

**ГБУ Рязанской области
«РЯЗАНСКИЙ ДЕТСКИЙ САНАТОРИЙ ПАМЯТИ В.И. ЛЕНИНА»**



**ФГБОУ ВО «РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ имени академика
И.П. ПАВЛОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ**



ВОПРОСЫ КУРОРТОЛОГИИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПЕДИАТРИИ

**Юбилейный сборник статей к 100-летию
Рязанского детского санатория памяти
В.И. Ленина**

Рязань, 2019

УДК 616-053.2-085.838

ББК 57.33+53.54

В-748

Редакционная коллегия:

Доценты кафедры детских болезней с курсом госпитальной педиатрии Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова - Гудков Р.А. доцент, к.м.н., Ткаченко Т.Г., доцент, к.м.н.
Главный врач санатория - Ермакова Е.В. к. м. н.

В-748 Вопросы курортологии и реабилитации в педиатрии: Сборник научных трудов к 100-летию ГБУ РО «Рязанский детский санаторий памяти В.И. Ленина». - Рязань: ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, ГБУ РО «Рязанский детский санаторий памяти В.И. Ленина». 2019. - 169 с.

Сборник издан к 100-летию Рязанского детского санатория памяти В.И. Ленина. В сборнике представлены разноплановые статьи - исторические экскурсы и презентации санаториев, описания методик диагностики, физиотерапии и других методов лечения и реабилитации детей, редкие клинические наблюдения, статьи по педагогике и психологии.

Сборник богато иллюстрирован. Представлены фотографии первой и второй половин прошлого века, отражающие все этапы развития санатория.

Статьи, представленные в Юбилейном сборнике, могут оказаться интересными для различных специалистов, прежде всего – врачей-педиатров, реабилитологов и физиотерапевтов, врачей санаториев, а также детских психологов и педагогов, историков медицины и краеведов.

© Кафедра детских болезней с курсом госпитальной педиатрии
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России.

© ГБУ РО «Рязанский детский санаторий памяти В.И. Ленина».



АКТУАЛЬНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.А. Прилуцкий

министр здравоохранения Рязанской области,
заслуженный врач Российской Федерации.

Здоровье населения - один из важнейших элементов социального, культурного и экономического развития нашей страны. Именно поэтому Правительство Российской Федерации выделяет вопросы здоровья населения и развития здравоохранения в числе главных приоритетов своей деятельности.

Включение санаторно-курортной помощи в число приоритетных программ развития здравоохранения играет важную роль в решении долгосрочных социально-экономических задач.

Санаторно-курортное лечение полностью отвечает профилактическому принципу отечественного здравоохранения. Эффективность лечения, проводимого в санаторно-курортных учреждениях, высока и позволяет в 2-6 раз уменьшить число обострений заболеваний, как у взрослых, так и у детей.

Государственная система здравоохранения осуществляет санаторно-курортное лечение преимущественно социально незащищённых категорий населения, в первую очередь - детей и подростков.

Основным принципом санаторно-курортного лечения детей остается максимальное использование природных физических факторов, в том числе климатических. Целебный климат – экологически чистая природа Рязанской области со смешанными лесами, полями, многочисленными реками, озерами весьма благоприятна для проведения климатотерапии. Санатории находятся практически во всех районах нашей области. Сегодня эти лечебные учреждения Рязанской области – одно из самых популярных мест отдыха не только для жителей области, но и России в целом. Особой популярностью пользуются санатории посёлка Солотча, расположенном в живописном сосновом бору на берегу реки Старица.

Родителям детей и подростков необходимо использовать природный ресурс нашего края, тем более что на территории посёлка Солотча успешно оказывает лечебно-оздоровительные услуги ГБУ РО «Рязанский детский санаторий памяти В.И. Ленина». Вековой сосновый бор санатория - природный лечебный фактор с высоким курортно-рекреационным потенциалом и климатотерапевтическими возможностями (2,8 балла из 3-х возможных). Природная ионизация воздуха в курортологии – один из основных показателей климатотерапевтических возможностей местности: величина ионизации воздуха отрицательной полярности по всем точкам наблюдения составляет в «Рязанском детском санатории памяти В.И. Ленина» – 2210 ион/см³.

Воздух соснового леса обладает исключительными лечебными свойствами. Он максимально очищен от пыли и вредных примесей, содержит более 200 биологически активных, летучих веществ, насыщен кислородом, озоном, фитонцидами, наполнен ароматами эфирных масел, обогащен легкими, отрицательно заряженными, ионами.

В Рязанском детском санатории памяти В.И. Ленина круглогодично осуществляется лечение и оздоровление детей в возрасте от 3 до 15 лет с хроническими заболеваниями органов дыхания, костно-мышечной системы, мочеполовой системы, заболеваниями эндокринной системы и расстройства питания, болезнями нервной системы, желудочно-кишечного тракта, болезнями глаз, кожи, системы кровообращения, врожденными аномалиями, деформацией и т. д.; оздоровление часто и длительно болеющих детей. Пребывание в санатории проводится за счет средств регионального бюджета, поэтому путевки доступны всем семьям и предоставляются бесплатно.

В течение 100 лет специалисты санатория с высокой эффективностью помогают детям и подросткам восстанавливать, укреплять и поддерживать здоровье. Профессионализм коллектива, современный комплекс лечебных мероприятий в сочетании с целебными свойствами воздуха, насыщенного фитонцидами хвойных деревьев, обладают мощным оздоравливающим эффектом.



САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ – ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

А.Г. Малыгин

доцент кафедры факультетской терапии с
курсом терапии ФДПО РязГМУ им. акад.
И.П. Павлова, к. м. н.

Важнейшим звеном в системе здравоохранения является санаторно-курортное лечение. Оно включает в себя медицинскую помощь, осуществляемую медицинскими организациями в профилактических лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных факторов. Санаторно-курортное лечение направлено на:

- активацию защитно-приспособительных реакций организма;
- восстановление и (или) компенсацию функций организма, нарушенных вследствие травм, операций, заболеваний;
- уменьшение количества обострений, удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности.

Санаторно-курортное лечение осуществляется в медицинских организациях всех форм собственности, имеющих лицензию на медицинскую деятельность. Санаторно-курортные организации, осуществляющие санаторно-курортное лечение: санатории, санатории-профилактории, курортные поликлиники, грязелечебница, бальнеолечебница, санаторно-оздоровительные лагеря. Санаторное лечение детей проводится в санаториях, в том числе, для детей с родителями, а также в санаторно-оздоровительных лагерях круглогодичного действия.

Ключевые задачи в области санаторно-курортного лечения детей:

- повышение доступности санаторно-курортного лечения;
- оздоровление детей с факторами риска хроническими заболеваниями, детей из социально-незащищенных групп;
- оздоровление подростков (кадрового потенциала страны);
- увеличение сети местных санаториев и санаторно-оздоровительных лагерей;
- оптимизация работы санатория койки (до 320 детей в году);
- подготовка кадров;
- научно-методическое обеспечение деятельности детских санаторно-курортных организаций;

- разработка стандартов медицинской помощи детям для санаторно-курортного лечения;
- разработка унифицированных критериев оценки эффективности санаторно-курортного лечения.

В основе санаторно-курортного лечения лежит оптимальное использование целебных природных факторов: климатических, бальнеологических, грязелечебных методов, технологий ингаляционной терапии. Природные лечебные факторы оказывают на организм сложное воздействие, оказывают неспецифическое саногенетическое и закаливающее влияние, повышают функциональную активность организма, стимулируют иммунную систему, нормализуют реактивность, улучшают защитно-приспособительные реакции, оказывают психоэмоциональный эффект.

Санаторно-курортное лечение детей осуществляется при наличии показаний и отсутствии противопоказаний (Приказ МЗ РФ № 321 н от 07.06.2018 г. «об утверждении перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения»). Медицинский отбор и направление на санаторно-курортное лечение осуществляется в детской поликлинике по месту жительства ребенка в соответствии с приказом МЗ РФ и Минсоцразвития РФ № 256 от 22.11.2004 г. «Порядок медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение (с изменениями и дополнениями от 15.12.2014 г.) Документом, подтверждающим наличие медицинских показаний и отсутствия медицинских противопоказаний к санаторно-курортному лечению, является справка для получения путевки (форма 070/у).

В настоящее время санаторно-курортное лечение рассматривается как этап системы медицинской реабилитации. Проводя отбор больных на санаторно-курортное лечение, лечащий врач должен учитывать показания и противопоказания к проведению реабилитации в соответствии с медицинской реабилитацией (Приказ МЗ РФ от 29.12.2012 г. № 1705 н).

В санаторно-курортном учреждении лечащим врачом на основании данных санаторно-курортной карты, клинко-диагностических исследований составляется индивидуальная программа санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации. Программа основывается на принципах этапности, непрерывности и преемственности между медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, специализированную помощь при взаимодействии врачей-специалистов, врачей-диетологов, физиотерапевтов, врачей по ЛФК и иных врачей, а также среднего медицинского персонала, инструкторов-методистов ЛФК и иные специалисты.

Санаторно-курортное лечение в зависимости от формы, фазы, степени тяжести заболевания, реабилитационного потенциала, наличия сопутствующих заболеваний и осложнений проводится на климатических,

бальнеологических, грязелечебных курортах, санаториях. Предпочтение отводится санаторным учреждениям климатических зон проживания пациентов.

Программа лечения включает: климатодвигательный режим (щадящий) тонизирующий, тренирующий, лечебное питание, консультации врачей – специалистов, процедуры с использованием природных лечебных факторов; массаж; лечебную физкультуру; физиотерапию; психотерапию и другие виды лечений (по показаниям).

При разработке программы санаторно-курортного лечения и реабилитации необходимо соблюдать основные принципы лечебно – профилактического использования физических факторов:

- принцип единства этнологической, патологической и симптоматической терапии;
- принцип адекватности воздействия;
- принцип индивидуализации физического воздействия;
- принцип малых дозировок и постепенной нагрузки воздействия;
- принцип динамизма;
- принцип комплексного воздействия;
- принцип преемственности.

Соблюдение данных правил и принципов повышает эффективность санаторно-курортного лечения, способствует положительной динамике нарушенных в результате болезни или травмы функций организма, улучшает реабилитационный потенциал и прогноз патологии.

Приоритетным направлением детской курортологии является обеспечение санаторно-курортным лечением детей – инвалидов, больных туберкулезом, детей после оказания высокотехнологической помощи, онкологических и гематологических больных, пациентов с детским церебральным параличом, ожоговых больных, разработка и внедрение.

Важной проблемой является разработка и внедрение новых реабилитационных программ, внедрение информативных и доступных диагностических методов исследования, позволяющих оценить уровень здоровья ребенка, степень функциональных нарушений и определить объем оздоровительных, корректирующих и реабилитационных технологий.



АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КУРОРТОЛОГИИ ДЕТСТВА

Е.В. Ермакова

главный врач ГБУ РО «РДС памяти
В.И. Ленина», к. м. н.

В комплексе лечебно-профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья человека, особое место всегда занимала курортология. Санаторное лечение и оздоровление являлось одним из эффективных и массовых звеньев отечественной медицины.



С 2012 года в рамках утверждённой государственной программы развития здравоохранения и соответствующих территориальных программ реализуются мероприятия по развитию медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, целью которых является увеличение роста обеспеченности нуждающихся пациентов в санаторно-курортной помощи более чем в два раза и повышение качества санаторно-курортной помощи. Объём санаторно-курортных услуг за последние три года вырос на 20 процентов, а с 2000 года – на 34 процента.

Важность и значимость санаторно-курортного комплекса Российской Федерации подчеркнул президент Российской Федерации В.В. Путин на заседании президиума Государственного совета Российской Федерации, состоявшемся 26 августа 2016 года: «...Исторически санаторно-курортный комплекс развивался в нашей стране как неотъемлемая часть всей системы здравоохранения. Сегодня по-прежнему высока его роль в лечении самых разнообразных заболеваний, их профилактике, реабилитации больных и в целом в сохранении здоровья граждан России, их трудоспособности и активной жизни. Регулярное оздоровление в санаторных условиях позволяет увеличить продолжительность жизни людей от 3 до 15 лет...».

Владимир Путин выразил обеспокоенность по поводу низкого уровня материально-технической базы большинства здравниц, вследствие чего сейчас не используется почти 46% площадей государственных санаториев. Цифры, показывающие предполагаемые затраты на восстановление и модернизацию, внушительные, на это потребуется порядка 37 млрд. рублей. «И понятно, что с каждым годом, если ничего не делать, они будут только

расти, – подчеркнул президент. – Здесь трудно полагаться лишь на бюджетные средства, поэтому консолидация финансовых ресурсов, их активный поиск – одна из самых актуальных задач».

«Министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова на упомянутом выше заседании отметила: «Санаторно-курортная сфера является важным разделом системы здравоохранения – оказания профилактической, лечебной, реабилитационной медицинской помощи, основанной на использовании природных лечебных ресурсов... Привлекательность санаторно-курортного комплекса, во многом определяется качеством оказания санаторно-курортной помощи. Министр здравоохранения подчеркнула: «За последние годы в санаторно-курортной сфере произошло много изменений, которые в целом отражают контекст социально-экономических изменений, как в стране, так и в здравоохранении. За последние три года общее количество мест в этих организациях увеличилось на 10% — до 448 тысяч. В условиях развития организаций разной формы собственности явилось необходимым обновить нормативно-правовую базу на основе единых принципов и требований работы этих медицинских организаций. В этой связи были разработаны и приняты единые порядки организации медицинской реабилитации санаторно-курортного лечения, перечни медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения».

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2018 г. №2581-р утверждена «Стратегия развития санаторно-курортного комплекса Российской Федерации». Стратегия определяет следующие направления для развития санаторно-курортных организаций:

- единство всей системы санаторно-курортного дела независимо от территориального и ведомственного разграничения и форм собственности;
- совершенствование системы государственного управления, регулирования и контроля деятельности санаторно-курортных организаций независимо от форм собственности и ведомственного подчинения;
- доступность санаторно-курортной помощи населению, в первую очередь слабо защищённым группам населения страны (дети, инвалиды и другие категории лиц, определённые законодательством);
- превращение санаторно-курортного комплекса Российской Федерации в высокорентабельную и конкурентоспособную сферу экономики;
- экологический контроль состояния лечебно-оздоровительных местностей и природных лечебных ресурсов для сохранения имеющегося оздоровительного потенциала санаторно-курортного комплекса;
- совершенствование подготовки специалистов для медицинских организаций, участвующих в организации санаторно-курортного лечения;

- разработка клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам профилактики и лечения различных заболеваний с использованием природных лечебных ресурсов;

- повышение уровня знаний медицинских работников о возможностях санаторно-курортного лечения.

Реализация Стратегии позволит совершенствовать санаторно-курортную сферу, являющуюся национальным достоянием России, потенциал которого важно не только максимально развивать, но и бережно сохранять.

Современная система санаторно-курортного лечения детей в Российской Федерации рассматривается как одно из ведущих направлений в реализации мероприятий по долечиванию детей после интенсивного стационарного лечения острых заболеваний, в меньшей степени уделяя внимание неотъемлемой составляющей данного вида помощи – оздоровлению. Ориентация лечебно-профилактических мероприятий направлена преимущественно на борьбу с имеющимися болезнями, а не на охрану здоровья, совершенствование медико-оздоровительных мероприятий, на первичную профилактику преморбидных состояний, на отсутствие четких критериев оценки эффективности санаторно-курортной помощи.

Санаторно-курортное лечение способствует усилению специфических (иммунологических) и неспецифических систем детского организма. Активная стимуляция компенсаторных механизмов наиболее эффективна в начальных стадиях патологического процесса.

Особое значение в медицинской реабилитации детей с различными хроническими заболеваниями имеет соблюдение основных принципов: раннее начало, комплексность, непрерывность, индивидуальный подход. Выполнение этих условий способствует максимально быстрому и полноценному восстановлению состояния здоровья, раннему возврату к обычным условиям жизни.

Методы курортной медицины как более физиологичные, оказывающие оздоравливающее действие, являются приоритетными не только при лечении детей с хроническими заболеваниями, но и в оздоровлении часто болеющих детей, и с факторами риска. Несмотря на этот факт, в медицинские показания к санаторно-курортному лечению детского населения (Приказ Минздрава России от 7 июня 2018 года № 321н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения») эти группы детей не включены.

Основным методом санаторно-курортного лечения детей остается максимальное использование природных физических факторов (климат, минеральные воды, лечебные грязи). Однако, один из самых доступных методов физиотерапии – климатолечение в последние годы используется недостаточно, особенно в санаториях, расположенных в привычных кли-

матических условиях несмотря на то, что местные санатории обладают в определенном отношении преимуществами в сравнении с санаториями, расположенными на курортах. Во время пребывания в местном санатории у детей в периоды адаптации и реадаптации отсутствуют реакции акклиматизации к новым климатическим условиям, которые часто неблагоприятно отражаются на течении заболевания и снижают эффективность санаторного этапа реабилитации в целом.

С позиций современных знаний о механизмах воздействия курсовой климатотерапии стандарт 1-2-недельного пребывания детей в санаториях не является обоснованным. Для повышения удовлетворения потребности в санаторно-курортном лечении детским санаторно-курортным организациям требуется организационно-методическая помощь ведущими профильными научно-исследовательскими учреждениями и кафедрами.

Важнейшими проблемами детской курортологии остается внедрение информативных и доступных диагностических методов исследования, определяющих уровень здоровья ребенка, степень функциональных нарушений, объем оздоровительных, корригирующих и реабилитационных технологий, разработка и внедрение современных информационно-телекоммуникационных технологий системы санаторно-курортного лечения детей; разработка современных унифицированных критериев оценки эффективности санаторно-курортного лечения.

Дальнейшее изучение и научное обоснование требуется следующим вопросам:

- адаптации детского организма к контрастным климатическим условиям и реадаптации после возвращения ребенка в родной для него климат;
- сравнительной оценке эффективности санаторно-курортного лечения детей в разных климатогеографических зонах;
- проблемам бальнеотерапии в педиатрии (сочетание бальнеотерапии и медикаментозных препаратов, вопросы дозирования, дозозависимых эффектов, разработка инновационных технологий).

В развитии детской курортологии, как и курортного дела в целом, требуют решения такие проблемы, как:

- не систематизировано обеспечение путевками детское население регионов;
- не определена потребность в санаторно-курортном лечении в соответствии со структурой заболеваемости детей;
- ощущается дефицит сопутствующих социально-педагогических и социально-психологических услуг;
- необходим пересмотр стандартов, протоколов предоставления медицинских услуг с учетом новых медицинских технологий и развития общества;

- необходима организация системы переобучения медицинского персонала;

- высока потребность в налаживании маркетинговой деятельности возможностями профессионального органа управления областью курортологии на федеральном уровне и уровне субъектов;

Для эффективной работы санаторного этапа медицинской помощи детям необходимо выполнение таких задач, как:

- разработка нормативно-правовой базы в соответствии с профилем;

- разработка новых показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения детей с учетом потребности в санаторно-курортном лечении часто болеющих детей, установленного диагноза, и детей с фактором риска;

- пересмотр сроков санаторно-курортного лечения с учетом тяжести хронических заболеваний, их легализация в соответствующих нормативных актах;

- определение потребности в санаторно-курортном лечении детей с учетом заболеваемости детского населения в регионах;

- создание в условиях детских санаторно-курортных организаций санаторного этапа специализированной высококвалифицированной медицинской помощи для долечивания детей после оперативных вмешательств и оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

- организация медицинской помощи по восстановлению или коррекции функций после развития заболеваний и повреждений;

- внедрение сопутствующих социально-педагогических и социально-психологических технологий с обеспечением адекватного кадрового сопровождения;

- перепрофилирование коечного фонда детских санаторно-курортных организаций с учетом показателей потребности;

- выделение средств из федерального и регионального бюджетов на оплату стоимости проезда ребенка к месту лечения и обратно;

- улучшение материально-технической базы функционирующих санаториев;

- ключевым моментом является возрождение традиции регулярного санаторно-курортного лечения и оздоровления населения, как неотъемлемой части национальной культуры.

Стоит напомнить, что зарождение врачебного искусства главной своей целью ставило сохранение и укрепление здоровья, используя, прежде всего, профилактическую направленность. Решение перечисленных актуальных аспектов курортологии детства позволит направить развитие стратегии здравоохранения на сохранение здоровья и предупреждение заболеваний.

ПАМЯТИ ПАМЯТИ

Ермакова Е.В., Конча М.Н.
ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина»

*У каждого из нас на свете есть места,
Что нам за далью лет и ближе, и дороже.
Там дышится легко, там мира чистота
Нас делает на миг счастливей и моложе.*

Л.Я. Фадеев

Век, 100 лет, годы, минуты – время. Но кто бы знал о его существовании, если бы не люди, которые вкладывали в него смысл, и люди, хранящие о них память? Сегодня мы приглашаем вас на экскурсию по заповедным страницам нашей общей памяти, той, что с большим уважением и трепетом хранят сотрудники Государственного бюджетного учреждения «Рязанский детский санаторий памяти В.И. Ленина».



Первая половина прошлого века: Когда деревья были большими

Мы находимся в 20 километрах от города Рязани в одном из самых живописных мест Рязанской области – в курортном поселке Солотча, расположенном на границе Мещерского национального парка воспетого К.Г. Паустовским, здесь в разное время жили и творили В.В. Вересаев, И.П. Пожалостин, А.П. Гайдар, А.А. Фадеев, К.М. Симонов, А.И. Солженицын, В.Т. Шаламов и многие другие.

