петё Университета Семмельвейса (Будапешт, Венгрия).
- Психологическая реабилитация населения в современных условиях. Инновации.
- Реабилитация спортсменов. Спортивное питание.
- Роль питания в реабилитации и оздоровлении пациентов различного профиля. Вода как лечебный и оздоровительный фактор. Дисвитаминозы и дисэлементозы.
- Проблема дисбактериоза — актуальность, причины, пути коррекции.
- Возможности повышения квалификации в России и за рубежом врачей и среднего медперсонала в области санаторно-курортной реабилитации.
- Альтернативные методы оздоровления. Гомеопатия. Фитотерапия. Физическая рекреация. Скандинавская ходьба. Рефлексотерапия. Хиропрактика. Кинезиотерапия. Песочная терапия. Сказкотерапия. Куклотерапия. Арт-терапия. Музыкальная терапия. Танцевальная терапия.
- И многое другое...

Мастер-классы, презентации, дегустации. Дискуссия. Выставка. Ярмарка изделий народного творчества. Концерты и музыкальные программы. Вечер поэзии.

Проживание делегатов конференции — в отдельном благоустроенном корпусе Комплекса «Байтик» в лесу, среди роскошной природы, в курортных условиях.

Организаторы мероприятия:

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

Оздоровительно-образовательный комплекс «Байтик», пос. Крутушка, Казань, Республика Татарстан.

Справки по тел. +7-921-589-15-82

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

КУРОРТЫ СЛОВЕНИИ

Новое направление открывается для изучения современной курортологии. Это маленькая европейская страна Словения, расположенная, как и Венгрия, на благодатной территории с древним названием Паннония, где находится множество термально-минеральных источников и месторождений целебных пелоидов. Географическое положение среди горных массивов обеспечивает чистейший горный воздух этой стране. Южные широты объясняют огромное количество солнечных дней в году.

Словения граничит с такими благополучными европейскими странами, как Австрия, Хорватия, Венгрия, Италия... На юге Словения имеет морское побережье, где расположены многочисленные отели и апартаменты, в летний сезон пользующиеся большой популярностью у любителей пляжного отдыха и талассотерапии.

Северо-восточная часть этой маленькой страны славится своими термальными курортами. В мае текущего года нам удалось осуществить рабочую поездку на курорты Словении, причем, познакомиться, пожалуй, с самыми известными курортами, имеющими международное признание — Рогашка Слатина, Термы Раденцы, Термы 3000, Римские Термы. На всех этих курортах прекрасно развита инфраструктура, а лечебные гостиницы и многопрофильные медицинские центры работают в сотрудничестве.

Курорт Рогашка Слатина известен своей лечебной водой «Донат Магний», поэтому его гастроэнтерологический профиль давно определился. Помимо патологии системы пищеварения, на этом курорте успешно лечатся обменные заболевания, включая сахарный диабет и ожирение. Посреди курорта расположен павильон-бювет, куда приходят пациенты, получающие питьевые курсы лечебной минеральной воды. Здесь же находится огромный медицинский центр, где можно пройти углубленное обследование и курсы лечения по нескольким направлениям, включая эстетическую хирургию. Применяются на этом курорте и лечебные грязи, напоминающие глины.

Курорт Термы Раденцы, опять-таки благодаря лечебным источникам, имеет несколько профильных направлений: реабилитация и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, болезней почек и обмена веществ. Здесь используются как питьевые курсы лечебной воды, так и купания в лечебной воде (ванны, бассейн). Особенностью лечебных вод курорта является высокая насыщенность углекислотой.

Курорт Термы 3000 (Моравске Топлице) также обладает собственными лечебными термально-минеральными

источниками, один из которых дарит людям ценнейшую «черную» воду (натрий-хлорид-гидрокарбонатную) с легким запахом нефти, содержащую также йод и бром. Такая вода эффективна в комплексном лечении ревматических заболеваний, а также псориаза и атопических дерматитов. На курорте Термы 3000 также разработаны программы реабилитации при патологии опорно-двигательного аппарата, есть опыт реабилитации детей с детским церебральным параличом, в т. ч. детей из России.