Мы стоим в бору под сенью вековых сосен на высоком берегу Старицы и вглядываемся вдаль: извилистое русло красавицы Оки, заливные луга, Иоанно-Богословский монастырь села Пощупово, и где-то совсем рядом родина «чистого, русского поэта» С.А. Есенина... Сакральное место.

Перенесемся в 1919 год. Лето. И первое упоминание о санатории в документах архивного фонда Рязанского губернского отдела здравоохранения, которое гласит: «Назначить в открываемую санаторию в селе Солотче Рязанского уезда врача Дьяконову». Это был сезонный санаторий на 79 коек для больных туберкулезом и 20 коек для отдыхающих с ослабленным здоровьем, который расположили в 9 национализированных дачах у Лысой горы, до революции принадлежавших купцам и дворянам.

Мы идем в 20-е годы прошлого столетия – в исток, в начало всех начал, когда деревья были большими, а люди и начинания их – великими!

В декабре 1920 года Рязанский губернский исполнительный комитет постановил: «... учитывая чрезвычайную важность и необходимость организации санатории для туберкулезных больных, признать необходимым передачу для указанной цели всех дач рязанской знати, находящихся в селе Солотче Рязанского уезда, как местности, являющейся исключительной в лечебном отношении для туберкулезных больных».

После ремонта нескольких дач в них был устроен санаторий для взрослых и детей, больных легочным туберкулезом. В сезон 1921-22 годов санаторий работал не только в летнее время, но и осенне-зимний период. Этот опыт показал возможность лечебной работы круглый год.

В это же время врач Солотчинского врачебного участка и санатория Г.В. Державин – один из первых фтизиатров области – вел многолетние метеорологические наблюдения, которые привели его к выводу, что Солотча по своим природно-климатическим условиям пригодна для лечения больных со всеми формами туберкулеза.

В результатах своих исследований он, в частности, утверждал: «Не смотря на примитивную постановку дела в смысле жилища, лечения и питания, все же результаты пребывания этих больных оказались превосходными и, очевидно, только за счет климатического лечения. А если к такому климату присоединить настоящим образом устроенные санатории, то в Солотче, вне всякого сомнения, получится курортно-климатическая стан-

ция, не уступающая Друскеникам и Ганге и могущая поспорить в некоторых отношениях с курортами юга».

В феврале 1924 года Рязанский губернский отдел здравоохранения констатировал, что местный санаторий при меньших затратах дал большие результаты, чем лечение на государственных курортах. Это привело губздравотдел к мысли о строительстве в Солотче постоянного туберкулезного санатория с современным медицинским оборудованием на средства фонда им. В.И. Ленина, организованного для увековечивания памяти вождя. На счет фонда жители г. Рязани и губернии перечисляли однодневные заработки и личные сбережения. Так появился губернский «туберкулезный санаторий – памятник Ленину». Возглавлял его Борис Николаевич Широков, его помощником, сподвижником был ординатор Георгий Викторович Державин.



1919 год: Державин Г.В. (3 ряд, 5-й справа) с сотрудниками санатория

Согласно проекту предполагалось построить туберкулезный санаторий на 150 коек, из них 25-30 коек для детей. Летом 1925 г. началось строительство корпусов, а в начале 1926 г. первые лечебные корпуса вступили в строй. Средств фонда им. В.И. Ленина не хватало. Б.Н. Широков призывал администрации предприятий Рязанской губернии оказать помощь санаторию в строительстве, и они направляли в санаторий рабочих и необходимые строительные материалы. Неоднократно Б.Н. Широков обращался к наркому здравоохранения Н.А. Семашко с просьбой о выделении средств. Все просьбы были удовлетворены, в том числе направлено медицинское

оборудование и два самолета для проведения работ по уничтожению малярийного комара.



1924 год: На заседании Рязанского Губздравотдела принимают решение об организации санатория памяти В.И. Ленина



1925 год: Строительство новых зданий

Коллектив проводил большую санпросветительскую работу: в окружающих селах читали лекции и доклады по вопросам мер предупреждения болезни туберкулеза и борьбы с ним.



1926 год: Новое здание



1928 год. Врачи Широков Б.Н., Широкова А.Г. и Державин Г.В. с группой детей легочного отделения



40-ые годы: Климатотерпия

К 1930 г. в санатории было 110 легочных коек (зимой 90), из них 25 детских. В последующее десятилетие в санатории увеличивается количество детских коек, соответственно сокращается число коек для взрослых. Согласно плану расширения лечебной помощи по Рязанской губернии в 1936-38 годах организуется детское костное туберкулезное отделение, в

1939 году санаторий преобразован в областной детский костно-туберкулезный на 260 коек (210 костно-туберкулезных и 50 легочных коек). Открылась школа, у детей появилась возможность во время лечения пройти полный курс обучения. Совершенствовалась лечебно-диагностическая база. Для лечения применялись диета, кумыс, климатолечение, ортопедические методы.

А сейчас мы предлагаем в скорбном молчании остановиться.

Сороковые, роковые, свинцовые, пороховые...

22 июня 1941 года на нашу страну обрушилась Великая Отечественная война. К сожалению, и по понятным причинам, в документах архивного фонда областного отдела здравоохранения за 1941-1945 гг. в годовых отчетах медицинских учреждений области сведений о деятельности санатория не имеется. Все, что у нас есть, и чем мы особенно дорожим, это воспоминания врача санатория Зотовой Елены Константиновны, отложившиеся в архивной коллекции материалов по истории здравоохранения. В них имеются следующие сведения о работе санатория в годы Великой Отечественной войны: «Во время войны санаторий пришел в полный упадок: 1) не было света – дети лежали с закопченными носиками при керосиновых моргасах, 2) не было воды – доставали ведрами из колодца глубиной 36 метров, 3) не было топлива – в большие морозы санитарки сами пилили сосны (у детей сплошь было ознобление рук и ног), 4) не было транспорта – машины не одной, лошади погибали от голода, 5) не было подготовленного персонала – врачи – случайные люди (окулист, гинеколог, терапевты без стажа и т.п.) Единственный квалифицированный врач – зав. легочным отделением Бяльен Г.А., она же и рентгенолог. Главврача не было, был директор с 4-х классовым образованием».

Поклонимся великим тем годам!

Из воспоминаний Е.К. Зотовой: «В 1946 году, после демобилизации, главным врачом санатория был назначен Зотов Павел Сергеевич, заведующей медчастью и хирургом Зотова Елена Константиновна. В послевоенные годы началась труднейшая борьба за восстановление санатория, воспитание персонала, привитие специальных знаний. В результате общих усилий, при большом организационном таланте главврача Зотова П.С., персонал начал работать самоотверженно, не щадя сил, не считаясь со временем, не требуя дополнительной платы. Проведен полный курс обучения по костному туберкулезу со всем персоналом. Медсестры, санитарки рыли траншеи под корпусами для труб водопровода и отопления, разбирали огромные печи, из пригодных кирпичей которых была построена водопроводная башня, проделали большое количество земляных работ для проведения электричества.



Первое, что сделал главврач по принятии санатория – написал письмо И.В. Сталину, приложив фотографии, с просьбой выделить для санатория грузовую машину, трактор и насос для воды. И всё получили по распоряжению И.В. Сталина за подписью Л. М. Кагановича».

Мы во второй половине 40-х годов. До описанной ниже мирной и идеалистической картины – годы тяжелейшего труда и созидания. Среди густых деревьев протянулись радиусами дорожки к деревянным рубленным домам. Пять корпусов изолированы и отдалены друг от друга значительной территорией. К каждому зданию пристроена просторная веранда.

40-ые годы: Гипсовая



40-ые годы: Ортопедическая мастерская

Это – «база» климатотерапии. С середины апреля до середины октября дети из палат переезжают на «дачу», т.е. на веранды. Круглые сутки они пребывают на воздухе.

Маленькие пациенты, годами прикованные к постели, получают на верандах гелио- и аэротерапию. Методы лечения в санатории главным образом консервативные. Применяют иммобилизацию с помощью реклинационных гипсовых кроваток, тугоров, лифчиков, вытяжений. Используются лечебная гимнастика, общеукрепляющий массаж. Дети получают витамин С, рыбий жир и по показаниям – хлористый кальций. Больным, страдающим какой-либо сопутствующей инфекцией, назначают пенициллин, иногда – переливание крови.

Врачи санатория конца 40-х годов – последователи школы хирурга, фтизиатра, действительного члена Академии медицинских наук СССР, профессора П.Г. Корнева, что привело к расширению хирургической активности. Летом 1948 года началось строительство хирургического блока. Заместитель главного врача по медицинской части Е.К. Зотова возглавила хирургическую работу.

Но основными методами воздействия на организм ребенка все же оставались природные факторы. Коллектив санатория полностью использовал для оздоровления весенние, летние и осенние месяцы. Поэтому очередные отпуска здесь разрешены были лишь с октября по март, так сказать в период «позиционной борьбы» за здоровье маленьких граждан. В зимние месяцы естественную гелиотерапию заменяли кварцевые облучения.

Одним из мощных компонентов терапевтического воздействия являлась воспитательная работа. Ребенок, прикованный к кровати, ни на минуту не оставался один. Когда от него уходил врач и сестра, у изголовья появлялись воспитатели. Они занимали детей играми, читали книги, учили петь, рассказывали сказки. В час учебных занятий в палате появлялся учитель. В санатории действовала неполная средняя школа. Дети были размещены в палатах так, что каждая представляла собой класс. Вечером, после дневного отдыха, начиналась кружковая работа. Переплетное дело, рукоделие, составление гербариев, музыкальные занятия, шахматы, библиотека – лишь часть досуга детей.

Дети испытывали большую признательность сотрудникам санатория. Ведь восстановленное здоровье помогало им получить путевку для полноценной жизни. Многие пациенты, выписавшись, поддерживали связь, писали письма благодарности.



40-ые годы: Учебно-воспитательный процесс.



Санаторий в конце 40-ых годов

Главный врач П.С. Зотов – неутомимый строитель. В послевоенные годы под его руководством были построены шестой лечебный корпус для легочных больных раннего возраста на 50 коек, а также специальный корпус, в котором размещались гипсовая, ортопедическая мастерская, хорошо оборудованная операционная с бестеневой лампой, аппаратом для эфирно-кислородного наркоза и современным хирургическим инструментом. При всех корпусах возведены обширные веранды. Организовано каран-

тинное отделение. Сооружена своя электростанция, обеспечивающая электричеством и учреждения районного центра. Вошла в строй прачечная с паровой сушилкой и дезкамерой. Оборудован радиоузел, репродукторы установлены в каждой палате, организовано местное радиовещание. Все корпуса связаны телефоном. Введены в действие водопроводная сеть, центральное водяное отопление. Растет подсобное хозяйство.



50-ые годы: Физиотерапевтические процедуры



50-ые годы: операцию проводит Е.К. Зотова

В 1949 году количество коек было доведено до 460 – 310 костных и 150 легочных. Наградой за проделанную работу во имя здоровья детей стали вторая премия Всероссийского смотра санаториев и почетная грамота Минздрава РСФСР и ЦК профсоюза медработников, которые санаторий получил в 1952 году.

С 1951 года в санатории стали проводиться плановые операции больным костно-суставным туберкулезом. Оперативное лечение сочеталось с химиотерапией стрептомицином, фтивазидом, ПАСК. Проводились: резекции тазобедренного и коленного суставов, фиксации позвоночника аутотрансплантатом, остеотомии, абсцессэктомии, укорочение свищевых ходов, пластика сухожилий, аппендэктомия, внутригрудные и спинномозговые пункции, переливание крови, пункции натечных абсцессов с хорошими отдаленными результатами. Все врачи хорошо владели асептикой, специфической врачебной техникой. На 1 января 1959 года проделано 508 операций.



Аптека санатория

Комплекс лечебных мероприятий состоял из общеукрепляющего лечения, ортопедических мероприятий (все необходимые аппараты изготавливали из желатины), гипсовой иммобилизации. Проводились физиотерапевтические процедуры: кварц, УВЧ, соллюкс, миостимуляция, гальванизация, массаж.



50-ые годы: Профессиональные курсы

Работала лаборатория, в которой выполнялись: клинический и биохимический анализы крови, мочи; исследования спинномозговой жидкости, определение малярийного плазмодия; биохимические исследования крови на билирубин; бактериологические: посевы мокроты, промывных вод желудка, бронхов, пунктата плевральной полости на микобактерии туберкулеза.

Антибиотики и другие медикаменты санаторий получал в неограниченном количестве. Легочным больным помимо общеукрепляющего и медикаментозного лечения накладывали первичный пневмоторакс и пневмоперитонеум, делались систематически поддувания и пр.

Проводился учет отдаленных результатов лечения путем переписки, выписанные больные приезжали летом на обследование.

Питание больных 5-ти разовое, разнообразное. Ежедневный калораж в пределах 3000-3300 к/кал. Работала собственная пекарня. Пища витаминизировалась. Для этого при санатории велось подсобное хозяйство: фруктовый сад с яблонями, вишнями, ягодными кустарниками. Заключали договоры с колхозами на поставку ягод и яблок, заготавливали черносмородиновое повидло, выращивали в корпусах в банках лук, в теплице – цветочную рассаду до 60 тысяч корней и ранние овощи: лук, редис, салат. На скотном дворе откармливались до 40 свиней, содержались 5 лошадей, необходимых в хозяйстве санатория.

Продолжала функционировать средняя школа, где обучались в 1-10 классах до 200 пациентов. Серьезно поставлена работа технических кружков. С 1958 года в санатории организованы курсы швейного дела, кинемеханики, машинописи, по завершении которых детям выдавали дипломы по специальности и присваивали разряды.

Учебно-воспитательный процесс, обеспечивая непрерывность образования, давал возможность учащимся, находящимся на длительном лечении, продолжить обучение в средних и высших образовательных учреждениях и получить специальность. Многие пациенты санатория стали инженерами, учителями, агрономами, юристами.

Большое значение уделялось развитию творческих способностей детей. Создано два детских оркестра русских народных инструментов, хор. С увлечением дети занимались в изокружке, изучали фотодело, играли в шахматы. Детям, не имеющих родителей, торжественно отмечали дни рождения, преподносили подарки, организовывали концерт.



50-ые годы: Оркестр народных инструментов



50-ые годы: Ансамбль народной песни



60-ые годы: За операционным столом В.П. Михалюк



60-70-ые годы: Операцию проводит А.И. Афолина



60-ые годы: Лаборатория по централизованной стерилизации шприцев.

Работники санатория принимали активное участие в общественно значимой работе. Врачи читали лекции на медицинские и общественные темы населению. Из медсестер санатория были организованы санпосты на территории санатория и в близлежащих деревнях, где делались система-

тические подворные обходы и прививки. Силами сотрудников выращивалась кукуруза и убиралось сено, заготавливался картофель в подшефном колхозе. Сотрудники санатория активно участвовали в художественной самодеятельности: в хоре, оркестре русских народных инструментов, театральных постановках, с которыми выезжали и в окружные колхозы.

С 1957 по 1962 год санаторий возглавляла Е.К. Зотова, а медицинскую часть – З.И. Кириллова. С осени 1962 года главным врачом санатория был Валентин Павлович Михалюк, медицинской частью заведовал В.М. Касаткин, а с 1968 г. Н.С. Панфилова. В эти годы была проведена вторая реконструкция санатория. Наряду с капитальным ремонтом лечебных корпусов построен каменный лечебный корпус, 2-х квартирный дом для врачей, утеплены летние веранды. Открыт кабинет функциональной диагностики и электрографии. Реорганизован и оснащен новым аппаратом рентгеновский кабинет.

За этот период санаторий был полностью оснащен новым медицинским оборудованием. Санаторий становится мощным лечебно-профилактическим учреждением и начинает применять современные технологии лечения того времени. Наряду с костно-ортопедическими операциями (зав. отделением – В.А. Широбакина) в 1964-1978 годах проводилась поднаркозная лечебно-диагностическая трахеобронхоскопия (В.А. Спирина, А.И. Афолина, М.Г. Иванова). С 1968 по март 1973 г. врачом А.И. Афолиной проводились плановые операции при хронических тонзиллитах и аденоидах.

Совершенствовался лечебно-диагностический процесс. Были внедрены метод ускоренного внутрикожного титрования, модифицированная проба Коха, БЦЖ-тест, прямая и боковая томография легких. В санатории наряду с классической триадой АБП (стрептомицин + ГИНК+ПАСК) стали применяться современные противотуберкулезные препараты: пиперазин, этамбутол, рифампицин и др., которые вводились не только перорально и внутримышечно, а также в виде аэрозолей, эндоплеврально, эндобронхиально, интратрахеально.

Санаторий был первым учреждением в области, где была введена централизованная сухожаровая стерилизация медицинского инструментария, что позволило свести на нет внутрибольничную заболеваемость вирусным гепатитом. Определенным успехом коллектива санатория являлось создание лаборатории по централизованной стерилизации шприцев и медицинского инструментария. По сравнению с подобной лабораторией 82-й московской больницы (где впервые в Советском Союзе она была создана), в санатории разработан свой вариант лаборатории более простой, дешевый и с учетом трудностей периферии. Данный опыт одобрен Рязанским облздравотделом и рекомендован к внедрению в больницах области. Централизованная стерилизация и профилактика гамма-глобулином поз-

волили врачам санатория совместно с Гор СЭС провести впервые в Советском Союзе комплексную профилактику инфекционного гепатита.

Применение современных методов лечения туберкулеза, включая новейшие противотуберкулезные химиопрепараты, привело к снижению заболеваемости локальными формами легочного и внелегочного туберкулеза. Особенно резко снизилась заболеваемость костно-суставным туберкулезом у детей и подростков. Это нашло отражение в изменении профиля коечного фонда. Шло сокращение костно-туберкулезных и увеличение легочных коек.

С 1968 года санаторий стал полностью детским легочным для возрастной категории от 3 до 15 лет. Функционировала школа восьмилетка, важное место занимала воспитательная работа: дети принимали участие в смотрах художественной самодеятельности, изучали свой родной край; проводились вечера отдыха, приглашались в гости новаторы производства, ветераны, военные и другие знаменитые люди.

В 1969 г. санаторий получил 1-ю премию во Всероссийском смотре противотуберкулезных лечебно-оздоровительных учреждений.



60 – 80 годы



60 – 80-ые годы

С 1974 г. до 1976 г. исполняла обязанности главного врача Наталья Сазонтовна Панфилова, в 1977-1983 годах главным врачом был Юрий Сергеевич Колесников. В эти годы проводился капитальный ремонт лечебных корпусов и жилого фонда. В комплексном лечении больных дальнейшее развитие получили: ЛФК, климатолечение, лечебно-оздоровительный массаж, был расширен и оснащен аппаратурой кабинет физиотерапии. Широко использовались кумысолечение, световоздушные и солнечные ванны, купание в реке, выезд на лесные озера Мещеры.



80-ые годы: Рентгеновский кабинет



80-ые годы: Жилищно-бытовые условия



80-ые годы: Жилищно-бытовые условия

В 1984 г. эстафету главного врача принял Рязанцев Анатолий Егорович. В 1980-е проведен капитальный ремонт некоторых лечебных корпусов, построен и оснащён новым оборудованием рентгенкабинет, ингаляционный кабинет. К началу 90-х деревянные санаторные корпуса, построенные в 1924-1926 гг., обветшали, а некоторые пришли в аварийное состояние. Необходимость реконструкции санатория стала очевидной. Руководство областным здравоохранением принимает важное решение – начать реконструкцию. С 1992 года по 1995 год часть строительномонтажных работ была выполнена, в связи с экономическим кризисом в России в 1996 году все строительство было заморожено.



1992 – 1995 годы: Начало реконструкции санатория

Актуальность санатория не снижалась. Дети Рязанской области продолжали нуждаться в оздоровлении с использованием природных лечебных факторов, включающем в себя специфическую терапию и химиопрофилактику, лечение сопутствующей неспецифической патологии. Поэтому санаторий продолжал жить и развиваться, а благодаря активной позиции главного врача А.Е. Рязанцева с 2000 года была возобновлена реконструкция санатория. Значимым событием стал пуск современной газовой котельной, заменившей устаревшую, работавшую на угле, а в 2001 году – ввод в эксплуатацию 3 двухэтажных спальных корпусов, которые коренным образом улучшили жилищно-бытовые условия маленьких пациентов. Дети получили комфортные палаты, игровые комнаты, душевые.



Конец 90-х – начало 2000 гг.: Спальные корпуса, школа, пищеблок – результаты реконструкции

С 2002 года главным врачом санатория был назначен Олег Александрович Нагибин, который основной задачей видел реализацию областной программы реконструкции санатория. О.А. Нагибин провел большую ра-

боту по привлечению внебюджетных средств, что позволило завершить затянувшееся строительство. Открытие культурно-оздоровительного центра способствовало развитию досуга детей. Обновлена служба питания: построен пищеблок, оснащенный современным оборудованием, столовой на 300 посадочных мест, продовольственным складом с холодильными камерами. Улучшились условия обучения детей.



В мае 2004 года открыто здание образовательного отделения, введена кабинетная система. С 2008 по 2015 год санаторий возглавляли главные врачи Куликов Игорь Евгеньевич (2008-2011 гг.), Гурьянов Валентин Николаевич (2011-2013 гг.), Епишина Марина Робертовна (2013-2015 гг.) За непродолжительное время пребывания на посту главного врача они успели сделать многое для совершенствования оказываемых санаторием услуг детскому населению Рязанской области: оборудован спелеологический кабинет, демонтированы ветхие постройки, произведен ремонт корпусов, в рамках реализации программы «Модернизация здравоохранения Рязанской области» в санатории завершена реконструкция лечебного корпуса, рентгеновского кабинета, кабинеты узких специалистов оснащены новым современным медицинским оборудованием, проведен капитальный ремонт артезианской скважины, пищеблока, гаража, слесарной мастерской, административного здания.



Рентгеновский кабинет (оборудован по программе «Модернизация здравоохранения»)

С 22.07.2015 г. по настоящее время санаторием руководит главный врач, кандидат медицинских наук Ермакова Елена Викторовна. В связи со стабильным снижением заболеваемости туберкулезом в Рязанской области 03.12.2015 г. на основании распоряжения Правительства Рязанской области изменен профиль санатория. ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина» – единственное лечебное учреждение санаторно-курортной помощи детям Рязанской области после соматических заболеваний. С этого момента под руководством Ермаковой Е.В. идет адаптация работы санатория в связи с изменением его профиля, оптимизация и интеграция главных направлений – оздоровительного, воспитательного и образовательного, которые объединяются одной целью.

Санаторий развернут на 240 койко-мест, для детей в возрасте от 3 до 14 лет включительно, с курсом оздоровления 14, 21 день и оказывает санаторно-курортную помощь детям Рязанской области с хроническими и рецидивирующими заболеваниями органов дыхания, мочеполовой системы, с патологией опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы, нервной системы, нарушениями питания. Осуществляется оздоровление детей по программе «Мать и дитя». В санатории постоянно внедряются и активно используются новые методы диагностики и лечения соматических заболеваний.



При поступлении дети проходят необходимое обследование. Диагностическая база санатория представлена клинико-диагностической лабораторией, рентгенологическим кабинетом, кабинетом ультразвуковой диагностики, работает стоматологический кабинет. На основании данных обследования, основного и сопутствующего заболевания каждому ребенку составляется индивидуальная программа оздоровления. При наличии показаний проводится консультирование детей врачами – специалистами.

Эффективность лечебного процесса, а также закрепление лечебного результата по возвращению детей к обычному образу жизни обеспечивает школа на 150 мест. Учебно-воспитательный процесс реализует посредством методов «лечебной педагогики» услуги социально-педагогической и психологической, социокультурной реабилитации детей.

Коллектив санатория многие годы трудится под девизом «Здоровье Вашего ребенка – наша профессия!» Мы, сотрудники ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина», имея вековые сосны, вековую историю, вековой опыт и традиции, стоим на пороге нового столетия и всматриваемся вдаль. Мы знаем, что век грядущий нам готовит! Знаем, потому что каждый из нас родом из того времени, когда деревья были большими, а начинания людей – великими!..

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ В УСЛОВИЯХ ГБУ РО «РЯЗАНСКИЙ ДЕТСКИЙ САНАТОРИЙ ПАМЯТИ В.И. ЛЕНИНА»

Ермакова Е.В., Житникова Л.И., Конча М.Н.
ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина», г. Рязань

Санаторно-курортное лечение детей является одним из этапов педиатрической помощи, которая обеспечивает преемственность и непрерывность лечения педиатрической службы – поликлиника, стационар, санаторий. Санаторное лечение максимально использует целебный эффект естественных природных и преформированных физических факторов, направленных на укрепление и сохранение здоровья детей, в значительной степени повышающих иммунологическую резистентность организма, его функциональные резервы, медицинскую реабилитацию.



Рис. 1. Рязанский детский санаторий – территория счастливого детства

Немедикаментозные методы лечения как более физиологичные, имеющие мало противопоказаний и осложнений, способствующие улучшению функции систем и органов, должны стать приоритетными при лечении заболеваний у детей.

Рязанский детский санаторий памяти В.И. Ленина является единственным лечебным учреждением в нашем регионе для оказания санаторно-курортной помощи детям Рязанской области (рис. 1). Специализируется на лечении детей в возрасте от 3 до 14 лет, развернут на 240 койко-мест (150 – школьных, 90 – дошкольных) круглогодичного пребывания детей.

Курс санаторно-курортного лечения условно делится на периоды:

1. Период адаптации – период приспособления к новой обстановке, новым условиям среды, при смене климата – акклиматизации. Продолжительность этого периода в местном санатории – 1-3 дня. Научно доказан факт, что смена климата и места проживания осложняет и удлиняет период адаптации ребенка до 7-8 дней, так как вызывает у него

перестройку деятельности всех физиологических систем организма и усиление напряжения систем регуляции. Таким образом, наилучшей мерой для оздоровления детей является их пребывание в загородных условиях, вблизи постоянного места жительства, в родном климате, т.е. в местной санатории. В этом периоде проводятся необходимые обследования, назначается лечение. Режим щадящий.

2. Основной период или лечебный (10-14 дней), период проведения основного курса восстановительных мероприятий. Режим щадящий, тонизирующий или тренирующий, в основе - нарастающая физическая нагрузка.
3. Заключительный период (2-3 дня), период закрепления достигнутых результатов в оздоровлении. Оцениваются результаты лечения и течение заболевания, определяются рекомендации по дальнейшему врачебному наблюдению и соблюдению правил здорового образа жизни ребенком в целях профилактики развития обострения и новых заболеваний.
4. Период реакклиматизации (2-3 дня), период, в течение которого проходит адаптация к домашним условиям.

Санаторно-курортное лечение носит, по своей сути, реабилитационный характер. Для осуществления цели деятельности санатория нами используется рациональная интегративная модель комплексной реабилитации с междисциплинарным подходом (рис. 2).



Рис. 2. Рациональная интегративная модель комплексной реабилитации с междисциплинарным подходом

Комплексная реабилитация включает медицинскую и социальную реабилитации, которые интегрируют друг с другом, объединяются одной целью – сохранение и укрепление здоровья ребенка, создают единое лечебное пространство. Каждый вид реабилитации имеет свою инфраструктуру. Медицинская реабилитация представлена диагностическим и лечебным подблоками.

При поступлении дети проходят необходимое обследование. Диагностическая база санатория представлена клинико-диагностической лабораторией, рентгенологическим кабинетом, кабинетами ультразвуковой диагностики и электрокардиографии. Имеется стоматологический кабинет, проводятся функциональные пробы, спирометрия, консультирование детей врачами-специалистами.

На основании данных обследования, основного и сопутствующего диагноза каждому ребенку составляется индивидуальная программа оздоровления. Приоритетное значение имеет использование природных лечебных факторов в сочетании с другими немедикаментозными методами.

Оздоровительное лечение комплексное и включает климатотерапию, лечебное питание, витаминотерапию, аппаратные методы физиотерапии, парафино-озокеритолечение, прием кислородного коктейля, галотерапию, лечебную физкультуру, медицинский массаж, терренкур, и в случае необходимости, медикаментозное лечение.

Санаторий располагается в 20 км от г. Рязани, в поселке Солотча в окружении Мещерского национального парка на границе климатических зон заливных приокских лугов и реликтового соснового леса.

Целебный воздух этих мест, насыщенный фитонцидами хвойных деревьев, эфирными маслами, отрицательными ионами в сочетании с современными методами восстановительного лечения обладает мощным укрепляющим и оздоравливающим эффектом.

Инновационным геологическим комитетом ООО «ИНГЕОЛКОМ+» (г. Москва) для нашего санатория разработан биоклиматический паспорт, который свидетельствует о благоприятных ландшафтно-климатических условиях для лечения и профилактики различных заболеваний.

Интегральная оценка всех параметров ландшафта территории санатория для цели лечебно-оздоровительного использования равно 2,8 балла (из 3 возможных), что позволяет рассматривать местный ландшафт природным лечебным фактором (рис. 3).



Рис. 3. Наши стены – сосны-великаны

Наши пациенты много времени проводят на свежем воздухе: принимают дозированные солнечные и световоздушные ванны. Даже в дождливую погоду дети могут находиться на свежем воздухе в беседках.

Во время лечебной физкультуры на открытом воздухе проводится дыхательная гимнастика. В июне - июле, когда концентрация смолистых веществ в воздухе достигает максимума, людям, страдающим бронхиальной астмой, аллергическими заболеваниями, прогулки по хвойному лесу противопоказаны.

Одна из обязательных процедур, проводимых в нашей санатории – терренкур. Терренкур — это пешая прогулка по специально разработанным маршрутам, дозированная по расстоянию, углу наклона местности и темпу ходьбы.

В 2018 году получено экспертное заключение Национального медицинского исследовательского центра реабилитации и курортологии о составе и качестве минеральной воды из скважины № 1589 на территории санатория. Данная минеральная вода относится к минеральным природным питьевым столовым водам (рис. 4).

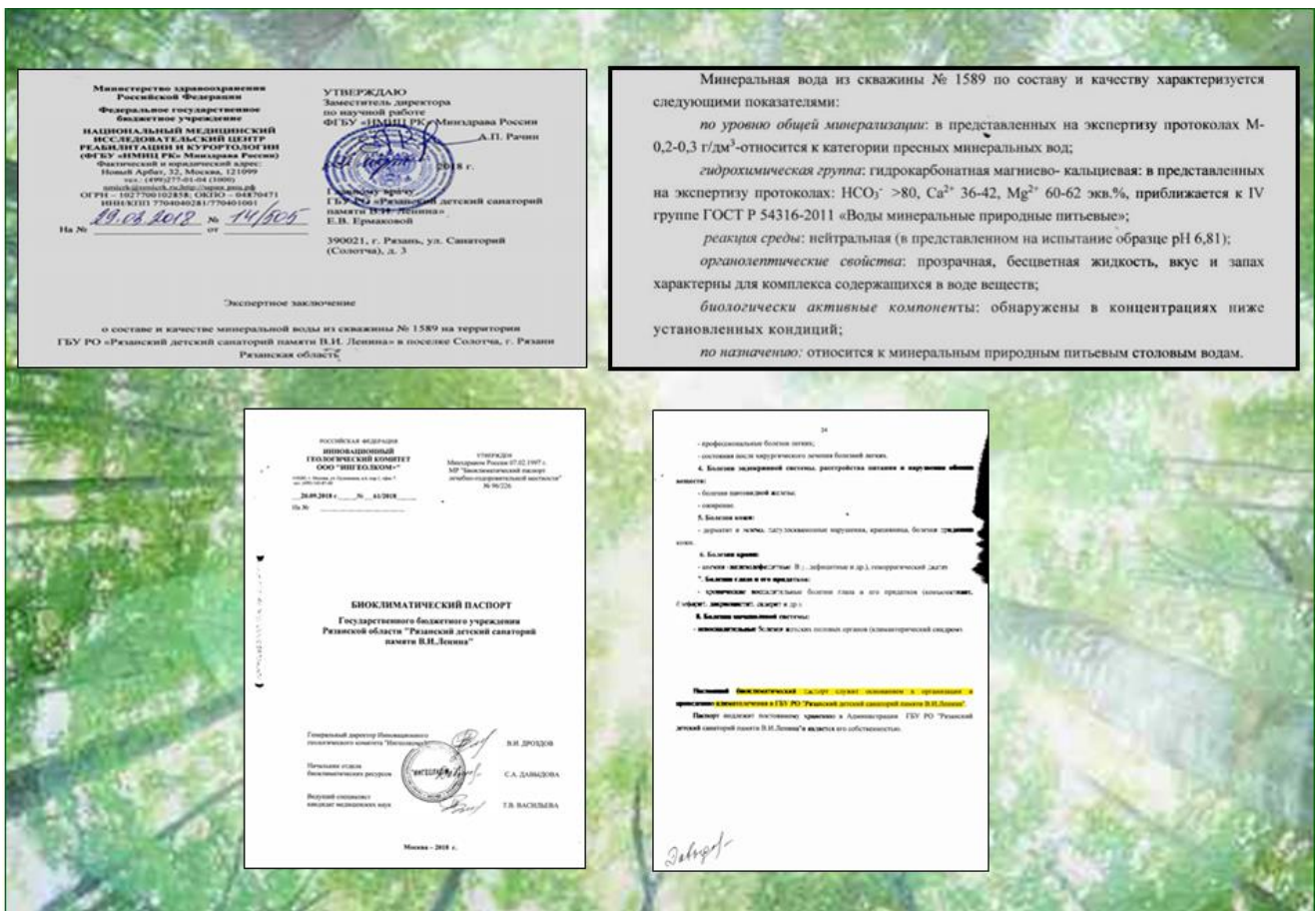


Рис. 4. Природные факторы

Питание разрабатывается врачом-диетологом и корректируется по индивидуальным показаниям: назначается специальная диета или дополнительное питание.

В санатории работает отделение восстановительного лечения, оснащенное современным оборудованием, позволяющим проводить широкий спектр процедур. Работают кабинеты парафино-озокеритового лечения, свето- и электролечения, магнитотерапии, терапии ультразвуком, лазеротерапии, электросна и микрополяризации, аэрозольтерапии, кислородотерапии и галокамера (рис. 5, 6).

Учитывая утвержденные стандарты санаторно-курортной помощи, в санатории разработаны лечебные программы:

- «Лёгкое дыхание» при заболеваниях бронхо-легочной системы;
- «Легкий шаг» при заболеваниях опорно-двигательной системы;
- «Приятного аппетита» при заболеваниях органов пищеварения;
- «Спокойный - внимательный» при заболеваниях нервной системы;
- «Сердце, как часы» при заболеваниях сердечно-сосудистой системы;
- «Взвешенные – счастливые» при заболеваниях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ;
- «Мать и дитя» – оздоровление детей в сопровождении взрослого.



Рис. 5. Любимые лечебные процедуры детей



Рис. 6. Любимые лечебные процедуры детей

За период с 2016 года по май 2019 года в санатории получили санаторно-курортное лечение 9606 детей. Анализ заболеваний пролеченных в санатории пациентов показал, что основной поток составили дети с заболеваниями органов дыхания (55%) и с болезнями костно-мышечной системы (14,6%) (рис. 7).



Рис. 7. Пролеченные больные по заболеваниям 2016 – май 2019 года

При выписке детей из санатория мы анализируем эффективность проведенного санаторно-курортного лечения каждого ребенка с применением адаптированного протокола комплексной оценки эффективности оздоровления ребенка, разработанного с учетом методических рекомендаций, утвержденных Роспотребнадзором.

Применяется методика количественно балльной оценки особенности исходного состояния здоровья, прибывших на санаторно-курортное лечение, и его изменения под влиянием проводимого лечения по динамике наиболее информативных клинических, функциональных и лабораторных показателей (наличие жалоб, данные лабораторных и инструментальных методов обследования и осмотра, оценка антропометрических показателей) (рис. 8).

Протокол комплексной оценки эффективности оздоровления ребенка за заезд

ГБУ РО РДС памяти В.И. Ленина

Отделение _____ пост _____

Фамилия Имя _____

Дата рождения (число, месяц, год) _____ Возраст _____

Дополнительная информация (наличие хронических заболеваний и т.д.) _____

Показатели состояния здоровья	Начало смены	Конец смены	Баллы
Физическое развитие (НФР/ДМТ/ИМТ)			
Длина тела (см)			
Масса тела (кг)			
Индекс массы тела			
Индекс ДП (ЧСС x СистАД/100)			
АД (мм рт.ст.)			
ЧСС (за 1 мин.)			
ЖЭЛ (мл)			
Динамометрия сильнейшей руки (кг)			
Заболеваемость за смену (+/-)			
Острая заболеваемость			
Обострение хронических заболеваний			
Всего баллов:			
ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ (отметить):			<input type="checkbox"/> Выраженный <input type="checkbox"/> Слабый <input type="checkbox"/> Отсутствует

Рис. 8. Протокола комплексной оценки эффективности оздоровления ребенка

Эффективность санаторно-курортного лечения за последние годы сохраняется на высоком уровне и составляет 97,1-97,2% (рис. 9). Эффективное лечение и оздоровление в санатории не представляется возможным без участия образовательного отделения, которое реализует социально-педагогическую, психологическую и социокультурную реабилитацию детей посредством методов «лечебной педагогики».

Лечебная педагогика – это комплексное воздействие на организм и личность ребенка. Комплекс мероприятий используется с учетом специфики заболеваний, возрастных особенностей детей, их интересов и потребностей; согласуется на медико-педагогических советах.

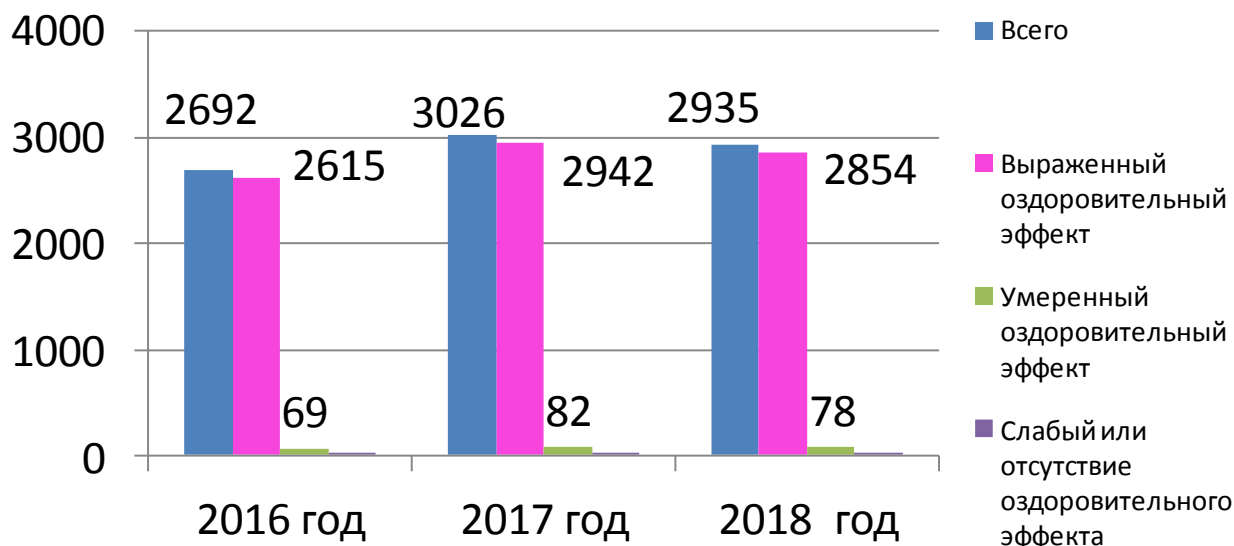


Рис. 9. Анализ исходов заболеваний поступивших детей

В качестве методов психотерапевтической помощи широко применяется арт-терапия: игротерапия, изотерапия, сказкотерапия, вокалотерапия, библиотерапия и т. д. (рис. 10).



Рис. 10. Сказкотерапия

Пациентам санатория предоставляются услуги по социально-психологической реабилитации в форме индивидуального психологического консультирования и групповых тренингов, направленных на то, чтобы выработать у детей определенные качества, умения, навыки, способы мышления, модели поведения, психологические установки, корректирующие их психоэмоциональное состояние (рис. 11).



Рис. 11. Психологический тренинг

Важной составляющей частью комплексной реабилитации детей с различными видами отклонений в развитии является логопедическая реабилитация: в санатории организованы групповые и индивидуальные занятия с логопедом детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Мероприятия по социокультурной реабилитации ребенка с проблемами здоровья включают в себя вовлечение детей в разнообразную деятельность. Досуговая сфера жизнедеятельности детей выполняет следующие функции: восстановление физических и духовных сил, развитие их способностей и интересов, свободное общение со значимыми для ребенка людьми. Полезный и разумный досуг обеспечивается направлениями: отдых, развлечение, самообразование.

Отдых восстанавливает физические и духовные силы ребенка созерцанием природы, размышлениями о жизни, физкультурой и чтением,

слушанием музыки. Развлечениями, дающими ребенку смену впечатлений, являются: просмотр художественных фильмов, концерты, театральные представления, соревнования, конкурсно-развлекательные программы, прогулки на свежем воздухе, дискотеки. Отдых и развлечения сочетаются у нас в праздниках (рис. 12).



Рис. 12. Олимпийские игры

Самообразование, вид досуга, направлено на приобщение детей к ценностям культуры. В ходе игры-путешествия, квеста, интеллектуальных викторин наши пациенты знакомятся с историей, шедеврами и памятниками мировой культуры; учатся работать в команде.

Творческие виды досуговой деятельности – самый высокий уровень досуга, так как именно он способствует созиданию. К данному виду досуга можно отнести конкурсы детского творчества: конкурс поделок, конкурс рисунка, причесок, костюмов, статуй, конкурс рекордов Гиннеса, мастер-классы. Организуются встречи с интересными людьми, экскурсии в музеи, просмотры спектаклей в театрах г. Рязани (рис.13).



Рис. 13. На поляне С.А. Есенина

С целью укрепления здоровья и реабилитации детей проводятся спортивные мероприятия и соревнования, занятия на тренажерном комплексе. С целью обучения жизненным навыкам и персональной сохранности детей в санатории создан социальный проект по оказанию неотложной помощи – клуб жизненных практик «Меддруг».

Эффективность лечебного процесса, а также закрепление лечебного результата по возвращению детей к обычному образу жизни обеспечивает школа на 150 мест, которая имеет государственную лицензию на осуществление образовательной деятельности с 1 по 8 класс и оказание услуг дополнительного образования (рис. 14).