Курорт Римские Термы расположен в живописном месте среди гор и лесов вблизи границ с Австрией и Венгрией. Многоуровневые гостиницы как будто высечены в горе, внутренние интерьеры отличаются роскошью и простором. Особенностью внутреннего убранства являются крылатые фразы на латинском языке, которые есть даже в бассейнах. Вода в Римских термально-минеральных источниках используется как для питьевых курсов, так и для наружного применения. В лечебной воде много кальция, кремния, гидрокарбонатов, умеренное содержание магния и углекислоты, а также в очень небольших количествах присутствуют и другие минералы. Лечебная вода эффективна при заболеваниях опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани, артритах и артрозах, дегенеративных заболеваниях позвоночника, при ревматической патологии, в реабилитации спортсменов и пациентов после травм и операций на суставах. Есть здесь и программы лечения бесплодия. Питьевые курсы рекомендуются при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. А чистейший горный воздух и умиротворяющая атмосфера курорта, расположенного в живописном уголке природы, позволили разработать и эффективно использовать программы реабилитации пациентов с неврологической и бронхолегочной патологией, включая онкологические заболевания. Это тот редкий курорт, куда смело можно направлять пациентов, перенесших онкологическую патологию, сложные виды агрессивного лечения, и нуждающихся в качественной реабилитации.

Мы благодарим за помощь в организации рабочей поездки на курорты Словении словенскую туристическую компанию Millennium Travel.

Надеемся, что уже в августе 2019 г. нам удастся организовать первый выездной семинар для наших специалистов, посвященный курортам этой прекрасной страны.

Следите за нашими объявлениями на сайте:
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



Колосовский Э.Д.,
кандидат медицинских наук, фитотерапевт,
Санкт-Петербург, Россия

ВЛИЯНИЕ БИОПОЛЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ АРТРОЗОВ И КАМНЕОБРАЗОВАНИЕ В ОРГАНИЗМЕ

Известно, что физическое тело человека окружено энергетическими оболочками, условно называемыми биополем. Внешнее биополе напоминает яйцеобразную оболочку, охватывающую все тело от головы до копчика.

Конечности окружены значительно меньшим биополем. Вдоль вертикальной оси тела человека располагаются 6 энергетических центров, которые на санскрите называются чакрами: адхистхана, муладхара, манипура, анахата, вишудха, аджна, — и один наиболее важный энергетический центр — сахасрара, находится в области макушки головы.

Оценивая величину и конфигурацию биополя, можно провести полную функциональную диагностику состояния организма человека.

Так как биополе топологически здорового человека представляет собой «ячеобразный кокон», то любое нарушение подобной конфигурации должно быть сигналом какого-то расстройства в организме. Большинство заболеваний начинается именно с деформации биополя и нарушений энергетики чакр — как одной, так и нескольких одновременно.

Эмоции раздражения, гнева или зависти человека с тяжелым хроническим заболеванием вызывают сильные энергетические вибрации, которые можно представить, как отрицательные, негативные. Такие вибрации способны «пробить» или «продавить» биологическую структуру находящегося рядом человека, что приводит к образованию аномалии биополя, и обычно такие вещи условно называют «дырой».

В зависимости от того, какие биополевые структуры и чакры нарушены из-за образования «дыры», появляются заболевания органов, энергетически зависящих от данной пораженной чакры.

При нарушении полевой структуры в области чакры свадхистаны и муладхары возникают различные заболевания почек, зависящие от степени нарушений биополя, а в дальнейшем образуются преграды на пути подъема энергии, так называемые «пробки».

Живой организм вне зависимости от уровня развития является источником биоэнергетических потенциалов. В связи с тем, что все органы и ткани связаны между собой единой проводящей средой, в любой точке организма можно измерить среднюю энергетическую напряженность поля от всех органов и тканей. Поля обладают электрической напряженностью, которая может изменяться при возникновении различных патологических состояний, в том числе при нарушении структуры биополя.

В процессе фильтрации и переноса через клетки HCO_3 концентрация хлора в кальциевой жидкости слегка повышается, и данные ионы диффундируют через межклеточный шунт. При этом возникает диффузионный потенциал и электрическое поле, в котором могут перемещаться Na, Ca и Mg.

Благодаря своей пространственной конфигурации и распространению зарядов, белковые молекулы весьма избирательно пропускают те или иные ионы, то есть играют роль ионных фильтров.