Согласно здоровьесберегающим технологиям в течение учебного дня педагогами школы проводятся динамические паузы, способствующие активизации внимания, памяти, профилактике нарушений осанки и органов зрения, для снятия умственного и физического напряжения – флэшмобы. Для создания благоприятных условий всесторонней подготовки дошкольника к обучению в школе в санатории работает «Школа будущего первоклассника».

Для развития и восстановления статуса личности ребенка в санатории созданы детские объединения по интересам различного профиля – кружки: «Клуб путешественников», «Музыкальная карусель», «Театральные подмостки», «Умелые ручки», «Спорт и Я», «Веселый стадион», «Читательский клуб».

В качестве результатов реализации социокультурной реабилитации, можно отметить следующее: у детей расширяется кругозор и коммуникативное пространство, повышается творческий потенциал, формируется и поддерживается позитивное отношение к жизни, приобретаются новые знания, умения, социально значимые навыки и опыт.



Рис. 14. День знаний

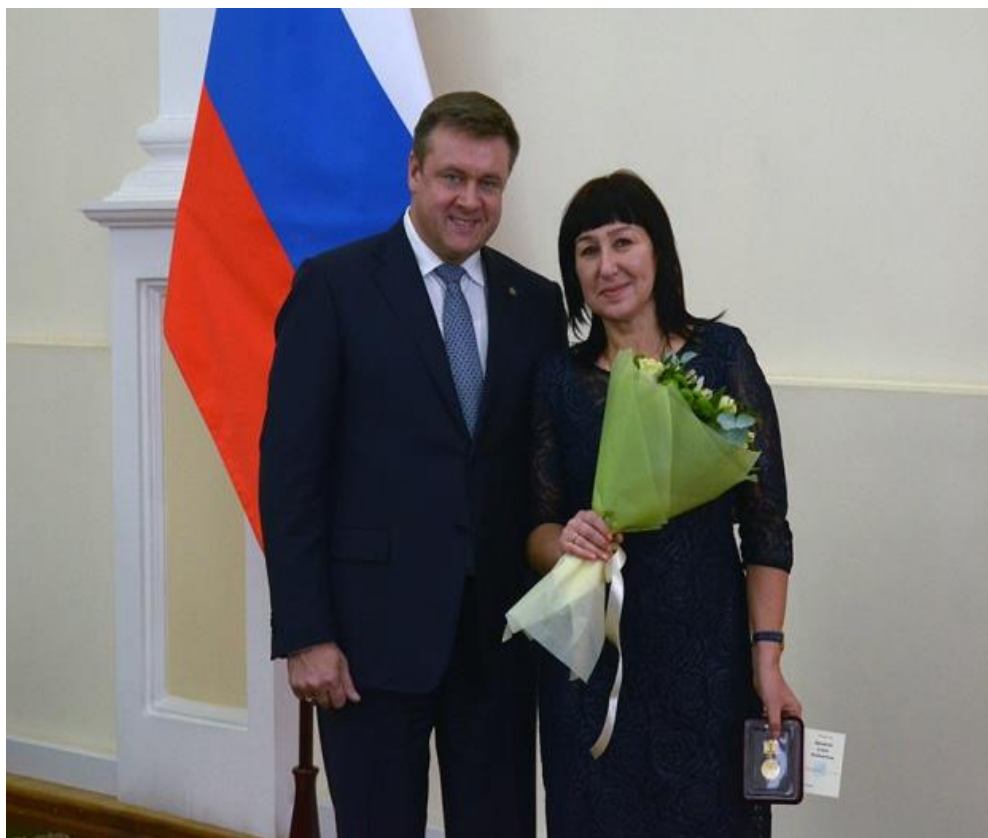


Рис. 15. Губернатор Рязанской области Н.В. Любимов вручает награду главному врачу санатория Е.В. Ермаковой, 2018 год

Наш санаторий, под руководством главного врача, кандидата медицинских наук Елены Викторовны Ермаковой, располагает опытными и квалифицированными кадрами, достаточным материально-техническим оснащением для оказания санаторно-курортного лечения детям, которые улучшат состояние здоровья ребенка во время пребывания в санатории и благотворно повлияют на качество его дальнейшей жизни (рис. 15).

Круглый год мы рады каждому ребенку!

ОЗДОРОВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ОГБУЗ «САНАТОРИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ С РОДИТЕЛЯМИ»

Кодатко Л.А., Маслов Г.И.

ОГБУЗ «Санаторий для детей с родителями», г. Белгород, Белгородская область

В статье представлены методы лечения детей дошкольного возраста с заболеваниями органов дыхания, нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной систем и опорно-двигательного аппарата, а также сведения о снижении заболеваемости и повышении эффективности оздоровления детей за 2018 год на 97%.

Ключевые слова: санаторное лечение, дети, климатотерапия, аппаратная физиотерапия.

ОГБУЗ «Санаторий для детей с родителями» расположен в сосновом бору, в живописном красочном месте, в 7 км от центра города, на берегу водоема. Такое расположение санатория способствует максимальному использованию основных факторов климатотерапии. В соответствии с Постановлением правительства Белгородской области за №16 от 28.01.2008 года ГУЗ «Областной детский санаторий» признан курортом регионального значения.

В течение последних лет в санатории наблюдается рост числа оздоравливаемых детей с сопровождающим лицом в 2,2 раза. Основная задача врачей санатория – активизировать функциональные резервы организма ребенка, широко используя при этом все естественные факторы для проведения первичной и вторичной профилактики заболеваний. Курс лечения в санатории составляет 21 день.

Основной контингент детей, поступивших в санаторий в 2018 году, как и предыдущие годы, составили дети с заболеваниями органов дыхания 936 человек (92,5%), среди них на 1 месте стоят часто болеющие дети, имеющие иммунодефицитные состояния - 507 человек (54,2%). На 2 месте рецидивирующий бронхит - 262 человека (28,0%); на 3 месте дети с хроническим тонзиллитом - 88 человек (9,4%).

Во вторую группу входят дети с заболеваниями нервной системы 32 человека (3,1%). В третью группу дети с заболеваниями опорно-двигательного аппарата - 29 человек (2,9%), а также с заболеваниями сердечно-сосудистой системы - 6 человек (0,6%), с заболеваниями органов пищеварения - 7 человек (0,7%), с патологией эндокринной системы - 2 человека (0,2%). За последние три года заболеваемость стабильна и состави-

ла в 2018 году - 101,8, а в 2017 году - 94,7 на 1000 детского населения. Инфекционная заболеваемость за последние два года составила - 4,9 %.

В санатории в комплекс мероприятий включены: режим, диетотерапия, климатотерапия, лечебная физкультура, массаж, физиотерапия, рефлексотерапия, гидротерапия, сауна, общеукрепляющая и медикаментозная терапия, спелеотерапия, комната психологической разгрузки. Одним из главных видов лечения является климатотерапия. Широко используются воздушные, солнечные ванны, купание в бассейне, закаливание. В зависимости от сезона года лечение и закаливание воздухом в здравнице предполагает широкий спектр воздействия на организм человека климатических условий от щадящих (слабых) до выраженных, тренирующих (сильных).

Летний период, с мая по сентябрь, следует считать лучшим сезоном для проведения климатолечения. В этот период проведение общей аэротерапии возможно в 160-180 днях. Воздушные ванны проводятся с апреля по октябрь - около 140 дней за сезон. Гелиотерапия лимитируется солнечной погодой, проводится в течение 110-120 дней. Купальный сезон в открытом водоеме (температура воды 22-23°C) равен 52 дням.

Зимний период (ноябрь-март) характеризуется тренирующим воздействием биоклимата на организм человека. Основными видами зимнего климатолечения являются: лыжи, дозированные прогулки, спортивные игры. Закаливание позволяет укрепить здоровье детей и приучить их к здоровому образу жизни. В процессе закаливания дети младшего школьного возраста формируют особые навыки и умения, воспитываются физически и духовно.

Процедуры способствуют увеличению внутренних резервов ребенка, воспитанию силы воли и упорства. Закаливание организма – это система процедур, способствующих повышению сопротивляемости организма неблагоприятным воздействиям внешней среды, выработке условно-рефлекторных реакций терморегуляции, с целью её совершенствования. При закаливании вырабатывают устойчивость организма к охлаждению и тем самым к так называемым простудным и некоторым другим заболеваниям. Мы используем схему закаливания, которую предложил Лаптев А.П., специалист спорта и гигиены физической культуры в своей работе «Закаливайтесь на здоровье». Воздушные ванны необходимо принимать круглый год.

В санатории используются все основные формы лечебной физкультуры: лечебная и гигиеническая гимнастика, терренкуры, подвижные игры, туризм, экскурсии, в зимнее время – лыжные прогулки. Занятия ЛФК проводятся в залах, оснащенных специфическим оборудованием (бассейна сухого плавания, гимнастических мячей, тренажеров, физиотерапевтических болл, батутов и др.), внедрены новые лечебные методики при заболеваниях: бронхиальной астме, сахарном диабете, гастроэнтерологической, опорно-двигательной и неврологической патологии (рис. 1).



Рис. 1. Занятия в зале лечебной физкультуры



С 1999 года внедрен метод биологической обратной связи на аппаратах: «Миотоник», «Кардиосигнализатор» для лечения детей с ВПС, бронхиальной астмой (рис. 2). Данная методика позволяет достичь длительной ремиссии, урежает число и длительность приступов, улучшает состояние сердечной мышцы, что приводит к улучшению состояния детей, оперированных по поводу ВПС.

Рис. 2. Процедура в кабинете БОС

Открытие бассейна с 2000 года и с 2002 года – сауны позволило повысить эффективность оздоровления детей с заболеваниями органов дыхания, опорно-двигательного аппарата до 96,0% (рис. 3). Одним из методов реабилитации в санатории является аппаратная физиотерапия, включающая: электролечение (гальванизация; лекарственный электрофорез; электросон; диадинамотерапия; амплипульстерапия; электростимуляция; дарсонвализация; ультратонтерапия; ультравысоко частотная терапия; микроволновая терапия; магнитотерапия; ультразвуковая терапия с фитогелями). Приобретенная светохромно-лазерная установка, «Спектр-ЛЦ», успешно используется для пунктурной физиотерапии при различной патологии.



Рис. 3. Занятие ЛФК в бассейне

В 2006 году открыт кабинет спелеотерапии, который широко используется при заболеваниях органов дыхания (рис. 4). Работает кабинет теплотечения: парафинотерапия, озокеритотерапия. Разработанные методики для детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, ДЦП, имеют высокую эффективность, внедрена глинолечение.



Рис. 4. Спелеотерапия

В 2001 году открытие ванного зала позволило внедрить лечебные ванны: хлоридно-натриевые ванны с ароматизированными добавками, хвойные, жемчужные, вихревые, с 2004 года - ванна подводного вихревого массажа Губерта, с 2007 года - сухая углекислая ванна, с 2012 года - вихревая ванна «Каскад» для нижних конечностей.

Открыт кабинет рефлексотерапии, где используется: корпоральная, аурикулярная, миллиметровая рефлексотерапия, точечный, линейный массаж, ЦЗЮ – терапия (применение полынной сигары), лазеропунктуры, фотохромопунктуры. Разработана и внедрена методика фармакопунктуры – введение лекарственных средств в биологически-активную точку.

Все выше перечисленное лечение позволяет иметь высокую для данного возраста детей эффективность оздоровления - она составила в 2018 году - 97% от всех оздоровленных детей, в том числе с выраженным оздоровительным эффектом 949 человек - 96,6%.

Организованы досуговые мероприятия: театрализованные представления, литературные вечера, библиотека, сказкотерапия. Создана площадка для проведения гелиотерапии, проводятся душевные, радостные встречи у костра. Таким образом, у детей Белгородской области имеется уникальная возможность для санаторно-курортного лечения в условиях своего региона.

Литература

1. Антонов Ю.Е., Кузнецова М.Н., Саулина Т.Ф. Здоровый дошкольник социально-оздоровительная технология 21 века. М., 2003. 70 с.
2. Егоров Б.Б. Основные принципы оздоровительно-воспитательной работы в детском саду (по системе Ю.Ф. Змановского). М., 2006. 267 с.
3. Аронова Е.Ю., Хашабова К.А. Здоровый образ жизни. Режим закаливания. Игры и упражнения. М., 2007. 53с.
4. Макаров В.А. Физиология закаливания. М., 2002. 187 с.
5. ФГУ Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии. Медико-климатическое заключение по территории ОГУЗ «Детский санаторий» Белгородская область. 2010. 4-5 с.

Контактная информация:

*Маслов Геннадий Иванович – главный врач санатория. Моб.: 84722274520
Кодатко Лариса Анатольевна - заместитель главного врача по медицинской части. Моб.: 89103615107. E-mail: belsan280@yandex.ru.*

СОСТОЯНИЕ ДЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Кукушкина И.П., Кирякина Е.С.

Министерство здравоохранения Рязанской области

В целях совершенствования оказания медицинской помощи детскому населению и снижения младенческой и детской смертности в Рязанской области приказом министерства здравоохранения от 23 марта 2017 г. № 428 был утвержден Регламент оказания педиатрической помощи, который определил трехуровневую систему оказания медицинской помощи детям, позволил повысить качество оказания медицинской помощи и улучшить преемственность между медицинскими организациями Рязанской области.

Амбулаторно-поликлиническая помощь детскому населению осуществляется участковыми врачами-педиатрами в детских консультациях и фельдшерами ФАПов в 21 районе области, в г. Рязани – в 5 самостоятельных детских поликлиниках и в консультативно-диагностическом центре ГБУ РО «Областная детская клиническая больница им. Н.В. Дмитриевой».

Стационарная помощь детскому населению оказывается в ГБУ РО «Областная детская клиническая больница имени Н.В. Дмитриевой» и других областных медицинских организациях. Обеспеченность круглосуточными педиатрическими койками составляет 16,4 на 10000 детского населения, обеспеченность круглосуточными специализированными койками – 39,0 на 10000 детского населения.

Обследование детей начинается с самого рождения проведением неонатального скрининга. В 2018 году при индикаторном показателе неонатального скрининга 95% обследовано 99,6% детей. Проведение неонатального скрининга в Рязанской области позволило выявить у 7 детей редкие и наследственные заболевания и своевременно начать их лечение.

В 2018 году аудиологический скрининг при индикаторном показателе 95% проведен 98,5% детям. Нарушение слуха выявлено у 9 детей, проведена кохлеарная имплантация 7 детям, в том числе 3 детям в возрасте до 3-х лет.

В 2018 году в Рязанской области были проведены профилактические осмотры 182025 детей, к 1 группе здоровья отнесены 24,9% детей, ко 2 – 60,2%, имели хронические заболевания – 14,9% детей.

Распределение детей по группам здоровья по данным медосмотров в 2017 и 2018 годах.

Группы здоровья	2017 г.	2018 г.
1 группа	21,8%	24,9%
2 группа	62%	60,2%
3 группа	14,3%	13%
4 группа	0,6%	0,4%
5 группа	1,3%	1,5%

В рамках исполнения Приказов Минздрава РФ № 72н и 216н проводилась диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, осмотрено в 2018 году 4078 детей (2560 пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и 1507 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью). Проведение диспансеризации детей позволило своевременно выявить у них патологию и направить на лечение, в том числе в федеральные учреждения.

Комплекс мероприятий по проведению профилактических осмотров, диспансеризации, а также пропаганде здорового образа жизни позволил снизить в 2018 году заболеваемость детей до 14 лет болезнями органов пищеварения, нервной, эндокринной системы, органов зрения и слуха, врожденной патологии, у подростков – снизить заболеваемость органов кровообращения, пищеварения, костно-мышечной, эндокринной, мочевыделительной системы, органов слуха, новообразований.

Показатель инвалидности у детей в Рязанской области составил в 2018 г. 188,3 на 10000 детского населения, в регионе всего 3706 детей-инвалидов. Анализ причин инвалидности среди детей в возрасте от 0 до 17 лет показал, что ведущими являются психические расстройства и расстройства поведения (39,0%), на втором месте находятся болезни нервной системы (17,2%), на третьем месте – врождённые аномалии (14,5%). Среди причин инвалидности детей от 0 до 4 лет жизни на первом месте стоят врождённые аномалии (36,3%), на втором месте болезни нервной системы (26,5%), на третьем месте болезни уха и сосцевидного отростка (9,0%).

В 2018 г. продолжал эффективно работать в ГБУ РО Рязанский дом ребенка по программам и принципам ранней помощи «Центр комплексной реабилитации детей раннего возраста от 0 до 4 лет с особенностями в развитии». За время работы Центра более 260 семей получили индивидуальную консультативную помощь, 244 семьи регулярно наблюдаются и получают помощь специалистов Центра, 5 детей-инвалидов и 3 детей с ОВЗ вернулись в родную семью, 2 ребёнка с ОВЗ переданы в приёмную семью.

Амбулаторная стоматологическая помощь детям-инвалидам организована на базе детской стоматологической поликлиники № 1, стационарная - в ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой. В 2018 г. 1968 детей-инвалидов получили лекарственные препараты по 8780 рецептам на сумму 39625,1 тыс. рублей за счет средств федерального бюджета, за счет средств областного бюджета детям отпущено лекарственных препаратов по 14400 рецептам на сумму 30425,6 тыс. рублей.

Организовано оказание паллиативной помощи детям на базе ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой» как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. В 2019 году планируется организация 2 паллиативных коек для детей на базе ГБУ РО Рязанский дом ребенка.

В Рязанской области разработан план снижения младенческой смертности. В 2018 году умерло 49 детей, в 2017 г. – 51. Но в связи со снижением числа родившихся детей в Рязанской области в 2018 году по сравнению с 2017 г. на 778, отмечалось некоторое повышение показателя младенческой смертности в 2018 году - 4,7 на 1000 родившихся живыми (в 2017 г. – 4,5). В РФ в 2018 году показатель младенческой смертности составил 5,1, в ЦФО – 4,7 на 1000 родившихся живыми.

Рождаемость и смертность в Рязанской области

Показатель	2016	2017	2018
Родилось живыми.	12801	11031	10253
в сравнении с предыдущим годом.	+168	-1770	-778
Младенческая смертность (абс. / на 1000 живорождённых).	58 (4,5)	51 (4,5)	49 (4,7)
Детская смертность от 0 до 4 лет (абс. / на 1000 живорождённых).	65 (5,1)	65 (5,9)	61 (5,9)
Детская смертность от 0 до 17 лет (абс. / на 100000 детского населения).	103 (54)	101 (51,7)	93 (47,3)

Таким образом, за 3 года отмечается снижение числа умерших детей во всех возрастных периодах. Однако в связи с резким снижением рождаемости в Рязанской области в 2017 и 2018 году, показатель младенческой смертности повысился на 0,2 на 1000 родившихся живыми в 2018 году, а показатель смертности детей в возрасте от 0 до 4 лет остался в 2018 году на прежнем уровне.

С целью снижения младенческой смертности в Рязанской области до 3,7 на 1000 родившихся живыми до 2024 года путем совершенствования оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям, повышения доступности и качества медицинской помощи на всех этапах ее оказания, а также профилактики первичной заболеваемости разработан региональный национальный проект «Развитие

детского здравоохранения Рязанской области, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям».

Региональный проект Развитие детского здравоохранения с 2019 по 2014 год включает комплекс мероприятий по снижению младенческой и детской смертности, повышение доли посещений детьми медицинских организаций с профилактической целью, повышение доли взятых под диспансерное наблюдение детей до 90% с болезнями костно-мышечной системы, болезней глаз, органов пищеварения, кровообращения, эндокринной системы.

Региональный проект и государственная программа Рязанской области «Развитие здравоохранения на 2015- 2020 годы» направлены на совершенствование оказания амбулаторно-поликлинической помощи детям, развитие детских поликлиник и поликлинических отделений, оснащение их современным оборудованием, проведение в них организационно-планировочных решений и организации работы в рамках проекта «Бережливая поликлиника». Региональным проектом предусмотрено:

- развитие ранней диагностики заболеваний органов репродуктивной сферы у детей в возрасте 15-17 лет: увеличение охвата профилактическими осмотрами девочек подростков в возрасте 15-17 лет врачами акушерами-гинекологами и юношей в возрасте 15-17 лет врачами детскими урологами-андрологами;
- повышение качества и доступности специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи детям в стационарных условиях, проведение текущего ремонта детских отделений медицинских организаций Рязанской области;
- повышение квалификации медицинских работников в области перинатологии, неонатологии и педиатрии в симуляционных центрах;
- развитие материально-технической базы медицинских организаций, оказывающих помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде и новорожденным, а также приобретение медицинского оборудования и лекарственных средств учреждениями родовспоможения (женскими консультациями, родильными домами, перинатальными центрами и др.) за счет средств родовых сертификатов;
- развитие профилактического направления в педиатрии.

Региональный проект «Развитие детского здравоохранения Рязанской области, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», согласован с МЗ РФ. Таким образом, охрана здоровья детей – одна из приоритетных задач министерства здравоохранения Рязанской области.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДЕТСКОГО САНАТОРИЯ

Баранова М.А., Ермакова Е.В.

ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина», г. Рязань

Медицинская сестра должна иметь квалификацию тройкого рода: научную - для понимания болезни, сердечную - для понимания больного, техническую - для ухода за больным.
Флоренс Найтингейл.

Детский санаторий является специализированным лечебно-профилактическим учреждением, осуществляющим санаторно-курортное лечение и оздоровление детей. В тоже время это медико-педагогическое учреждение, в котором лечебный процесс осуществляется в тесной взаимосвязи с воспитательно-образовательным процессом. До недавнего времени приоритет в вопросах повышения качества медицинской помощи отдавался только врачебным службам. Однако, важным направлением является совершенствование качества сестринской деятельности, так как врачебное и сестринское дело - взаимосвязанные процессы медицинской помощи. Медицинские сестры отделений строго соблюдают заповеди педиатра: «Относись к ребенку и его родителям так, как бы ты хотел, чтобы относились к тебе и твоим детям в дни здоровья и часы болезни». На всех этапах пребывания ребенка в санатории с ним работают медицинские сестры и от их мотивации, компетенции, знаний, навыков, соблюдения медицинской этики во многом зависит качество медицинской помощи детям. Сестринский процесс в санатории строится в соответствии с профессиональными стандартами и «этическим кодексом медицинской сестры»

При общении медсестры детского санатория с ребенком можно выделить 3 этапа: 1 - знакомство, 2 – этап - довольно длительного общения и 3 - расставания. Первый день пребывания ребенка в санатории является для него самым трудным, поэтому встретить его надо приветливо и доброжелательно, чтобы у ребенка не было чувства заброшенности и покинутости. Вновь поступившего ребенка необходимо ознакомить с распорядком дня, проследить, чтобы дети в отделении приняли его приветливо и пригласили принять участие в мероприятиях. Продуктивный стиль общения с детьми, умение владеть техникой психологической работы с пациентами уже сами по себе могут оказывать исцеляющее действие. Психологический аспект в работе медицинских сестер заключается в умении подойти к каждому ребенку, найти ключ к его личности, создать контакт с ним, проявляя при этом свои лучшие качества: профессионализм, гума-

низм, милосердие, умение сопереживать. Родители должны чувствовать соучастие медицинской сестры, разделяющей с ними тревогу о ребенке, когда она, не считаясь со временем, отдает ребенку частицу своего сердца, свое душевное волнение, доброту своих рук.

Сестринское наблюдение за детьми осуществляется круглосуточно. Главной обязанностью медицинской сестры является четкое выполнение врачебных назначений, внимательное наблюдение за состоянием ребёнка и немедленное сообщение врачу о возникших отклонениях.

Высокое качество обслуживания возможно лишь тогда, когда обслуживающий персонал имеет высокую квалификацию. В санатории работают 35 медицинских сестер. Все они имеют сертификаты по различным специальностям: массажу, физиотерапии, сестринскому делу в педиатрии, лабораторной диагностике, диетологии, функциональной диагностике и др. У 22 медсестер высшая квалификационная категория, у 7 - первая категория. Высокий профессиональный уровень качества медицинской помощи может сохраняться при хорошо функционирующей системе обучения, наличия профессиональной практики, контроля за проведением медицинских мероприятий и за деятельностью персонала.

Медицинские сестры постоянно повышает профессиональный уровень, активно внедряя в практику полученные знания. Составлен график проведения профессиональной переподготовки и усовершенствования среднего медперсонала, освоения смежных специальностей. А также повышение профессионального уровня персонала путем обучения и стажировки в других санаториях, в том числе, обмен опытом. В целях оптимизации работы медицинского персонала санатория проводятся:

- Дни открытых дверей для ознакомления населения с лечебной базой санатория, методиками оздоровления детей.
- Конкурсы профессионального мастерства для повышения теоретических и практических знаний среднего медицинского персонала, возможности обмениваться опытом.
- Мастер-классы для отдыхающих детей в санатории и сотрудников.
- Ежемесячные семинары и конференции для медицинских сестер для повышения профессионального уровня.

Необходимо использовать сестринский потенциал как возможный резерв для создания адекватной организации медицинской помощи. Для предотвращения синдрома «профессионального выгорания» медсестер в санатории проводятся психологические тренинги, профессиональные конкурсы, корпоративные вечера отдыха, разработана система мотивации материального стимулирования сотрудников по качеству и напряженности труда.

С целью наполняемости санатория и повышения престижа учреждения, медицинские работники санатория работают в тесном контакте с поликлиниками, стационарами, социальными службами (приюты, интернаты). Медицинские сестры санатория выступают с презентациями на родительских собраниях в школах и детских садах. Регулярно проводятся встречи с родителями, выслушиваются их предложения и пожелания. Помимо общих собраний проводятся индивидуальные встречи для того, чтобы более полно понять особенности заболевания каждого конкретного пациента.

В основе формирования качественного уровня сестринской помощи санатория лежат: совершенствование профессиональной подготовки, развитие научных исследований в области сестринского дела, внедрение инновационных технологий в сестринский процесс, разработка критериев оценки качества работы и усиления мотивации сестринского персонала. На основе проведенного исследования и анализа результатов нами разработаны следующие предложения.

Для улучшения координации работы среднего медицинского персонала, строгого ведения документации и уменьшения количества бумажной работы рекомендуется введение компьютерных технологий учета и документооборота. При этом требуется провести обучение персонала работе с компьютерной техникой.

Для повышения качества медицинской помощи средним медицинским персоналом необходимо постоянно обновлять материально-техническую базу санатория, укомплектовать пост медсестры современным оборудованием. Очень важно создавать сестринскому персоналу условия для освоения смежных специальностей. Это обеспечивает взаимозаменяемость специалистов и повышает их уровень образованности.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ В ДЕТСКОМ САНАТОРИИ

Гончарова Н.С., Ермакова Е.В.

ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина», г. Рязань

В условиях детского санатория одним из ведущих лечебных факторов в комплексе восстановительной терапии является диетическое питание, которое естественным путем позволяет целенаправленно воздействовать на существующие нарушения метаболизма, ускорять репаративные процессы в тканях, улучшать функций различных органов и систем. Согласно приказа №330 Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5.08.2003 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» мы пользуемся номенклатурой диет включая пять базовых вариантов.

1. ОВД – основной вариант стандартной диеты
2. ЩД – щадящая диета
3. НКД – низкокалорийной диета
4. ВБД – высоко белковая диета
5. ГА – гипоаллергенная диета.

Диета назначается в зависимости от заболеваний по поводу которых дети получают санаторно-курортное лечение. Оптимизация питания за счет внедрения указанных диет на санаторно-курортном этапе детей с различными видами хронической патологии позволит обеспечить их всеми необходимыми пищевыми веществами, эссенциальными факторами питания и будет способствовать эффективной коррекции имеющихся нарушений и восстановления здоровья ребенка, его гармоничному развитию, профилактики возможных обострений хронических болезней, нормализации нутритивного статуса, повышению сопротивляемости организма различным повреждающим фактором внешней среды, восполнению повышенных энергетических затрат организма в связи с длительным пребыванием на воздухе, занятиями ЛФК. Обслуживание детей в санатории проводится по нескольким вариантам.

1. Обслуживание по заказному меню.
2. Обслуживание по системе «Шведский стол»
3. Комплексное питание.

При организации питания детей необходимо проведение самой тщательной разъяснительной работы по вопросу здорового питания. Опыт работы показывает, что при заказном меню и при системе питания «Шведский стол» подход к выбору продуктов и блюд слишком демократичен и не всегда соответствуют здоровым традициям. Тем самым нарушается основное правило современной диетологии – обеспечение организма полно-

ценным и сбалансированным питанием. Это приводит к тому, что дети заказывают или выбирают блюда неравнозначные по своей пищевой и энергетической ценности. Необходимо отметить, что только полноценное по качеству и количеству питание определяет нормальное интеллектуальное и физическое развитие ребенка, а это значит, что в суточном рационе должны присутствовать все группы пищевых веществ. Питание детей в нашем санатории определяется следующими принципами:

1. Строгое соблюдение норм питания согласно возрасту ребенка.
2. Соблюдение режима питания ребенка.
3. Грамотное составление сбалансированного меню с наличием технологических и технико-технологических карт.
4. Ежедекадный подсчет пищевой и энергетической ценности суточного рациона с целью контроля над выполнением сбалансированности питания детей.
5. Своевременное ведение документации при назначении лечебного питания с регистрацией данных состояния ребенка в динамике.
6. Своевременное обучение медицинского персонала – медицинских сестер, врачей по диетпитанию
7. Обеспечение безопасности питания, которое включает: контроль за поставками продукции с ограничением, а по возможности, исключением импорта, химических пищевых добавок и генетически модифицированных продуктов; правильную организацию работы пищеблока согласно требованиям СанПиН; строгий контроль за технологией приготовления детских и диетических блюд.
8. Соблюдение среднесуточных норм для детей по возрастам согласно приказу № 330 Минздрава РФ от 05.08.2003 года.

Режим питания – прием пищи через определенные промежутки времени, что благотворно влияет на функционирование пищеварительного тракта. У наших детей 6-ти разовое питание:

Первый завтрак в 8:30

Второй завтрак в 10:30

Обед в 13:00

Полдник в 16:00

Ужин в 18:00

Второй ужин в 20:00.

Питание должно соответствовать физиологическим и возрастным нормам, как в количественном, так и в качественном соотношении. Питание детей в нашем санатории дифференцируется по возрастным группам с 1 – 3 лет, с 4 – 6 лет, 7 – 10 лет, 11 – 17 лет. Питательные вещества (белки, жиры, углеводы), поступающие в организм находятся в определенном соотношении между собой – 1:1:4.

Белки – в рационе наших детей занимает одно из первых мест. Причем, полноценные высококачественные белки животного происхождения (мясо, рыба, яйцо, творог и т. д.) - являются важнейшими стимуляторами энергетических и пластических процессов и составляют в рационе детей 75%. Белки вводятся с каждым основным приемом пищи 3 раза в день.

Жиры – являются самым простым средством калорийного обогащения рациона – источником энергии. Для улучшения пищеварения жиры вводятся предпочтительно легкоплавкие (сливочное масло, сметана, творог, сыр). Растительные масла являются источником полиненасыщенных жирных кислот.

Углеводы – так же играют важную роль в питании детей. Они обеспечивают покрытие энергетических расходов организм ребенка. Углеводов много в хлебе, крупах, картофеле, овощах, фруктах и ягодах.

Микроэлементы и витамины – повышают защитные силы организма ребенка. Они находятся в разнообразных продуктах животного и растительного происхождения. Эти вещества играют в организме роль биокатализаторов, влияют на нормальную жизнедеятельность организма. Витамины группы В, С, А, D и другие. Источниками их являются свежие фрукты, овощи, бобовые, крупы, яйцо, мясо, печень, сельдь, молоко, сливочное масло.

Молочнокислые продукты – кефир, ряженка, молоко, сметана и т. д. занимают важное место в рационе наших детей. Эти продукты содержат полноценные белки, жиры, минеральные соли. Кроме того, они действуют на кишечную флору, содействуют ее оздоровлению и уменьшению гнилостных и бродильных процессов.

Овощи и фрукты – широко внедрены в питание, что обеспечивает удовлетворение потребности детей в витаминах, ферментах, минеральных солях. Наши дети получают овощи в виде салатов, блюд овощных, что обеспечивает улучшение моторики кишечника.

Возрастная дотация основных нутриентов

Возраст	Белки (г)	Жиры (г)	Углеводы (г)	Ккал
1-3	53	53	185	1465
4-6	70	70	270	2000
7-10	79	79	335	2350
11-17	90	92	383	2712

Липотропные вещества (творог, крупы: гречневые, овсяные, рыба) – являются необходимыми и входят в рацион детского питания. Для того чтобы компенсировать энергетические потери суточный рацион детей в санатории повышен на 15-20% по сравнению с возрастной нормой питания ребенка. 30% рациона выполняется за счет белков, за счет жиров 30%,

за счет углеводов 40%. В рацион наших детей достаточное количество входит мясо, рыба, молочные продукты, овощи, крупы, фрукты. Пища, богатая белками повышает иммунную резистентность организма.

Рекомендуемая калорийность пищи по отдельным приемам

Прием пищи	Калорийность от общего рациона	Прием пищи	Калорийность от общего рациона
завтрак	20%	полдник	7%
2 завтрак	8%	ужин	20%
обед	40%	2 ужин	5%

Диетическое питание в детском санатории способствует более интенсивному лечебному действию природно-климатических факторов на организм ребёнка и скорейшей его реабилитации.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ МЕСТНОГО САНАТОРИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Житникова Л.И., Ермакова Е.В.
ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина», г. Рязань

В статье представлены результаты реабилитации детей с бронхиальной астмой в местном санатории в зависимости от сезона и формы заболевания.

Ключевые слова: бронхиальная астма, реабилитация, дети, местный санаторий.

Проблема реабилитации больных бронхиальной астмой, становится одной из самых значимых в педиатрии. Это заболевание, начавшись в детском возрасте (по последним данным 15% детского населения планеты страдает бронхиальной астмой, и заболеваемость продолжает расти) может прогрессировать, становясь причиной инвалидности. Устойчивая ремиссия достигается только под влиянием адекватной патогенетической терапии, цель которой сохранить контроль над астмой при наименьшем объеме базисной медикаментозной терапии. Главные направления в лечении больных бронхиальной астмой известны. В санатории они дополняются специальными мероприятиями, направленными на ликвидацию или уменьшение выраженности аллергических проявлений, восстановление или улучшение нарушенной функции дыхания, тренировку адаптационных механизмов организма, повышение его общей резистентности.

Показанием к санаторно-курортному лечению являются бронхиальная астма в фазе ремиссии или с нечастыми легкими приступами. Противопоказанием - течение с часто повторяющимися тяжелыми приступами и приступами средней тяжести на фоне гормональной терапии.

На санаторном этапе мы широко используем климатотерапию: длительное пребывание на открытом воздухе, продолжительные прогулки. Чистота и ионизация воздуха, сниженное количество аллергенов, умеренная влажность воздуха создают благоприятный фон для улучшения функции бронхолегочной системы. Воздушные ванны, гелиотерапия способствуют закаливанию и оказывают гипосенсибилизирующее действие. Применяем также аппаратную физиотерапию: высокочастотную терапию, магнитотерапию, лазеротерапию, галотерапию, электрофорез с целью уменьшения обструкции бронхов, гипосенсибилизации, рассасывания остатков воспаления.

В лечебной физкультуре применяем статические и динамические упражнения, лечебную дыхательную гимнастику, терренкур. ЛФК, все виды массажа стали неотъемлемой частью терапии, реабилитации и профилактики обострений бронхиальной астмы. Все эти мероприятия оказывают неспецифическое воздействие на организм ребенка, устраняют патологические сдвиги в работе кардиореспираторной системы, повышают функциональные возможности растущего организма. С целью повышения устойчивости к метеорологическим колебаниям, занятия ЛФК проводятся на открытом воздухе в течение всего года. Кроме того, используются ходьба, бег, подвижные игры.

Доказано, что на эффективность лечения влияют сезон, а также форма бронхиальной астмы. Наибольший эффект дает курортное лечение атопической формы осенью, а наименьший летом. При инфекционно-аллергической форме наиболее результативным лечение оказывается летом, а наименее эффективным весной. Поэтому при планировании реабилитационных мероприятий для детей больных бронхиальной астмой в нашей санатории учитывается сезон, контрастность метеоусловий и пора цветения.

За 2017-2018 гг. на базе санатория прошло оздоровительное лечение 88 детей с бронхиальной астмой, из них 57 (65%) с атопической формой и 31 (35%) с инфекционно-аллергической. Результаты оздоровления по сезонам и формам заболевания представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1

Эффективность оздоровления пациентов с атопической бронхиальной астмой по сезонам.

Сезон	Количество детей	Эффективность оздоровления		
		улучшение	без перемен	ухудшение
Зима	9 (16%)	9	0	0
Весна	5 (9%)	2	3	0
Лето	11 (19%)	2	4	5
Осень	32 (56%)	32	0	0

Из 32 детей с атопической астмой прошедших реабилитацию осенью, у всех достигнут выраженный оздоровительный эффект и только у двоих из 11 детей находившихся в санатории летом.

Эффективность оздоровления пациентов с инфекционно-аллергической бронхиальной астмой по сезонам.

Сезон	Количество детей абс. (%)	Эффективность оздоровления		
		улучшение	без перемен	ухудшение
Зима	1 (3,2%)	0	0	1
Весна	3 (9,7%)	0	1	2
Лето	20 (64,5%)	20	2	0
Осень	5 (22,6%)	3	2	0

Из 22 детей с инфекционно-аллергической бронхиальной астмой, прошедших реабилитацию летом, выраженный оздоровительный эффект отмечен у 20 (91%). Дети, поступившие в санаторий весной, не имели улучшения состояния.

Таким образом, наши наблюдения подтверждают, что на эффективность оздоровления детей с различными формами бронхиальной астмы влияет сезон проведения санаторно-курортного лечения. Оптимальным временем года для санаторно-курортного лечения детей с атопической астмой является осень, для инфекционно-аллергической – лето.

Санаторное лечение является одним из важных этапов в общей системе укрепления здоровья детей. Основной принцип оздоровительного лечения - индивидуализация врачебных назначений с учетом особенностей реактивности ребенка, течения болезни, предшествующей терапии, позволяющий целесообразно сочетать климатотерапию, физиотерапию, лечебную физкультуру, массаж и другие виды специального лечения.

Литература

1. Палеев Н.Р. Современные проблемы бронхиальной астмы и подходы к лечению. Материалы III Международного конгресса «Восстановительная медицина и реабилитация» 20 сентября 2006 г., Москва.
2. Малявин А.Г. Респираторная медицинская реабилитация. Практическое руководство для врачей. М: Практическая медицина.
3. Сергеев В.А. К вопросу о комплексной реабилитации детей, страдающих бронхиальной астмой. Материалы II Международного конгресса «Восстановительная медицина и реабилитация». Москва, 2005.
4. «Курортология и физиотерапия» в 2-х томах под ред. проф. В.М. Боголюбова, Москва, 1985.
5. Справочник по климатотерапии. Киев «Здоровье», 1989 г.
6. И.С. Смян, Т.В. Караченцева «Детская курортология», Киев, 1985.

7. М.Е. Аронский «Природные лечебные факторы и биологические ритмы, Москва, «Медицина» 1988 г.
8. А.Н. Обросов, Т.В. Караченцева Руководство по физиотерапии и физиопрофилактике детских заболеваний. М., «Медицина» 1988.
9. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» Второе издание. Москва, Издательский дом «Русский врач», 2006.
10. А.В. Червинская. Искусственный микроклимат соляных пещер в практике санаторно-курортных и оздоровительных учреждений. Курортные ведомости, 2002 №1.

ВОКАЛОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ НА УРОКАХ МУЗЫКИ В ДЕТСКОМ САНАТОРИИ

Гурьянова С.В.

ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина», г. Рязань

Идея оптимального сочетания лечения, обучения и воспитания легла в основу внедрения инновационных технологий в образовательную систему детского санатория для школьников. В условиях лечебно-оздоровительного учреждения с краткосрочным пребыванием пациентов, где постоянно сменяется детский коллектив, интеграция лечебных мероприятий и полноценного учебно-воспитательного процесса доказывает эффективность лечебно-оздоровительного процесса и напрямую зависит от того, насколько комфортно чувствует себя ребенок. Социально-педагогическая и психологическая реабилитация не только благоприятствует медицинской реабилитации, но и сама становится пусковым механизмом коррекции физического здоровья ребёнка. Как же можно улучшить здоровье школьников во время учебы? Это стало возможным благодаря внедрению здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс. И таким флагманом в школе санатория стали уроки музыки, на которых была апробирована авторская технология музыкального развития детей с ослабленной дыхательной системой.

Урок музыки сам по себе – здоровьесберегающая технология. Особенностью урока музыки является организация разнообразных видов музыкальной деятельности школьников, где одной из основных задач становится снятие нервно-психических перегрузок, восстановление положительного эмоционально – энергетического тонуса учащихся, создание условий для коррекции и сохранения здоровья учащихся. На уроках музыки здоровьесберегающая технология реализуется посредством методик арт-терапии: музыкотерапия, вокалотерапия, ритмотерапия, фольклорная арттерапия, улыбкаотерапия, изотерапия.

Основополагающим направлением является вокалотерапия – лечение пением. Голос – это своеобразный индикатор здоровья человека. Обладатели сильного голоса, как правило, имеют крепкое здоровье. В процессе пения – сольного или хорового – укрепляется певческий аппарат, положение тела во время пения (певческая установка) способствует воспитанию хорошей осанки. В голосообразовании участвует ряд органов: орган слуха с его тонким устройством, сложная система голосового аппарата, органы дыхания. Они составляют одно целое, один комплекс, их деятельность строго согласована и подчинена центральной нервной системе. Петь полезно в любом случае, даже если нет ни слуха, ни голоса. Это отличное средство для снятия внутреннего напряжения и для самовыражения.

Воздействие пения на человека еще в древности использовалось у многих народов для борьбы с самыми разнообразными недугами (наши далекие предки интуитивно угадывали наличие в пении огромной оздоровительной силы, но не умели научно объяснить этот феномен). К примеру, в Древнем Египте с помощью хорового пения лечили от бессонницы. В Древней Греции Аристотель и Пифагор рекомендовали пение при лечении душевных болезней. На Руси славяне считали, что поет в человеке сама ДУША и пение – это ее естественное состояние. В настоящее время, в медицине и педагогике разработкой вопросов, связанных с методом вокалотерапии, занимаются такие специалисты, как С.В. Шушарджан, В.П. Морозов, В.Б. Полякова, Е.В. Макаров и др. По мнению президента Международной Академии интегративной медицины, руководителя научно-исследовательского Центра музыкальной терапии и медико-акустических технологий С.В. Шушарджана музыковокалотерапия является новым методом, который позволяет открывать резервные возможности человека, достигая гармонии между психической и соматической сторонами личности. Его исследования показали, что музыковокалотерапия положительно воздействует на психо-эмоциональную сферу человека. В основе музыковокалотерапии «лежит использование особой системы активного вокального тренинга в сочетании с музыкой», основанное на принципах классического пения [13]. Тренинг состоит из специальных упражнений, которые осуществляют биоакустическую стимуляцию жизненно важных органов, и упражнений, повышающих адаптационные и интеллектуально-эстетические способности человека. Отсюда следует, что процесс пения является оздоровительным осознанно-эмоциональным процессом. Поэтому, имея в виду оздоравливающее действие пения на человека, используют термин не «музыковокалотерапия», а «вокалотерапия».