Кроме того, белки базальной мембраны и фильтрационных щелей имеют преимущественно отрицательный заряд, поэтому при критическом радиусе молекул 1,5–4,5 нм полиионные белки плазмы (альбумины) задерживаются значительно сильнее, чем нейтральные или положительно заряженные макромолекулы того же размера. Состав белков, проникающих в следовых количествах в ультрафильтрат, значительно отличается от белкового состава вследствие препятствий, создаваемых пространственной конфигурацией структурных элементов клубочкового си-

та и электрического фильтра. Большинство транспортных процессов в почках включают перенос заряженных частиц через заряженные поверхности раздела.

Реабсорбция фильтрата из околокальциевых капилляров зависит от гидростатического и онкотического давления, а также от скорости плазмотока, и эти параметры связаны со скоростью фильтрации.

В толстом восходящем колоне петли Генле создается разность потенциалов, при которой просвет капилляров заряжается положительно по отношению к межклеточному пространству. По такому градиенту могут пассивно перемещаться через межклеточный шунт Ca, Mg, и Na. Однако просвет дистального извитого канальца оказывается заряженным отрицательно по отношению к межклеточному пространству, причем, эта разность потенциалов непрерывно повышается вдоль дистального извитого канальца и может достигнуть 70 мВ. Столь сильное электрическое поле препятствует абсорбции ионов Na, поэтому все они должны переноситься через клетку только за счет активного транспорта с использованием метаболической энергии.

Реабсорбция электролитов дистальных отделов нефрона контролируется системой ренин-ангиотезин 2 — альдестерон, которые при угрозе избыточной потери в почках NaCl, в конечном итоге увеличивают суммарную разность потенциалов между просветом канальца и межклеточным пространством, препятствуя этому процессу.

Известно, что при различных заболеваниях почек нарушается проводимость в их энергетических каналах, связанных с биологически активными точками, а нарушения электростатической напряженности является одной из составляющих образования песка и в дальнейшем конкрементов.

Возникновение «дыр» в структуре биополя и нарушение функции любой из чакр приводит к уменьшению электропотенциала в данной области, а затем там возникает недостаточность кровоснабжения и понижение температуры, что усиливает выпадение в осадок солей кальция, фосфора, магния, то есть происходит отложение солей в почках, позвоночнике, суставах. Конечно, в основе образования конкрементов в любой области человеческого организма лежит нарушение фильтрующей способности почек, что в дальнейшем приводит к еще более сильному нарушению биополевых структур. Здесь имеет место уже «замкнутый круг».

Лечение отложения солей в почках, суставах или позвоночнике надо по возможности начинать с ликвидации аномалии биополя. Осуществить эту задачу может абсолютно здоровый целитель, биоэнерготерапевт, биополе которого достигает не менее трех метров.

При отсутствии такого специалиста надо уметь восстанавливать биополе самостоятельно, к примеру, посещая в холодное время года бассейн, а летом — открытые водоемы. Зимой следует выходить на лыжные прогулки либо дольше находиться за городом, на свежем воздухе. Из диеты следует исключить наваристые бульоны, специи, свинину, баранину, колбасные изделия, и, конечно же, алкоголь во всех его проявлениях. В качестве лекарственных средств можно использовать гомеопатические и фитопрепараты.

Понятно, что для успешного лечения артрозов, остеохондроза позвоночника и мочекаменной болезни, как и любого другого заболевания, требуется коренное изменение отношения к основным жизненным ценностям. Рекомендуется посещать храмы и терпимо относиться к окружающим, избегая гневливости и других отрицательных эмоций.

НОВОСТИ

В Англии ученые Саутгемптонского университета провели исследование и выяснили, что йога и медитация формируют у людей завышенную самооценку, сообщает журнал Quartz.

Согласно буддийскому учению, упражнения должны развивать в человеке отказ от сиюминутных желаний, питающих эго, но на практике, пишут ученые, йога и медитация порождают чувство собственного достоинства.

Команда исследователей из Университета Мангейма в Германии решила проверить исследование коллег и на протяжении 15 недель оценивала уровень самооценки у практикующих йогу и медитацию. У людей спрашивали, на сколько они оценивают себя по сравнению с учениками со средней подготовкой, готовы ли они делать добрые дела и согласны ли они, что их самооценка высокая.

В течение часа после занятия йогой у участников тестирования наблюдалась завышенная самооценка по всем трем критериям, чего нельзя сказать про тех, кто не практиковался более суток. Исследователи также выяснили, что медитация напрямую влияет на благополучие, так как люди считают, что самосовершенствуются за счет упражнений.