Пение активизирует в человеке энергетические центры, которые, в свою очередь, влияют на связанные с ними жизненно важные органы и системы. Пение благотворно действует на почки, на железы внутренней секреции, массирует гортань, щитовидную железу, сердце. С помощью хорового пения успешно лечат детей от заикания. Ребенок слушает, как поют другие, старается попадать в такт и при этом постепенно избавляется от своего недуга. Таким же образом занятия в хоре помогают детям, не выговаривающим некоторые звуки (например, «р» и «ш»). А о лечебных свойствах отдельных звуков, произносимых голосом, знали испокон веков. С их помощью лечили самые различные заболевания.

Гласные звуки

А - снимает любые спазмы, лечит сердце и желчный пузырь;

Э - улучшает работу головного мозга;

И - лечит глаза, уши, стимулирует сердечную деятельность, «прочищает» нос;

О - оживляет деятельность поджелудочной железы, устраняет проблемы с сердцем;

У- улучшает дыхание, стимулирует работу почек;

Звукосочетания

ОМ – снижает кровяное давление;

АЙ, ПА – снижают боли в сердце;

УХ, ОХ, АХ – стимулируют выброс из организма отработанных веществ и негативной энергии.

Научно доказана целебная сила произнесения и некоторых отдельных **согласных** звуков (лучше их пропевать):

В, Н, М – улучшает работу головного мозга;

С – лечит кишечник, сердце, легкие;

Ш – лечит печень;

Ч – улучшает дыхание;

К, Щ – лечат уши;

М – лечит сердечные заболевания.

Ученые из НИЦ музыкальной терапии и восстановительных технологий провели исследования влияния вокалотерапии на легкие и другие жизненно важные органы. В результате они пришли к выводу, что звук, зарождающийся во время пения, только на 15-20% уходит во внешнее пространство, остальная часть звуковой волны поглощается внутренними органами и приводит их в состояние вибрации. Главное, чтобы дети пели чисто, а не громко. Гортань с голосовыми связками располагается в переднем отделе над трахеей. У детей гортань в 2-2,5 раза меньше, чем у взрослых. Состоит из системы хрящей. Между ними протянуты голосовые связки (две треугольные мышцы). Внутренняя мышца располагается в толщине связок, а внешняя – в хрящах. Одни мышцы у нас связки смыкают, а другие – размыкают. Когда человек молчит, они (связки) расслаблены и между ними образуется щель. При разговоре, пении связки смыкаются. Под давлением выдыхаемого воздуха они начинают вибрировать, совершая 80-100 тысяч колебаний в секунду, – так рождается звук. Собственным пением (лечебным звукоизвлечением) мы можем воздействовать на больной орган или систему, возвращая в него здоровую вибрацию

Искусство пения – это, прежде всего, правильное дыхание, которое и является одним из важнейших факторов здоровой жизни. Правильная постановка дыхания (без чего не возможен грамотный вокал) приводит к резкому повышению всех резервных возможностей человеческого организма.

Пение – уникальная дыхательная гимнастика, в которой учитывается все. От того, как мы дышим, во многом зависит состояние нашего организма. Физиологическое (правильное) дыхание – дыхание нижними ребрами. Дыхание нижней частью грудной клетки – наиболее экономич-

ное. К сожалению, большинство людей дышат верхней и средней частями. Это приводит к гипервентиляции. Человек заглатывает избыток кислорода, тратит на это много лишней энергии. Причем же здесь пение? Пение помогает наладить правильное дыхание. Это хороший тренинг. Особенно хорошо голосовые данные развиваются в течение работы над протяжной песней, а долгий распев одного слога или слова развивает дыхание. Вот почему пение как средство лечения назначается детям с заболеванием дыхательных путей.

В развитии певческой деятельности детей вокальные упражнения – «пропевание» того или иного музыкального материала, «попевок», фрагментов детских песен – являются широко используемым методом, без которого невозможно обучение этому виду деятельности. При разучивании песен, работая над удлинением выдоха, мы не только создаем условия для увеличения объема легких и их качественной вентиляции, но и усиливаем релаксационный момент, напрямую связанный с выдохом (расслабление) как антонимом вдоха (напряжение). «Цепное» дыхание, которое практикуется при занятии пением, не только учит непрерывности звука, но и увеличивает длительность выдоха, глубину и полноту вдоха, возрастающих в зависимости от использования нижнего (брюшного) типа дыхания. В ходе освоения «цепного» дыхания (при хоровом пении) в работу включается тот тонкий слух, которым мы до сего момента практически не пользовались – умение слышать дыхание другого и почувствовать, когда ему предстоит сделать вдох, чтобы это не произошло одновременно с тобой и не прервало звучание.

Занятия дыхательной гимнастикой способствуют общему оздоровлению организма ребенка, активизации деятельности иммунной, дыхательной, сердечнососудистой, нервной, пищеварительной систем. Упражнения на глубокое и поверхностное дыхание помогают профилактике простудных заболеваний.

Дыхательная гимнастика – один из способов закаливания детского организма, поскольку обеспечивает наиболее полную вентиляцию легких, тренирует мышцы дыхательного аппарата, улучшает общее физическое самочувствие и эмоциональный настрой. Использование на уроках специально подобранных вокальных упражнений, артикуляционной гимнастики для губ, языка способствует увеличению объема легких, снимает негативные душевные состояния, характерные для адаптационного периода наших пациентов, улучшают настроение детей. Часто агрессивные, с неуравновешенным поведением дети, переступив порог кабинета музыки, преображаются, вслушиваются, успокаиваются. Следует отметить, что поющие, танцующие и рисующие дети успешнее учатся и по другим предметам.

Пение с его доступностью, демократичностью и массовостью было и остается не только надежным средством музыкального воспитания, образования и повышения личностной культуры подрастающего поколения, но и эффективным средством реабилитации и оздоровления детского организма в целом.

Пойте сами, пойте вместе с вашими детьми и будьте здоровы!

Литература

1. Рушель Блаво. Исцеление музыкой, С-Петербург: «Питер», 2003 г.
2. Батицкий М.В. Знаете ли вы музыку, М.: «Музыка», 1985 г.
3. Ковалько В.И. Здоровьесберегающие технологии, М., 2004 г.
4. Ковалько В.И. «Здоровьесберегающие технологии: школьник и компьютер», М.: «Вако», 2007 г.
5. Лобанова Е.А. «Возможности урока как средства реализации здоровьесберегающих технологий», Журнал «Музыка в школе», 2006 г.
6. Петрушин В.И. Слушай. Пой. Играй, М.: Музыка, 2000 г.
7. Поваляева М.А. Нетрадиционные методы в коррекционной и лечебной педагогике // Справочник логопеда, Ростов-на-Дону: «Феникс», 2001 г.
8. Райгородский Б.Д. «Что может музыка?», журнал «Музыка в школе».
9. Смирнов Н.К. «Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе», М., 2002 г.
10. Смирнов Н.К. «Здоровьесберегающие технологии в работе учителя» М.: «АРКТИ», 2003 г.
11. Смолина Е.А. «Современный урок музыки», Ярославль: Академия развития, 2006 г.
12. Шушарджан С.В. Здоровье по нотам С.В. Шушарджан; М.; 1994 г. 170 стр.
13. Шушарджан С.В. Музыкотерапия и резервы человеческого организма, М.: «Антидор», 1998 г. 363 стр.
14. Овчинникова Т.С. Музыка для здоровья, С-Пб.: «Союз художников», 2004 г.
15. Петрушин В. И. Музыкальная психотерапия, М.: «Владос», 2000 г.

НЕКОТОРЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ СНИЖЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С РЕКУРРЕНТНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Корячкина Е.В., Ермакова Е.В.
ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина», г. Рязань

Можно сформировать 2 основные группы причин снижения эффективности санаторно-курортного оздоровления детей с рекуррентными инфекциями – «управляемые» и «неуправляемые».

К «неуправляемым для санатория» факторам отнесены отсутствие полноценного обследования ЧБД при подготовке к санаторному лечению и направление детей в период обострения. Отсутствие нозологической верификации патологических состояний ребенка на досанаторном этапе требовало проведения в самом санатории дополнительных диагностических мероприятий, что сокращало время, непосредственно отведенное на восстановительное лечение. Под маской «ЧБД» скрывались и своевременно не были диагностированы аллергический ринит, бронхиальная астма, рецидивирующий бронхит, рефлюкс-эзофагит и т. д.

№	Нозологические формы	% от общего кол-ва детей
1	зубной кариес	64,8%
2	хронические и/или рецидивирующие заболевания носоглотки (тонзиллит, аденоидит)	37,1%
3	функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (реактивный панкреатит, синдром раздраженного кишечника)	30,2%
4	функциональные нарушения сердца (функциональный систолический шум, синусовые тахикардии, малые аномалии развития и различные особенности биоэлектрической активности миокарда)	27,8%
5	аллергические заболевания (атопический дерматит, бронхиальная астма, аллергический риноконъюнктивит)	12,9%
6	инфекция мочевых путей	9,3%

В тех случаях, когда дети направлялись на оздоровление в период обострения хронических заболеваний, вначале приходилось проводить соответствующую терапию и лишь затем – в период реконвалесценции –

подключать реабилитационные мероприятия, что также существенно сокращало сроки их проведения.

В группе причин «**управляемых для санатория**» ведущие позиции занимала внутрисанаторная заболеваемость, которая также значительно ограничивала возможности проведения восстановительного лечения в полном объеме. При этом внутрисанаторная заболеваемость была обусловлена острыми респираторными инфекциями, которую на определенных этапах наблюдения переносили до 34,1% детей.

Психозмоциональный стресс, развивающийся в период адаптации ребенка к новому детскому коллективу, способствует снижению защитных механизмов от инфекции. Поэтому дети заболевали ОРЗ на 1 неделе пребывания в санатории. При этом ОРЗ протекали в основном, нетяжело, клинически проявлялись симптомами ринофарингита и, как правило, не сопровождались бактериальными осложнениями. В дальнейшем дети адаптировались к коллективу, их иммунитет «набирался опыта», и уже к концу первой декады пребывания в санатории острые респираторные инфекции у них развивались реже в несколько раз. Всё вышеперечисленное приводило к тому, что на начальном этапе оздоровления восстановительную терапию в полном объеме могли получать только 61,7% детей.

Детальный анализ внутрисанаторной заболеваемости респираторными инфекциями позволил уточнить, что в подавляющем большинстве случаев (83,1%) ОРЗ регистрировали на 1 неделе пребывания в санатории. При этом установлено, что пик заболеваемости в этот период был обусловлен значимым удельным весом больных ОРИ среди поступающих 26,7%.

У детей с рекуррентными инфекциями заболевания развивались из-за контакта с больными ОРИ. Инфицирование было возможно непосредственно во время поступления в санаторий (в приемном отделении). Это приводило к заносу инфекции в группы и способствовало дальнейшему подъему заболеваемости.

Начиная с 7-10 го дня пребывания детей в санатории заболеваемость острыми респираторными инфекциями существенно снижалась и в дальнейшем находилась на уровне спорадических случаев. Причиной единичных случаев ОРЗ (в 13,3%) являлся занос инфекции родственниками при посещении.

Выявленные причины внутрисанаторной заболеваемости ОРИ позволили разработать план по их устранению. Для снижения заболеваемости респираторными инфекциями на всех этапах пребывания детей в санатории был разработан **комплекс лечебно-профилактических мероприятий**.

1. Откорректирована работа приемного отделения. Основная задача - предупреждение заноса инфекции в группы и максимально возможное ограничение контактов детей при поступлении достигалось:

- ранним и активным выявлением больных при приеме в санаторий и немедленной их изоляцией, благодаря чему в дальнейшем уменьшался риск инфицирования детей в первые дни пребывания в санатории;
- рациональным распределением потоков, поступающих (указание в путевке времени заезда и кабинета врача) и увеличением периода заезда с 1 до 2 дней. Это позволило планомерно осуществлять прием детей и регулировать равномерность их поступления в санаторий.

2. Снижение уровня заболеваемости на самых первых этапах пребывания в санатории достигалось благодаря:

- своевременному выявлению и немедленной изоляции детей с первыми признаками острых респираторных заболеваний;
- раннему выявлению у детей с рекуррентными инфекциями очагов хронической инфекции и их своевременной санации;
- соблюдению сроков изоляции детей и допуска их в коллективы;
- проведению противоэпидемических и дезинфекционных мероприятий;
- дифференцированному использованию экстренной неспецифической иммунопрофилактики ОРИ.

3. Поддержание заболеваемости на уровне спорадических случаев в последующие периоды оздоровления ЧБД в санатории определялось:

- строгим соблюдением режимных мероприятий;
- оптимизацией восстановительного лечения, ориентированного на индивидуальный подход;
- адекватной терапией не только фоновых, но и интеркуррентных заболеваний;
- интенсификацией лечения в случаях, когда не удавалось предотвратить развитие ОРВИ (для сокращения сроков заболевания).

Назначение противовирусных препаратов с первых часов заболевания способствовало не только меньшей выраженности общих симптомов заболевания, но и приводило к более быстрому их купированию. Особо следует отметить, что своевременный прием противовирусных препаратов позволял существенно снизить риск обострений хронических заболеваний ЛОР-органов и бактериальных осложнений. Сокращение продолжительности заболевания позволяло провести восстановительное лечение в объеме, близком к запланированному.

Результаты проведенного нами исследования позволили установить, что состояние здоровья детей с рекуррентными инфекциями характеризуется высоким уровнем сопутствующей патологии и требует проведения комплексного обследования на досанаторном этапе. Объективная

оценка состояния здоровья часто болеющих детей позволила бы дифференцированно подойти к выбору методов санаторного оздоровления.

Оптимизация лечебно–диагностического процесса и рациональное использование средств неспецифической иммунопрофилактики, наряду со строгим соблюдением противоэпидемических мероприятий, способствуют значительному снижению уровня внутрисанаторной заболеваемости острыми респираторными инфекциями. Благодаря этому существенно повышалась эффективность реализации индивидуальных планов восстановительной терапии.

Литература

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Камаев И.А. Часто болеющие дети. Нижний Новгород, 2003. 174 с.
2. Вельтищев Ю.Е. Становление и развитие иммунной системы у детей, иммунная недостаточность. Иммунодиатезы. Приложение к журналу Российский вестник перинатологии и педиатрии. Лекция для врачей М., 1998. № 21. 79 с.
3. Заплатников А.Л. Иммунопрофилактика и иммунотерапия острых респираторных инфекций у детей. Лечащий врач. 2006. № 9. С. 50–56.
4. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Чебуркин А.В., Захарова И.Н. Часто и длительно болеющие дети: современные возможности иммунореабилитации: руководство для врачей. М., 2001.
5. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика: Научно–практическая программа Союза педиатров России. М.: Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002. 69 с.
6. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей: Пособие для врачей / под ред. Л.С. Балевой, Н.А. Коровиной, В.К. Таточенко. М.: Агентство Медицинского маркетинга, 2006. 56 с.
7. Ярцев М.Н., Яковлева К.П., Плахтиенко М.В. Иммунная недостаточность и часто болеющие дети. Consilium medicum (приложение Педиатрия). 2006. №1. С. 13–18.

ИССЛЕДОВАНИЕ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С ИРРАЦИОНАЛЬНЫМИ УБЕЖДЕНИЯМИ ПОДРОСТКОВ КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ И УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Старунская Н.В.

ФГБУ ДПНС «Теремок», г. Зеленоградск, Калининградская область.

В статье представлены результаты исследования иррациональных убеждений подростков и их психологическая коррекция в комплексной терапии и реабилитации детей с болезнями нервной системы, нарушениями эмоционально-волевой сферы, расстройствами поведения.

Ключевые слова: иррациональные убеждения, психокоррекционная работа, санаторно-курортное лечение, позитивные установки, эмоциональная и когнитивная сфера.

Человек, как существо биопсихосоциальное подвержен воздействиям со стороны окружающей среды, которая формирует его личность. Такое влияние особенно важно в период подросткового возраста, когда ребёнок, с одной стороны, ощущает острую потребность в самоопределении, а с другой подвержен давлению со стороны социальных требований и взрослых людей. То, каким образом формируется внутреннее отношение к событиям в жизни является значимым в эмоциональном отреагировании и поведенческих реакциях человека.

Картина мира, которая формируется у человека под влиянием его собственной оценки, происходящих с ним событий оказывает влияние на степень адаптации к миру, степень гармоничности эмоциональной сферы и оценки качества жизни. Вследствие чего, особую значимость в практической работе с подростками при коррекции эмоционально - волевой сферы составляет работа с убеждениями и установками [2].

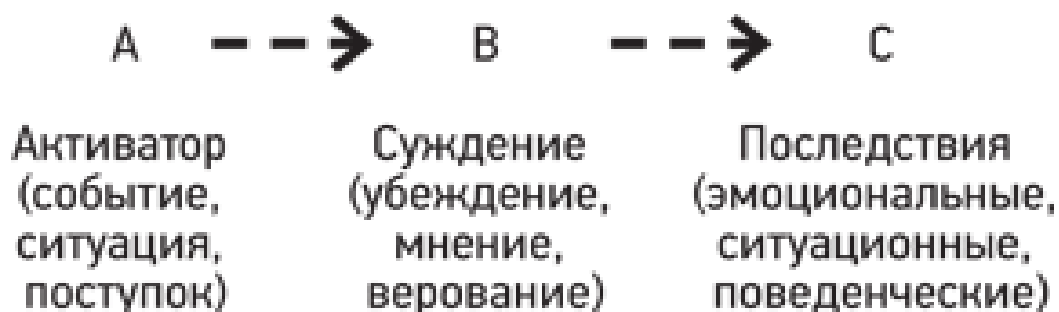
В практической работе с подростками заметнее становятся эмоциональные нарушения, связанные с формированием иррациональных убеждений. Такие явления как депрессивные переживания, тревожность, чувство вины находятся в цикличной зависимости с мыслями подростка. То есть внутренние убеждения приводят к отрицательным эмоциям, что, в свою очередь, закрепляет исходную установку. Далее формируются дезадаптивные способы поведения, которые препятствуют постановкам целей, их достижению. Нет прямых реакций на большинство ситуаций, эмоциональные реакции зависят от способа восприятия событий. Так, это не события волнуют, огорчают, раздражают или злят, но способ, с помощью которого подросток интерпретирует и осмысляет их.

В то же время рациональные убеждения являются более адаптивными и способствуют гармоничному развитию личности. Изучение феномена иррациональных убеждений занимались такие ученые как А. Бек, А. Эллис, Холмогорова, Н.Г. Гаранян и др. [1]. А. Эллис утверждал, что иррациональные убеждения – это жёсткие эмоционально когнитивные связи, которые носят приказной характер. Он же рассматривал негативные эмоции и дисфункциональные поведенческие реакции, как результат неверных когнитивных убеждений.

Целью настоящей работы явилось исследование иррациональных убеждений подростков и их коррекция, улучшение качества жизни. Предмет исследования – система иррациональных убеждений. Объектом исследования являются дети возраста 11-15 лет с болезнями нервной системы, особенностями формирования эмоционально-волевой сферы. Всего в исследовании приняли участие 1357 подростков, из них 859 девочек и 498 мальчиков, которые находились на санаторно-курортном лечении в ФГБУ ДПНС «Теремок». Задачи исследования: Установить наличие иррациональных убеждений. Провести коррекционную работу по выработке адаптивных убеждений.

Метод исследования: Клинико-психологический: (наблюдение и беседа). Экспериментально-психологический: арт-терапевтические методики, релаксация, когнитивные методики. Индивидуальная работа с использованием коррекции убеждений посредством ведения дневника иррациональных мыслей.

Результаты: При проведении коррекционных мероприятий с подростками использовалась главным образом методика, основанная на АВС-теории А. Эллиса, в соответствии с которой, определенное негативное проявление эмоций (фрустрация, разочарование) или поведение (С) пробуждается к жизни не непосредственно каким-либо событием (А), а лишь опосредствованно, через систему интерпретаций или верований (В) [3, 4].



Целью психотерапевтической работы является обнаружение и устранение системы патогенетических интерпретаций, приводящих к нарушению эмоциональных и поведенческих реакций. В работе использо-

вались также методы арт-терапии, поскольку они являются наиболее эффективным подходом в работе с подростками.

В ходе проведения наших занятий мы не только прорабатывали текущие иррациональные убеждения подростков, заменяя их на более адаптивные стратегии мышления, но и помогали формировать образ ближней и дальней жизненной перспективы. На наших занятиях мы также знакомились с особенностями мира переживаний каждого подростка, учились распознавать их собственные эмоциональные переживания и прорабатывать их. Так, на занятиях использовались методы визуализации эмоций, создание индивидуальных и коллективных рисунков на тему актуального эмоционального состояния (рис. 1).