Ученые в своей работе делают оговорку: возможно, исследования дали такой результат только в Германии. Западный подход к йоге и медитации может отличаться от того, который диктуют буддийские практики.

Медитация действительно может быть нарциссической, отмечает буддийский писатель Льюис Ричмонд в The Huffington Post. «Сидя в тишине с закрытыми глазами лицом к стене и сосредотачиваясь на дыхании, теле и умственной деятельности, человек может поглощать сам себя», — сказал он, отметив, что от такой практики человек становится более эгоистичным, чем был раньше.

Источник: <https://snob.ru/news/>



Храмцова С. А.,
инженер по медицинской технике Международного
медицинского центра «СОГАЗ» ПО «Белые ночи»,
член Общества специалистов «Международное медицинское
сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА,
Санкт-Петербург, Россия

ВОДА ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ И ИСКУССТВО ЖИЗНИ ПО АВИЦЕННЕ

Долголетие — интересная тема для размышления и изучения. Еще со времен Авиценны многие ученые оккультных наук искали возможность продления жизни человека. Авиценна оставил нам в наследство знаменитый Лечебник, в котором приведен и его рецепт долголетия.

Абу Али ибн Сина или Авиценна, средневековый арабский мыслитель, врачеватель, музыкант, философ оставил потомкам около 30 трудов по медицине, дошедших до наших дней. Главным делом своей жизни Авиценна считал искусство сохранения здоровья. Причем, он не считал его искусством, предотвращающим смерть, избавляющим тело от внешних бедствий или гарантирующим телу очень долгую жизнь. Задача этого искусства была гораздо скромнее, но при этом чрезвычайно важна: обеспечивать предохранение от порчи влаги, содержащейся внутри организма. До наступления естественной смерти, по мнению Авиценны, это и есть средство сохранения человеческого тела. И оно поручено двум силам: 1) естественной, питающей и обеспечивающей замену того, что исчезает из тела, и 2) силе, заставляющей биться пульс.

Эта задача достигается соблюдением трех режимов:

- заменой исчезающей из тела влаги;
- предотвращением причин, вызывающих и ускоряющих высыхание тела;
- предохранением имеющейся в организме влаги от загнивания.

Главное в искусстве сохранения здоровья — уравновесить семь факторов:

- натуру (то есть гармония тела, а именно — содержание темперамента человека в равновесии);
- физическое и душевное движение (то есть сон и бодрствование, физическая нагрузка); Ибн Сина говорил: «Тело, находящееся в движении, не нуждается в лечении»;
- выбор питья и пищи, ибо: «Человек есть то, что он ест!»;
- очистку тела от излишков (то есть очищение организма от шлаков — указывается как необходимая потребность сохранения здоровья);
- сохранение правильного телосложения (содержание тела в нормальном весе отмечается как важный фак-

тор здоровья, и критикуется как излишняя полнота, так и излишняя худощавость);

- улучшение выдыхаемого через нос воздуха (одним из главных условий здоровья человека, как указывает великий ученый, является окружающая среда, в первую очередь, чистота воздуха, которым мы дышим);
- приспособление одежды к потребностям тела (соблюдение порядка и правил ношения адекватной погоде одежды указано в числе важных требований сохранения здоровья человека, ученый указывает на необходимость выбора одежды в соответствии с требованиями времен года).

Интересен оригинальный взгляд великого мыслителя на видоизменение биологических процессов, происходящих в организме при старении: «...с самого начала мы (организм) представляем собой крайнюю влажность. Усыхание, которое происходит в нашем теле, есть необходимость, которой нельзя избежать. Когда завершается высыхание прирожденной влаги, то угасает прирожденная теплота — тело стариков холодное и в то же время и более сухое».

Это подтверждается многочисленными исследованиями геронтологов: в стареющем организме происходят процессы дегидратации в связи со значительным уменьшением количества воды в костной ткани и коже.

Ученый придавал огромное значение здоровому образу жизни в защите и укреплении здоровья. Абу Али ибн Сина считал, что **охрана здоровья равнозначна искусству жизни** и в вопросах воспитания здорового образа жизни особо отмечал закаливание, обучение физическим упражнениям. При этом он отмечал наличие своеобразных упражнений для каждой части тела.

Ибн Сина создал теорию физического воспитания, свой особый кодекс основ физической культуры, свод законов физических упражнений для поддержания здорового духа и тела. Он говорил о необходимости физического воспитания не только детей, но и людей зрелого и пожилого возраста.