Рис. 1. Рисунки детей

Такая работа способствовала более осознанному восприятию своих переживаний и себя, как личности. В сочетании с работой по проработке когнитивных убеждений занятия способствовали всестороннему развитию подростка.

Для формирования жизненной перспективы в занятия были включены обучающие методики, такие как «веер решений», которые способ-

ствуют формированию навыкам принятия решения, что является важной способностью в подростковом периоде. Потому что трудность заключается в недостатке опыта, снижении значимости авторитета родителей, ориентации на мнение сверстников, нередко искаженная картина восприятия реальности (негибкие установки, перфекционизм, стремление к независимости, изменение физиологии тела, «я не такой как все», психосоциальный кризис). Безапелляционность суждений и категоричность оценок у подростков уживаются с постоянными сомнениями и неуверенностью в правильности своих поступков. Такое противоречие объясняется, с одной стороны, психологической, и прежде всего интеллектуальной, незрелостью, а с другой - поисками осознанных принципов и установок.

С учетом вышеописанных особенностей подросткового возраста, в нашей программе также использовались элементы, связанные с рефлексией, снятием эмоционального напряжения. Использовались проективные методики, которые также способствуют выявлению иррациональных суждений, негативных установок, непродуктивных моделей поведения.

В ходе проведенной психотерапевтической работы: индивидуальные коррекционно-развивающие занятия: ребенок развивает эмоциональный интеллект, самоанализ и формирует новые позитивные установки, повышающие уверенность в себе, своих силах, улучшающие психоэмоциональное состояние и качество жизни.

Выводы

При проведении психокоррекционных мероприятий, направленных на выработку у подростков адаптивных способов мышления важно применять комплексный подход, используя в работе проективные методики, арт-терапевтические упражнения и рефлекссию. Такой подход представляется наиболее эффективным, поскольку затрагивает и эмоциональную и когнитивную сферы.

Литература

1. Адлер А. Воспитание детей. Взаимодействие полов. Ростов-на-Дону, 1998. 448 с.
2. Думитрашку Т.А. Структура семьи и когнитивное развитие детей. Вопросы психологии, 1996; 2: 104-112.
3. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: рационально-эмотивный подход. М., Эксмо-Пресс, 2002. 272 с.
4. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия А. Бека и культурно-историческая психология Л.С. Выготского. Консультативная психология и психотерапия, 2011; 2.

ОЗДОРОВИТЕЛЬНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ТЕРРЕНКУР В КЛИМАТОЛЕЧЕНИИ

Ермакова Е.В., Корячкина Е.В., Кожнова С.В.
ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина», г. Рязань

ГБУ РО «Рязанский детский санаторий памяти В.И. Ленина» расположен в сосновом лесу Солотчи, которую называют воротами Мещеры – края нескончаемых лесов, тянущихся на десятки километров, темных лесных озер и обширных болот, края необыкновенно чистого воздуха, пропитанного запахом хвои и трав.

Велика и многообразна роль хвойных лесов. Здесь создается специфический микроклимат. Летом под пологом древостоем температура ниже, а зимой выше окружающих открытых пространств. Воздух, наполненный смолистыми веществами, обладает высокими фитонцидными свойствами, благотворно влияет на человека, снимает усталость, вызывает физический и эмоциональный подъем. Сосновые леса резко снижают шум, устраняя из спектра высокочастотные, наиболее вредные для человека звуки.

Уникальность воздействия природы нашей местности на детские организмы нашло свое научное обоснование в «Биоклиматическом паспорте лечебно-оздоровительной местности», который в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.02.97г. № 96/226 ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина» совместно с Инновационным геологическим комитетом РФ ООО «Ингеолком» разработало в 2018 году. Паспорт является официальным документом, подтверждающим лечебное воздействие природных факторов и позволяющим использовать климатотерапию в оздоровлении детей.

Научная оценка курортологического потенциала природных ресурсов проведена по ряду составляющих местности, в т.ч. ландшафтно-рекреационным, медико-климатическим и экологическим условиям. Так, оценка лечебно-оздоровительного и рекреационного использования ландшафта санатория равна 2,8 балла из 3-х возможных. Это соответствует высокому курортно-рекреационному потенциалу, позволяющему рассматривать вековой сосновый бор как природный лечебный фактор со значительными климатотерапевтическими возможностями. Оценка в 2,8 балла соответствует щадящему режиму воздействия климатических условий на организм ребёнка в течение всего года без ограничения.

Уровень природной ионизации воздуха принят в курортологии как один из основных показателей климатотерапевтических возможностей местности. Степень ионизации воздуха характеризуется числом положительных или отрицательных ионов, находящихся в 1 см³. Проведённые ис-

следования свидетельствуют о высокой концентрации отрицательных аэроионов в воздухе. Средняя величина ионизации воздуха отрицательной полярности по всем точкам наблюдения составляет 2210 ион/см³ (средняя максимальная величина ионизации – 2665 ион/см³). Для сравнения в таблице приведены результаты измерений концентрации аэроионов отрицательного знака на территории ГРУ РО "Рязанский детский санаторий памяти В.И. Ленина" и того же показателя в здравницах лесной зоны России.

Природная ионизация воздуха на некоторых курортах России

Наименование курорта (период измерения ионизации воздуха)	Уровень ионизации воздуха (n ⁻), ион/см ³
1. ГРУ РО "РДС памяти В.И. Ленина»	2210 (1800-2600)
2. Санаторий «Детские Дюны», Санкт-Петербург	2390 (1800-2700)
3. Санаторий «Русское поле», Московская область	2200 (1800-2400)
4. Курорт Сочи (декабрь 2008 г.)	2820 (2400-3050)
5. Санаторий «Ивана Сусанина», Костромская область	1700 (1240-2150)
6. ФГ БУ «Центр реабилитации» УДП РФ, Московская область	1900 (900-2450)
7. Курорт «Краинка», Тульская область	1800 (1600-2500)
8. Курорт Шлейден, Швейцария	2500

Радиационный режим (режим солнечного воздействия) является благоприятным фактором биоклимата со щадящим воздействием солнечной радиации на организм человека. Интегральная оценка биопотенциала радиационного режима, включая все составляющие солнечного спектра, равна 2,5 баллам из трех возможных. Период с наиболее благоприятной для организма человека ультрафиолетовой радиацией составляет около 5 месяцев (с конца апреля до конца августа).

Атмосферная циркуляция и связанные с ней перемещения различных барических образований и атмосферных фронтов оказывают тренирующее воздействие на организм человека. Циркуляционный режим по степени его метеопатичности является выраженным биотропным фактором климата.

Параметры температурного режима по комфортности теплоощущения оцениваются на 2,5 балла, что позволяет отнести санаторий к районам России со щадящим воздействием температуры воздуха, а температурный режим – к положительному фактору биоклимата, увеличиваю-

щему общий курортологический биоклиматический потенциал изучаемой местности.

Экологическое состояние лечебно-оздоровительной местности – благоприятное.

Итак, инновационным геологическим комитетом РФ ООО «Ин-геолком» сделан вывод: ландшафтно-климатические условия территории ГРУ РО «Рязанский детский санаторий памяти В.И. Ленина» оцениваются как благоприятные для лечебно-оздоровительного использования и реабилитационных целей, а их курортный потенциал достаточен для организации климатотерапии как специального метода лечения в комплексной курортной терапии.

Интегральная оценка всех компонентов ландшафта территории ГРУ РО «Рязанский детский санаторий памяти В.И. Ленина» для целей лечебно-оздоровительного использования равна 2,8 баллам из 3-х возможных, что соответствует их высоким курортно-рекреационным возможностям. Воздух на характеризуется повышенной ионизованностью, которая по концентрации аэроионов отрицательной полярности составляет 1800-2600 ионов/см³. Биоклиматический потенциал по годовым показателям равен 2,5 баллам из 3-х возможных, что соответствует районам России с тренирующим режимом воздействия климата на организм человека и позволяет организовать круглогодичную климатотерапию.

С учетом высокого биоклиматического потенциала местности, распорядок дня для детей составлен с учетом максимального пребывания на открытом воздухе: определено время для солнечных и воздушных ванн, занятий лечебной физкультурой, проведения закаливающих процедур.

Климатотерапия успешно используется в комплексе с лечебной ходьбой по определённому маршруту – **терренкур**. Проводится терренкур в естественных природных условиях, на свежем воздухе.

При назначении терренкура предусмотрено дозирование физической нагрузки с учетом протяженности маршрута, количества и продолжительности остановок для отдыха, скорости движения, дыхательных упражнений. Разработанная методика терренкура определяет его начало со спокойной ходьбы, потом через 100 метров увеличение скорости движения, в последующие 100 метров снижение темпа движения, переход на спокойную ходьбу и выполнение дыхательных упражнений. Чередование напряжения и расслабления во время ходьбы создает благоприятные условия для работы органов кровообращения, дыхания и нервной системы. Климатотерапия является частью не только лечебно-оздоровительной деятельности, но и учебно-воспитательного процесса.

Педагоги санатория применили методику «терренкур» к области образования, к построению воспитательно-образовательного процесса в соответствии с требованиями Федерального государственного образова-

тельного стандарта одновременно с оздоровлением организма детей. Образовательные терренкуры – это специально разработанные маршруты для детей по территории санатория или за его пределами.

Задачи образовательного терренкура: создание условий для оздоровления организма пациентов, повышения уровня двигательной активности и физической выносливости, психоэмоционального фона, познавательно-исследовательской деятельности и интеллектуального развития детей. Коллектив образовательного отделения создает различные варианты образовательных терренкуров. Маршруты включают в себя не только специально созданные центры, но и спортивные и игровые площадки, тропу здоровья, экологическую, экскурсионную и туристическую тропу, психологическую «Тропу доверия», цветники и другие объекты на территории санатория и за его пределами.

Для реализации программы образовательных терренкуров используется трансформируемая среда в соответствии с интересами и возможностями пациентов – тематические «станции». Содержание «станций» объединяются целью выбранного образовательного маршрута и отличаются формой работы с детьми: арт-терапия, комплекс оздоровительных физических упражнений, познавательные беседы, наблюдения, сбор природного материала, театрализация, экспериментирование, различные виды игр, мастер-классы, викторины, розыгрыши, сюрпризы, акции, флешмобы и многие другие.

Сложность маршрутов и содержание зависит, прежде всего, от возраста детей, погодных условий, времени года, количества детей, образовательных задач. Если в дошкольном отделении – 3-5 станций с минимальным насыщением, то для младших школьников и подростков терренкур возможен и за пределами санатория с 5 и более станциями.

Образовательные терренкуры проводятся круглогодично. Они не требуют серьезной дополнительной подготовки и финансовых затрат. Необходимо только желание и творческий подход педагога.

Каждый образовательный терренкур становится:

- итогом недели (закрепление определённой темы) для организации образовательного события;
- проблемным мотиватором для разработки и реализации какого-то проекта;
- маршрутом для знакомства с предметами, явлениями, событиями и фактами;
- маршрутом для проверки опытным путём полученных знаний в процессе реализации темы или закрепления и формирования определённых навыков.

Педагогическая значимость терренкура заключается в том, что дети в игровой форме получают реалистические знания, закрепляют определённые навыки и умения, проявляют творчество и фантазию, удовлетворяют двигательную активность, переживают эмоциональный подъём и эмоциональное благополучие при взаимодействии с окружающим миром.

Таким образом, внедрение в комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий образовательных терренкуров способствует созданию единого лечебно-образовательного пространства ГБУ РО «Рязанский детский санаторий памяти В.И. Ленина», которое обеспечивает не только физическую, но и игровую, познавательную, исследовательскую и творческую активность пациентов, а значит, способствует их познавательному, интеллектуально-творческому и социально-личностному развитию.

Литература

1. Игровая программа «Терренкур» - педагогическая технология в условиях дошкольного учреждения: методическое пособие / Л.С. Кизим, Ю.В. Баутина, Е.В. Березовская, Н.В. Дьяченко, П.А. Крамар, Н.В. Федоренко. Краснодар. Кубанский гос. ун-т, 2009. с.40.
2. Чепракова Н.В. Терренкур - маршрут оздоровления. Из опыта работы. Инновационные формы оздоровления детей дошкольного возраста. Актуальные вопросы современной педагогики: материалы IV междунар. науч. конф. (г. Уфа, ноябрь 2013 г.) Уфа: 2013. с. 67-70.
3. Актуальные вопросы теории и практики биологического образования. Материалы XI Всероссийской с международным участием научно-практической конференции, посвященной Году экологии в России. 2017 г. Издательство: Издательство "Планета" (Москва).
4. Давыдова О.И. Образовательные терренкуры на территории детского сада (познавательно-исследовательская деятельность детей на прогулке с учетом требований ФГОС). АлтГПА, 2014. с. 75
5. Справочник старшего воспитателя дошкольного учреждения. Образовательные терренкуры на территории детского сада-№7 июль 2015.
6. <http://www.maam.ru/detskijasad/organizacija-i-provedenie-terenkurov-i-parkurov-s-detmi-na-teritori-dou.html>
7. <http://nsportal.ru/detskiy-sad/fizkultura/2016/11/05/organizatsiya-i-provedenie-terenkurov-i-parkurov-s-detmi-na>

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЩЕГО И ТИПОСПЕЦИФИЧЕСКИХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ E МЕТОДОМ ИФА В ДИАГНОСТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ РЕАГИНОВОГО ТИПА

Бирюков В.В., Гордова Т.И., Настевич Ю.А.

ГБУ РО «Консультативно-диагностический центр», г. Рязань

В статье представлен анализ данных, полученных при обследовании детей по поводу кишечной инфекции с аллергическими проявлениями, и обоснована целесообразность обследования на наличие типоспецифических Ig E и IgG (подкласс G⁴).

Ключевые слова: типоспецифические иммуноглобулины, псевдоаллергическая реакция, сенсibilизация, антиген.

Определение общего и типоспецифических иммуноглобулинов E методом ИФА осуществляется на тест-системе производства ООО АЛКОР-БИО г. С-Петербург с использованием пищевых, эпидермальных, пылевых аллергенов.

Проведено 15705 анализов. Анализы поступали в основном из детских поликлиник города Рязани, а также из стационаров пульмонологических отделений РОДКБ и ОКБ. Основное количество исследований поступило от лиц страдающих бронхиальной астмой и обструктивным бронхитом, соответственно 33,1% и 25,9%, 14,2% с диагнозом обследование, остальные 6,8% составили лица с пищевой аллергией, псевдоаллергической реакцией, респираторной аллергией, поллинозом, нейродермитом, атопическим диатезом.

Число лиц, имеющих уровень общего иммуноглобулина E выше нормальных значений составило 64%. Интересно распределилось процентное соотношение лиц с повышенным и нормальным содержанием иммуноглобулина E в разных нозологических группах. У лиц с диагнозами бронхиальная астма и обструктивный бронхит отмечается самый большой процент значений иммуноглобулина E выше нормы, соответственно 94% и 87,5%. Это подтверждает то, что в основе заболеваний респираторного тракта лежат иммунологические повреждения, в результате которых отмечается гиперпродукция иммуноглобулина E, запускающего механизм дегрануляции тучных клеток с высвобождением медиаторов аллергического воспаления (гистамин, серотонин).

У лиц с диагнозами пищевая аллергия и псевдоаллергическая реакция содержание общего иммуноглобулина E в пределах нормальных значений составило соответственно 88% и 87,5%. В настоящее время известно, что различные клинические проявления, связанные с приемом

пищи, опосредованы иммуноглобулином класса G. Механизм развития пищевой аллергии представляет собой сочетание нескольких звеньев и связан с особенностями пищеварительной системы и иммунного гомеостаза. Любой фактор может вызвать развитие патологии (например, воспалительный процесс в кишечнике без аллергических проявлений или аллергическую реакцию, не связанную с приемом пищи), но только их сочетание дает различные клинические проявления пищевой аллергии.

У 75% лиц, с серопозитивными типоспецифическими IgE, значения общего IgE было выше нормальных, у 25% в пределах нормы. Это подтверждает то, что наличие нормальных значений общего иммуноглобулина E не исключает сенсibilизации к определенным аллергенам. У лиц не имеющих положительных находок при определении типоспецифических IgE уровень общего иммуноглобулина E распределился следующим образом: 31% имели повышенные значения, а 69% нормальные. Это можно расценить следующим образом: во-первых – у больных не выявлен антиген, на который организм отреагировал гиперпродукцией IgE, во-вторых – повышение уровня IgE не связано с сенсibilизацией, а обусловлено другой патологией (см. выше).

По частоте встречаемости положительных находок преобладали пищевые аллергены (молоко коровье, белок куриного яйца, треска, томаты, морковь, виноград, банан, яблоко). Среди эпидермальных антигенов в лидерах - шерсть кошки, морской свинки, кролика, хомяка, среди пыльцевых наиболее часто встречались - смесь деревьев раннего цветения, смесь плесени, смесь сорных трав, одуванчик, полынь, лебеда. Широко распространена сенсibilизация к домашней пыли и клещам родов *farinae* и *pteronissimus*.

Анализируя данные, полученные при обследовании детей в возрасте от 1 до 12 месяцев, находящихся на лечении по поводу кишечной инфекции с аллергическими проявлениями на коже, мы получили следующие данные. У 73,6% детей сенсibilизация не выявлена, уровень общего иммуноглобулина E относился к первому классу (низкому) или вообще не определялся, у 21% обследуемых при достаточно высоких показателях общего иммуноглобулина E типоспецифические Ig E не выявлены. Лишь у 5,4% детей данного возраста при наличии высокого значения общего иммуноглобулина E выявлена сенсibilизация на коровье молоко и белок куриного яйца (чаще по первому классу).

Таким образом, у детей в возрасте от 1 до 12 месяцев, страдающих желудочно-кишечными расстройствами, аллергические проявления связаны не столько с продукцией типоспецифических Ig E, сколько с особенностями физиологии пищеварения и физиологической незрелостью иммунной системы. Известно, что патологические процессы кишечника ведут к повреждению пристеночного пищеварения и целостности кишечной стен-

ки, что способствует всасыванию через межклеточные промежутки слизистой оболочки кишечника не только низкомолекулярных, но и высокомолекулярных веществ, тем самым повышая аллергенность пищевых продуктов. Особенности иммунного гомеостаза, способствующие развитию аллергии в раннем возрасте, включают следующие основные факторы: дефицит секреторного иммуноглобулина А и снижение функции Т-лимфоцитов.

Выводы

1. Для диагностики аллергических состояний реактивного типа иммунологические методы определения общего и типоспецифических иммуноглобулинов Е являются достаточно достоверными.
2. Для выявления причины аллергического воспаления целесообразно проводить исследование с определением общего и типоспецифических иммуноглобулинов Е.
3. Определение концентрации общего иммуноглобулина наиболее значимо при диагностике таких заболеваний как бронхиальная астма, обструктивный бронхит, в тоже время при пищевой аллергии и псевдоаллергических реакциях данные тесты являются ориентировочными.
4. Обследование детей раннего возраста, страдающих кишечными расстройствами с аллергическими проявлениями, на наличие типоспецифических IgЕ не дает достоверных результатов о причине заболевания. Целесообразнее у данной категории больных выявлять сенсibilизацию опосредованную иммуноглобулинами G подкласс G4.

Список литературы

1. Васнева Ж.П., Торопов Н.Е., Шарапов В.Ф. Комплексное иммунологическое обследование больных с аллергическими заболеваниями. Клини. лаб. диагностика. 1997. № 3. С. 4-8.
2. Змушко Е.И., Белозеров Е.С., Митин Ю.Л. Клиническая иммунология: Руководство для врачей. С.Пб.: Питер, 2001. 576 с.
3. Йегер Л. Клиническая иммунология и алергология. (пер. с англ.) Т. 1-3. М: Медицина, 1990 г.

Информация об авторах:

Бирюков В.В. - главный врач консультативно-диагностического центра, к. м. н, врач-бактериолог.

Настевич Ю.А. - зам. главного врача по медицинской части, врач-бактериолог.

Гордова Т.И. - заведующая клинико-диагностической лабораторией, врач-бактериолог.

СПОРТ БЕЗ ГРАНИЦ

Морозов Ю.С., Конча М.Н.

ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина», г. Рязань

В последние годы на территории Рязанской области, как и по всей стране, активно развивается спортивное направление. Благодаря строительству новых дворовых спортивных площадок и установки уличных тренажерных комплексов количество населения, выбирающих активный вид досуга и отдыха, неуклонно растет. Только за бортом активного и здорового образа жизни остаются дети с проблемами здоровья.

Сегодня к факторам «трудного детства» можно отнести проблемы, связанные со здоровьем ребенка. Любая болезнь является психотравмирующей ситуацией, замедляет развитие его личности. Из-за постоянной борьбы с недугом у таких детей, к сожалению, может сформироваться высокая тревожность, депрессия, заниженная самооценка, замкнутость, «комплекс неполноценности», социальная дезадаптация, трудности формирования социальных навыков. Все перечисленное лишает ребенка жить полноценной для своего возраста жизнью.

ГБУ РО «Рязанский детский санаторий памяти В.И. Ленина» – единственное лечебное учреждение для оказания санаторно-курортной помощи детям Рязанской области в возрасте от 3 до 14 лет реализует проект «Спорт без границ», направленный не только на поддержку и пропаганду здорового образа жизни среди детского населения Рязанской области, но и на решение связанных с болезнью психосоматических, психологических и социально значимых проблем детей.