Такие вопросы, как различные виды физических упражнений, воздействие бани на тело, необходимость использования массажа, были отмечены ученым как факторы защиты здоровья, способствующие долголетию.

Главными факторами долголетия, согласно теории Авиценны, являются:

- правильный режим питания,
- содержание массы тела в норме,
- влияние окружающей среды, то есть экологические обстоятельства,
- культура одежды,
- гимнастика и физическое воспитание.

Важнейшими требованиями для сохранения здоровья ученый считает занятие физическими упражнениями, соблюдение режима питания и сна, что и по сегодняшний день не утратило своей актуальности.

Однако, вспоминая рецепт долголетия Авиценны, хочется остановиться на одном из важных условий здоровой жизни человека — «замене исчезающей из тела влаги», т.е. о питьевом режиме и о правильной, полезной для организма воде.

ОКИСЛИТЕЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ВОДЫ

Много веков ученые исследуют вопрос жидкостного состава организма человека. Любая жидкая среда (а у человека кровь на 80–90% состоит из воды) имеет свой окислительно-восстановительный потенциал (ОВП).

Одним из наиболее значимых факторов регулирования параметров окислительно-восстановительных реакций, протекающих в любой жидкой среде (в т.ч. и в живом организме), является активность электронов, или, как принято это называть — **окислительно-восстановительный потенциал (ОВП) этой среды**. ОВП является важнейшим показателем электроактивированной воды, особенно ее биологической активности. ОВП внутренней среды организма здорового человека находится в пределах –100 мВ. ОВП водопроводной воды, которая течет из водопроводных кранов во всех городах мира, продается в стеклянных и пластиковых бутылках, а также вода после всех фильтров (в т.ч. после обратноосмотических систем), — находится в пределах от +100 до +400 мВ. Указанные различия ОВП внутренней среды человека и питьевой воды означают, что активность электронов в организме человека (и, вообще, в живой клетке) намного выше, чем активность электронов в питьевой воде.

Когда обычная питьевая вода проникает в ткани организма, она отнимает электроны от клеток и тканей, которые, как уже говорилось выше, на 80–90% состоят из воды. В результате этого процесса биологические структуры организма (клеточные мембраны, органоиды клеток, нуклеиновые кислоты и др.) подвергаются окислительному разрушению, вследствие чего организм изнашивается, стареет, жизненно-важные органы теряют свою функциональность. Но эти негативные процессы могут быть замедлены, если в организм поступает вода с отрицательным значением ОВП.

Если поступающая в организм питьевая вода имеет ОВП близкий к значению ОВП внутренней среды организма человека, то электрический потенциал клеточных мембран не расходуется на коррекцию активности электронов воды, и вода лучше усваивается, поскольку обладает биологической совместимостью по этому конкретному параметру. Если питьевая вода имеет ОВП более отрицательный, чем ОВП внутренней среды организма, то она

подпитывает его энергией, которая активно используется клетками. **Таким образом, отрицательный ОВП питьевой воды дает энергетическую подзарядку клеткам, органам и системам организма.** Именно поэтому питьевая вода с отрицательным ОВП — идеальный антиоксидант.

ОВП зависит от температуры, количества растворенного в воде кислорода и значения pH водной среды.

ОВП характеризует активность ионов в окислительно-восстановительных реакциях (при обмене веществ). Его величина позволяет оценить энергетику воды, получаемую при ее электроактивации. ОВП называют Redox-потенциалом и считают важным показателем биологической активности воды.

Для простоты понимания приведем схему измерения ОВП с помощью обычных средств. Для этого берется два электрода (один из которых является электродом сравнения), соединенных с милливольтметром (МВМ) и погруженных в воду на определенном расстоянии друг от друга. Если Redox-потенциал положительный, то это указывает на окислительную способность, а если отрицательный — на восстановительную. Redox-потенциал является «одной из важных характеристик, определяющих физико-химические свойства бальнеологических факторов». Такой вывод сделан по результатам исследований влияния лечебной грязи, газогрязевых ванн, сероводородных ванн, морских ванн, радоновых, углекислотных, кислородных... на процесс оздоровления людей. «Установлена четкая взаимосвязь между Redox-потенциалом и бальнеологической активностью ряда лечебных факторов. Бальнеологическая активность повышается при увеличении Redox-потенциала, особенно, в сторону отрицательного направления его вектора». В случае применения электроактивированной воды отрицательное направление вектора будет иметь «живая» вода. Следовательно, оздоравливающий эффект от применения ее, как сильного стимулятора биологических процессов, объясняется отрицательной величиной Redox-потенциала, соответствующей терапевтической дозе.

Существует связь между ОВП и pH, которая практически выражается в том, что при изменении pH питьевой воды на одну единицу, ОВП изменяется приблизительно на 59 мВ — увеличивается при снижении pH и уменьшается при его увеличении (но есть и исключения).

Вода с отрицательными значениями ОВП получила название «живой» воды. «Живая» вода является отличным стимулятором, источником энергии, стимулирует регенерацию клеток, улучшает обмен веществ, нормализует кровяное давление. «Живая» вода способна заживлять раны, ожоги, язвы (в т.ч. желудка и 12-перстной кишки). «Живая» вода используется для лечения и профилактики остеохондроза, атеросклероза, аденомы предстательной железы, полиартрита и других заболеваний.

Японцы успешно используют воду с низким ОВП (до –560 мВ) в комплексном лечении рака мозга и других видов рака.

КАК ИЗМЕРИТЬ ОВП?

Измерение ОВП проводится при помощи специального прибора, называемого ОВП-метром. Это устройство имеет 2 электрода: с отрицательным полюсом (из серебра) и с положительным полюсом (из платины). Прибор по-



мещают в измеряемую жидкость, снимают показания, выражаемые в милливольтках (mV). Значение очень малого напряжения, создаваемого при помещении электродов в жидкость, и являются показателем ОВП.

Измерить можно не только ОВП воды, но и любой жидкости, в том числе свежесжатого сока.

Кстати, вот еще интересная информация: овес сохраняет свои свойства снижать ОВП жидкостей даже после преобразования его в овсяные хлопья. Если взять овсяные хлопья без всяких примесей, ОВП исходного продукта будет равен –1000 mV. Хлопья, смешанные из разных зерновых культур, дадут ОВП с показателями –577 mV.

Последовательность приготовления напитка из овсяных хлопьев:

- Промыть 2 стакана хлопьев.
- Залить их 3 литрами питьевой воды.
- Закрыть емкость крышкой и выдержать сутки в темноте.
- Процедить напиток, убрать в холодильник.
- Залить использованные хлопья для вторичного использования еще раз.

Использование воды с отрицательным ОВП значительно повышает возможности организма, позволяет избавиться от многих хронических заболеваний и избыточной массы тела.

Нарушение баланса процессов окисления и восстановления, по данным научных исследований, приводит к появлению и дальнейшему развитию болезней. Вода с ОВП, отличным от потенциала биологических структур человека, проникает в организм и подвергает его ткани окислительному разрушению. Это происходит, когда молекулы воды отнимают электроны у клеток и тканей с другим значением потенциала. Деструкция клеточных мембран, нуклеиновых кислот, органоидов клеток приводит к тому, что органы и ткани теряют жизненно-важные функции, а человеческий организм стареет и изнашивается. Этот негативный процесс можно замедлить и даже приостановить, если пить воду (и готовить на ней пищу) с ОВП, равным потенциалу организма человека. Такая жидкость имеет защитные и восстановительные свойства, что подтверждено научными исследованиями российских и зарубежных ученых. Если жидкость, поступающая в организм, не имеет таких характеристик, ее приходится преобразовывать посредством высокоэнергетического электрического потенциала клеточных мембран. Еще лучше, если у поступающей в организм жидкости ОВП ниже, чем ОВП человека. Тогда разность потенциалов становится своеобразным резервом для подпитки организма и его защиты от неблагоприятной внешней среды.

Разрушению окислительно-восстановительной системы организма способствуют следующие негативные факторы:

- некачественная питьевая вода;
- несбалансированное питание;
- психоэмоциональные перегрузки, стрессы;
- алкоголизм, пристрастие к курению;
- воздействие токсинов из среды обитания;
- частые заболевания;
- злоупотребление лекарствами.

Если окислительные реакции регулярно преобладают над восстановительными, рано или поздно наступает предел защитных сил организма, и он будет не способен противостоять заболеваниям. Замедлить этот процесс призваны антиоксиданты, их противooksидлительный эффект.

ЕЩЕ О «ЖИВОЙ» И «МЕРТВОЙ» ВОДЕ

Вода с отрицательным ОВП — «живая» вода, или католит, существует не только в сказках. При желании ее можно приготовить самостоятельно. Это природный биостимулятор, щелочной раствор с pH в диапазоне от 7,1 до 10,5. В чистом виде она практически не встречается в природе, так как ее молекулы нестабильны и быстро теряют свои электроны, превращаясь в обычную по свойствам воду. Но эта нестабильная система сохраняет свои свойства примерно в течение 2 суток, если хранить ее в темноте, в плотно закрытом сосуде. Являясь биостимулятором, «живая вода» защищает организм от свободных радикалов, восстанавливает иммунитет. С ее помощью организм получает дополнительную энергию, повышая соответствующий потенциал клеток. Щелочная вода способна усилить лекарственный эффект от препаратов, принимаемых одновременно с ней. Не только человеческий организм положительно отзывается на употребление щелочной воды. Сельскохозяйственные животные и растения повышают свою продуктивность, приобретая «живую силу» после употребления этой исключительной жидкости.

Что касается «мертвой» воды, то это вода с положительным ОВП. «Мертвая» вода, или анолит, отличается исключительными бактерицидными качествами. Это жидкость с высоким положительным показателем ОВП (до +1200 mV), кислотный раствор с pH в диапазоне от 2,5 до 6,5.

Бактерицидные свойства «мертвой воды» успешно используются в следующих областях:

- в качестве средства для лечения ОРЗ и гриппа, для полоскания полости рта и горла при ангине и грибковых поражениях;
- для умывания при угревой сыпи и дефектах эпидермиса, для повышения упругости кожи;
- для дезинфекции помещений, медицинских расходных материалов, а также белья и посуды;
- для нормализации сна и состояния нервной системы;
- для нормализации артериального давления;
- для купирования суставной боли.

В отличие от «живой» воды «мертвая» вода сохраняет свою структуру достаточно долго — от 1 до 2 недель при соблюдении правил хранения (в закрытой емкости).

На сегодняшний день существуют не только приборы, измеряющие ОВП жидкостей, но и аппараты и методы, которые позволяют очистить, структурировать воду и изменять ее ОВП. Такие аппараты, как правило, можно использовать как в домашних условиях, так и в программах реабилитации и оздоровления пациентов различного профиля в санаторно-курортных учреждениях, в медицинских и оздоровительных центрах, в детских учреждениях, а также в поликлиниках и стационарах. ☺

ЛИТЕРАТУРА

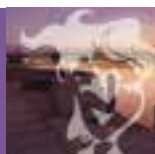
1. Петров Б.Д. Ибн Сина (Авиценна). — М.: Медицина, 1980
2. Кородецкий А.В. Живая и мертвая вода — совершенное лекарство. — СПб: Питер, 2011

ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СОЮЗА ПЕДИАТРОВ РФ НА 2019 Г.

21–22 июня

пятница – суббота
09:00 – 18:00

Отель «Санкт-Петербург»,
Пироговская наб., 5/2
(ст. м. пл. Ленина)



27–28 сентября

пятница – суббота
09:00 – 18:00

Отель «Санкт-Петербург»
г. Санкт-Петербург
Пироговская наб., 5/2



IV РОССИЙСКИЙ ФОРУМ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «Современная педиатрия. Санкт-Петербург – Белые ночи – 2019»

Форум проходит в период волшебных белых ночей, что оправдывает особый интерес к этому мероприятию у специалистов из всех регионов России и зарубежья.

Целью Форума является широкое информирование российской педиатрической общественности о современных возможностях профилактики, диагностики и терапии заболеваний у детей и подростков, а также обмен опытом по научным и практическим вопросам оказания современной высокотехнологичной педиатрической помощи в различных регионах РФ.

В рамках мероприятия проходит рабочее совещание главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения РФ педиатрического профиля в СЗФО.

XI РОССИЙСКИЙ ФОРУМ «Педиатрия Санкт-Петербурга: опыт, инновации, достижения»

Форум направлен на обобщение опыта, систематизацию теоретических и практических достижений в области педиатрии. На мероприятии поднимаются проблемы, возникающие перед врачами-педиатрами, организаторами здравоохранения, педагогами, психологами и другими специалистами при оказании различных видов медицинской помощи детям и выработке новых подходов к воспитанию здорового подрастающего поколения в современных условиях.

Осенний период, в который проходит данное мероприятие, характеризуется подъемом инфекционных заболеваний у детей, поэтому основным направлением Форума является: Современная терапия и эффективная профилактика детских респираторных инфекций (ОРВИ и грипп).

ЗАСЕДАНИЯ

Санкт-Петербургского регионального отделения
общественной организации «СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ»

Место проведения:

Клуб ВМА, Большой конференц-зал,
Б. Сампсониевский, д. 1
(ст. м. Площадь Ленина)

Время проведения:

с 17.00 до 19.00 (3 среда месяца)

16 января

20 февраля

20 марта

17 апреля

15 мая

18 сентября

16 октября

20 ноября

18 декабря

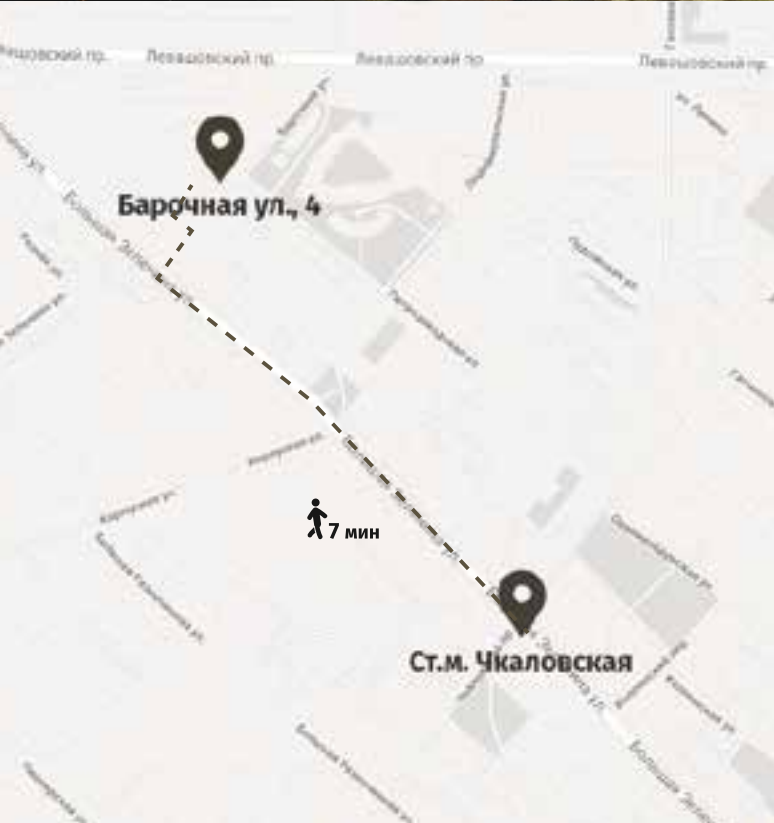


www.pediatriya-spb.ru
vk.com/pediatriyaspb

РОДИТЕЛЬСКИЙ КЛУБ НА БАРОЧНОЙ, 4



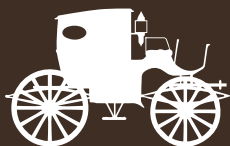
РЕКЛАМА



РОДИТЕЛЬСКИЙ КЛУБ НА БАРОЧНОЙ, 4

- ♦ **ВСТРЕЧИ С ВЕДУЩИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ** – педиатрами, психологами, логопедами, неврологами и др., лекции, консультации, ответы на вопросы.
- ♦ **КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ ПО ПРОГРАММЕ «ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ».**
- ♦ **КОНСУЛЬТАТИВНАЯ СЛУЖБА ПО САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ:** выбор профильного курорта с учетом показаний и противопоказаний, информационное сопровождение, визовая поддержка, организация индивидуальных и групповых поездок на курорты России, Венгрии, Сербии и др.
- ♦ **СЕМЕЙНАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА.**
- ♦ **ПРОФОРИЕНТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ.**
- ♦ **ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ:** массаж классический, гу-ша, лимфодренажный ...;
микросферотерапия в капсуле.
- ♦ **ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА, ЙОГА И ДР.**

Адрес: Санкт-Петербург,
ул. Барочная, 4 (во дворе),
ст. м. Чкаловская



Тел.: +7 (911) 146-99-21,
+7 (921) 589-15-82,
+7 (921) 956-45-90