В течение заезда санаторий принимает до 240 детей с проблемами здоровья, в течение года – более 3000 пациентов. Основной контингент пациентов санатория – дети с особенностями здоровья, и дети, находящиеся в трудных жизненных обстоятельствах, которые имеют едва ли не единственную возможность встать на старт пути к здоровому образу жизни, выстроить индивидуальную траекторию физического развития во время пребывания в санатории.

Центральное место в комплексной системе реабилитации санатория занимают спортивные мероприятия на свежем воздухе, спортивном зале.

Проект «Спорт без границ», комплексное воздействие на организм и личность ребенка, создает условия для приобретения детьми с проблемами здоровья в возрасте от 3 до 14 лет новых знаний, умений и социально значимых навыков для выполнения физических упражнений индивидуальной программы реабилитации на УТК и участия в спортивных дворовых играх. Цель проекта: формирование у детей с проблемами здоровья навыков самостоятельной организации активного досуга.

Задачи проекта:

- создание условий для формирования у детей с проблемами здоровья навыков самостоятельной организации спортивного досуга;
- способствовать овладению детьми индивидуальной программой реабилитации на тренажерном комплексе;
- способствовать формированию у детей знаний, умений и навыков спортивных дворовых игр.

Проект «Спорт без границ» реализуется через организацию и проведение в ГБУ РО «Рязанский детский санаторий памяти В.И. Ленина» в течение заезда на уроках физической культуры и занятиях спортивного объединения «Спорт и Я» комплекса следующих мероприятий:

- разработка индивидуальной программы занятий на тренажерном комплексе (ТК) с учетом заболевания и возраста ребенка;
- организация систематических занятий на ТК в течение заезда;
- мастер-классы популярных дворовых игр («Одиннадцать», «Тридцать три», «Перестрелка», «Стритбол», «Квадрат», «Вышибалы», «Снайпер», мини-футбол, пионербол и др.);
- спортивные соревнования.

Формы и методы работы: беседы, тренировочные занятия, мастер-классы, встречи со знаменитыми спортсменами, праздники, соревнования.

Качественные (социально-значимые) результаты 2018 год.

В результате реализации проекта «Спорт без границ» пациенты санатория овладели знаниями, умениями и навыками занятий на тренажерном комплексе в соответствии с их состоянием здоровья, получили опыт работы в команде на соревнованиях по спортивным дворовым играм.

После завершения курса лечения в санатории дети с проблемами здоровья могут использовать полученные навыки выполнения упражнений индивидуальной программы занятий для укрепления собственного здоровья на тренажерных комплексах по месту жительства, закрепления результатов лечения в санатории, личностного и физического саморазвития, формирования созидательного отношения к себе и позитивного отношения к жизни.

Количественные результаты 2018 год.

Показатель	Ожидаемый результат
Количество пациентов, принявших участие в мероприятиях проекта.	Более 2000 пациентов с проблемами здоровья приняли участие в мероприятиях; 15 педагогических работников овладели методикой организации и проведения популярных спортивных дворовых игр.

<p>Количество пациентов, которым оказаны услуги в сфере культуры и спорта.</p>	<p>Более 2000 пациентов получили индивидуальные программы занятий на уличных тренажерах; Более у 2000 пациентов сформированы умения и навыки выполнения упражнений индивидуальной программы реабилитации на тренажерном комплексе; Более 2000 пациентов приобрели знания, умения и навыки игры в популярных спортивных дворовых играх; Более 2000 пациентов приняли участие в соревнованиях и получили навыки игры в спортивных командных соревнованиях.</p>
--	---

Полученный в санатории опыт игры в дворовые спортивные игры помогут ребенку с проблемами здоровья в организации собственного активного спортивного досуга, снятию психологических барьеров, повышению психоэмоционального фона, социальной адаптации, расширению коммуникативного пространства и популяризации здорового образа жизни в подростковой среде.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ГИПЕРАКТИВНОСТИ С ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ

Грачёва В.В., Грачев А.Ю., Ермакова Е.В.

ГБУ РО «РДС памяти В.И. Ленина», г. Рязань

Синдром гиперактивности с дефицитом внимания (СГДВ) в последние годы - одно из самых частых причин обращений к педиатру и детскому неврологу. Клиническую картину СДВГ определяют не соответствующая ситуации избыточная активность, дефицит внимания, нарушение поведения. По общему интеллектуальному развитию дети с СДВГ находятся на уровне нормы, но при этом испытывают трудности в социальной адаптации, школьном обучении. При лечении дети с СДВГ в основном применяется медикаментозная терапия.

В последние годы всё большее внимание специалистов привлекают новые немедикаментозные способы коррекции. Одним из таких методов является микрополяризация головного мозга, представляющая избирательное воздействие малым постоянным током, близким к рунологическим процессом, на нервную ткань.

В нашей санатории этот метод широко используется в комплексной терапии детей с СДВГ. Продолжительность курса 10-12 процедур. Повторные курсы назначаются трижды с интервалом 1-2 месяца с учетом индивидуальных особенностей ребенка. Параллельно с курсом ТКМП могут быть реализованы массаж, ЛФК, занятия с психологом и логопедом. В ходе проведения процедуры дети не испытывают никаких субъективных ощущений, осложнений в процессе лечения не отмечалось.

Оценка результатов состояния детей, получивших курс реабилитационного лечения с включением ТК МА, проводилась по следующей таблице, которая заполнялась в процессе лечения нами и между курсами лечения родителями. Шкала оценки СДВГ заполняется родителем или врачом. Шкала оценки СДВГ взята из работы «Оценочная шкала СДВГ» Н.К. Сухотина, Т.И. Егорова РГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава». В каждой шкале оценивается 18 симптомов, представленных в виде кратких характеристик особенностей поведения и эмоционального реагирования детей в различных ситуациях в школе дома и т. д. Методика тестирования обязательно включает предварительное ознакомления родителей или воспитателей / учителей с основными сведениями, касающимися СДВГ у детей, целями, задачами тестирования. Самым важным диагностическим документам для выявления синдрома дефицита внимания с ги-

перактивностью является общение с семьей и с окружением пациента, а также с самим пациентом.

Оценочная шкала СДВГ

Присутствовало ли лицо, осуществляющее непосредственный уход за пациентом на последней неделе, во время интервью	да, нет, неизвестно
--	---------------------

Оцените (выберите) вариант, который наилучшим образом описывает поведение ребенка в течение последней недели.	Никогда – 0, иногда – 1, часто – 2, очень часто – 3.
---	--

1. Не может сосредоточиться на деталях или делает небрежные ошибки при выполнении школьных заданий	
2. Постоянно перебирает руками или ногами либо ерзает на стуле.	
3. Испытывает трудности с поддержанием необходимого уровня внимания на игровых и бытовых видах деятельности.	
4. Покидает своё место во время урока или в других ситуациях, когда полагается оставаться на своем месте.	
5. Создается впечатление, что не слушает обращенную к нему речь.	
6. Бегает или пытается куда-то залезть в ситуациях, когда это неприемлемо.	
7. Не следует инструкциям или не доводит работу до конца.	
8. Не может тихо, спокойно играть или иным образом проводить свое свободное время.	
9. Испытывает сложности в организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности.	
10. Всегда в движении или действует, как будто с «моторчиком».	
11. Избегает выполнения задач (например, учеба в школе и выполнение домашних заданий), требующих продолжительных мыслительных усилий.	
12. Слишком много говорит.	
13. Теряет вещи, необходимые для выполнения тех или иных видов деятельности.	
14. Начинает отвечать, не дослушав вопрос до конца.	
15. Легко отвлекается.	
16. С трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.	
17. Проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.	
18. Перебивает других людей или мешает им.	

Оценка результатов теста		Сумма баллов	
		мальчики	девочки
Критерии постановки диагноза	Отсутствует	≤25	≤22
	легкая степень СДВГ	26-34	23-31
	средняя степень СДВГ	35-43	32-40
	тяжелая степень СДВГ	44-54	41-54

Таким образом, применение транскраниальной микрополяризации позволяет улучшить результаты реабилитации детей с СДВГ. Применение этого метода оправданно в детской практике и может быть включено в комплексную восстановительную терапию СДВГ.

Литература

1. Брызгунов И.П. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях. Психотерапия. 2008.
2. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М., 2005.
3. Ю.Д. Кропотов. Применение ТКМП в лечение синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков. Журнал неврология и психиатрия имени Корсакова. 2008. №5.
4. Н.Н. Заваденко. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: Роль анкетирования родителей и педагогов при оценке социальной психологической адаптации пациентов. Журнал неврология и психиатрия имени Корсакова. 2009. №11.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС

Севостьянова Н.А., Лавренова Е.В., Антипова С.С., Жилочкина А.М., Шатская Е.Е., Федотова М.В.

ГБУ РО Рязанский дом ребенка, специализированный для детей с различными формами поражения центральной нервной системы и с нарушением психики.

Полноценное лечение детей, их оздоровление и реабилитация в ГБУ РО Рязанский дом ребенка являются основой в организации деятельности учреждения. Лечебно-оздоровительный комплекс включает в себя медикаментозную терапию, физические и педагогические методы реабилитации. На основании приказа №380 Министерства здравоохранения Рязанской области от 1.04.2013 на базе ГБУ РО Рязанский дом ребенка открыт «Центр комплексной реабилитационной помощи для детей раннего возраста от 0 до 4-х лет с особенностями в развитии». Специалистами дома ребенка проводится комплексная терапия, включающая как традиционные фармако-терапевтические методы, так и немедикаментозные способы коррекции нарушений нервно-психического и речевого развития.

С 2017 году в ГБУ РО Рязанский дом ребенка стал применяться метод биоакустической коррекции (БАК), разработанный специалистами Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины», Северо-Западного отделения Российской академии медицинских наук (ФГБУ "НИИЭМ" СЗО РАМН), г. Санкт-Петербург.

Данный метод является немедикаментозным, неинвазивным методом реабилитации, направленным на восстановление функционального состояния центральной нервной системы. Он направлен на активацию механизмов саморегуляции в результате сенсорной стимуляции регуляторных структур головного мозга звуками, сформированными на основе электроэнцефалограммы в реальном времени. Эффективность воздействия обусловлена активацией диэнцефальных и мезэнцефальных структур головного мозга, обеспечивающих процессы саморегуляции.

Методика биоакустической коррекции

Процедура БАК проводится с помощью устройства преобразования суммарной электрической активности головного мозга в звук музыкального диапазона для биоакустической нормализации психофизиологического состояния человека, компьютеризированного «Синхро-С» (свидетельство о регистрации № ФСР 2010/07223 от 29.03.2010). Преобразование проис-

ходит в реальном масштабе времени с минимальной задержкой. При регистрации ЭЭГ используются четыре униполярных отведения $Fp1$, $Fp2$, $O1$, $O2$. Все сигналы одновременно, но независимо преобразуются и предъявляются пациенту через стереофонические наушники, при этом сторона предъявления акустического образа соответствует стороне отведения (рис.1).

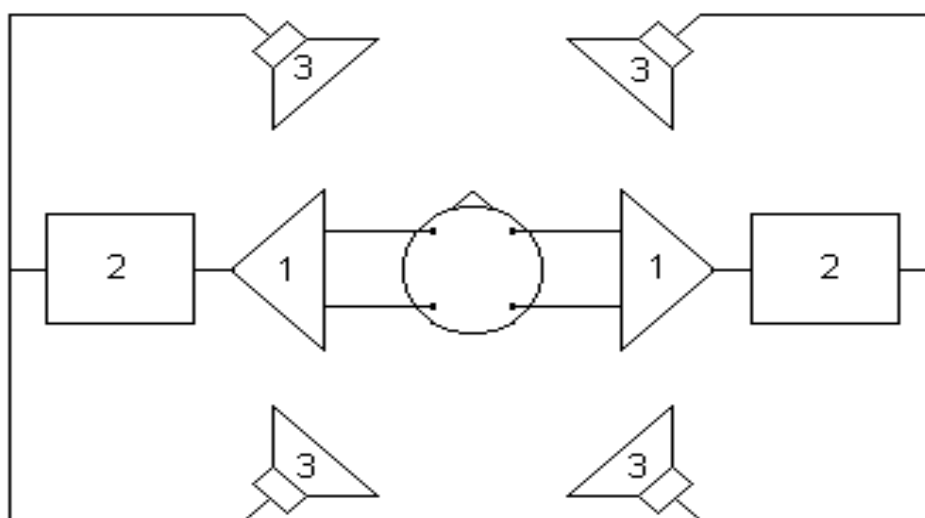


Рис.1. Блок-схема установки биоакустической коррекции. 1 - входные усилители ЭЭГ, 2 - блоки преобразования ЭЭГ в область звуковых частот, 3 – стереофонические наушники

Цель настоящего исследования – оценить эффективность использования БАК головного мозга у детей дошкольного возраста с последствиями поражением ЦНС.

Материалы и методы.

Было взято для анализа 15 медицинских карт детей, наблюдающихся в центре комплексной реабилитации, в возрасте от 3 до 7 лет (13 мальчиков и 2 девочки), с задержкой речевого и психоречевого развития, последствиями раннего органического поражения ЦНС и ДЦП. Во всех случаях наблюдалась сочетанная патология - задержка речевого развития, нарушение сна (ночные пробуждения, длительное засыпание), расторможенность, неусидчивость, вегетативная дисфункция (термоневроз), двигательные нарушения в виде парезов конечностей.

Во время процедуры от пациента требовалось только слушать «музыку собственного мозга». Для каждого пациента устанавливался комфортный уровень громкости. Продолжительность каждого сеанса варьировалась от 15 до 25 минут. Курс процедур БАК состоял из 10 сеансов. Сеансы проводили один раз в день, ежедневно.



Рис. 2. Сеанс биоакустической коррекции

Родителям детей, получающих процедуру, предлагалось с помощью анкеты, разработанной специалистами НИО «Клиника биоакустической коррекции» г. Санкт-Петербурга по специальной 10-балльной шкале оценить общие параметры: психо-эмоциональное состояние ребенка (эмоциональная лабильность, плаксивость, агрессивность, расторможенность поведения), сон ребенка (время засыпания, чуткость сна, продолжительность относительно возраста), речевую функцию (понимание речи, активную речь), мелкую и общую моторику ребенка, гиперактивность, концентрацию внимания.

В итоге проведенного исследования были получены следующие результаты. К концу первого курса процедур у детей отмечалось в разной степени выраженности улучшение психоэмоционального состояния в виде: снижения эмоциональной лабильности - 73 %, плаксивости - 47%, агрессивности - 66%. Уже к концу курса у 73% детей наблюдались сдвиги в речевой функции: улучшение звукопроизношения, четкости и разборчи-

вости речи, увеличился словарный запас. У 1 ребенка с заболеванием аутистического спектра не отмечалось сдвига в активной речи, но он стал лучше понимать обращенную речь и выполнять просьбы. Повысился интерес к окружающему - 87%. Дети стали более внимательны на занятиях - 93%. Улучшился сон: снизилось время засыпания у 60%, улучшилось качество сна - 33%

Проявления гиперактивности уменьшились у 66% пациентов. Улучшилась мелкая моторика (рисование, сборка мозаики и конструктора) у 60%. У ребенка с ДЦП и термоневрозом нормализовалась температура уже после пятой процедуры. Общая моторика (прыжки, бег, ходьба, выносливость) - осталась без изменения у большинства обследуемых.

Одновременно с положительными эффектами у ряда детей отмечалось кратковременное ухудшение состояния. У 14% детей к концу 1 курса процедур увеличилась плаксивость, у 13% детей удлинился временной интервал засыпания и у 7% отмечены частые пробуждения ночью. К концу 2 курса у 14% отмечено усиление гиперактивности. Все отрицательные явления, в отличие от положительных, носили обратимый характер, они исчезали через 1-2 недели после прекращения процедур.

Заключение. Преимуществом БАК является возможность ее безопасного применения в когнитивной реабилитации детей дошкольного возраста. В результате проведенного исследования, было выявлено положительное влияние метода БАК на:

- речевую функцию мозга у детей дошкольного возраста;
- психоэмоциональное состояние детей в виде снижения эмоциональной лабильности, плаксивости и агрессивности, расторможенного поведения;
- нормализацию сна;
- концентрацию внимания и снижение гиперактивности на занятиях.

Не выявлено существенных изменений в характеристиках моторной активности после проведенного курса процедур. Отрицательные эффекты БАК носят кратковременный обратимый характер.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ИГРОВОЙ ПЕСОЧНОЙ ТЕРАПИИ И ГЛИНОТЕРАПИИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СТРАХОВ У ДЕТЕЙ

Павлович В.В.

ГБУ Рязанской области «Городская детская поликлиника №2», г. Рязань

Дети в силу своих возрастных особенностей и личностного развития, а также особенностей семейного воспитания могут испытывать страхи. Страх – аффективно заостренное отражение в сознании человека, восприятие угрозы для его жизни, самочувствия и благополучия; тревога – предчувствие предстоящей угрозы, неопределенное чувство беспокойства. Состояние неопределенного, безотчетного беспокойства порождает тревогу; боязнь определенных объектов порождает страх. Страх и тревога имеют одну и ту же основу в виде чувства беспокойства.

У эмоционально неблагополучных детей, в зависимости от их жизненного опыта, взаимоотношений с родителями и сверстниками, может возникнуть как состояние тревоги, так и чувство страха. Меняется и поведение таких детей. Вместо непосредственности и открытости развивается настороженность и замкнутость, усиливается несвойственная детям ориентация на травмирующее прошлое, возникает состояние психического перенапряжения.

Страхи могут быть возрастными и невротическими. Возрастные страхи присущи эмоционально чувствительным и впечатлительным детям, в зависимости от особенностей их личностного и психического развития. Возрастные страхи возникают под влиянием следующих факторов:

- наличие страхов и тревожности у родителей или близких взрослых, воспитывающих ребенка;
- гиперопеки, избыточного предохранения ребенка от опасностей;
- частых, нереализуемых угроз взрослых в семье;
- психотравмирующих переживаний типа испуга;
- конфликтов между родителями в семье;
- психического заражения детей страхами при общении со сверстниками и взрослыми.

Невротические страхи предполагают большую эмоциональную нагрузку и напряженность, длительность течения или постоянство, взаимосвязь с другими невротическими расстройствами.

Чаще подвергаются невротическим страхам дети, в семье которых преобладают конфликтные отношения между родителями, межличностная напряженность и низкое взаимопонимание всех членов семьи, где нет авторитета взрослого и опоры на него как на источник безопасности. Под

влиянием таких неблагоприятных условий формируется характер и личность ребенка, возникают затруднения в социальной адаптации. У ребенка снижается уверенность в себе, без которой невозможна адекватная самооценка, личностная интеграция и принятие себя, полноценное общение со сверстниками.

При оказании помощи таким детям необходимо учитывать перечисленные личностные особенности, сопровождающиеся тревогой и страхом. Опыт работы с тревожными и боязливыми детьми показывает, что одной из эффективных форм психокоррекции является арт-терапевтическая работа с использованием методов игровой песочной терапии и глинотерапии. Данный метод дает оптимальную возможность работать с такими детьми, поскольку не вызывает дополнительных негативных и эмоциональных нагрузок на ребенка. Детская игра на песочном поле обеспечивает ребенку безопасность и свободу, необходимую для потенциальных возможностей его развития и исцеления. Этот вид творчества достаточно нагляден и позволяет психологу наблюдать за состоянием ребенка. Ребенок сам лепит главного героя (или героев) из глины и раскрашивает его (их) красками, сочиняет историю своих героев, строит для них воображаемый мир на песочном поле. Для ребенка игра на песке является способом рассказа о себе, своих чувствах, мыслях, о своем опыте. Все, что беспокоит его и волнует, он может выразить в игре. Ребенок, разыгрывая жизненные ситуации на песочном поле со своими героями, получает от этого определенного рода удовольствие. В процессе такой игры драматизация освобождает заблокированную энергию и активизирует возможности самоисцеления, заложенные в психике каждого ребенка.

Дети, испытывающие чувство неуверенности и страха, испытывающие необходимость в улучшении самооценки, могут обрести ощущение контроля и владения собой, получают необыкновенное ощущение «Я» в процессе использования глины. Глина – материал, который связан с землей и опорой. Ребенок может вылепить что-либо, и, если этот результат ему не понравится, может начать лепить снова, пока не получится фигура, которая его устраивает. Лепка из глины обладает уникальным свойством, она несет в себе метафору изменения: «Ты можешь изменить все то, что тебя не устраивает, все в твоих руках».

Работа с песком и глиной хорошо стимулирует и словесное выражение чувств у детей, которым не достает таких способностей. В процессе игровой терапии герои ведут беседы, делятся соображениями, мыслями, чувствами, что позволяет ребенку отреагировать трудновербализуемые переживания и достичь над ними контроля.

Впервые метод песочной терапии был применен английским детским психотерапевтом Маргарет Ловенфельд в 1930-х гг. прошлого столетия в работе с больными и психологически неблагополучными детьми.

Автор придавала большое значение тактильному контакту ребенка с песком и водой, с применением различных предметов и форм для игры в песок, а также кукол. Ребенку предоставлялась возможность свободно играть и строить «свой мир».

В настоящее время песочная терапия входит в инструментарий интегративной арт-терапии, ее активно используют в гештальт-терапии, когнитивно-поведенческой и семейной терапии, детском психоанализе. Основные механизмы игровой песочной терапии в работе с детьми:

- проработка психотравмирующих ситуаций на символическом уровне;
- отреагирование негативного эмоционального опыта в процессе творческого самовыражения;
- расширение внутреннего опыта за счет соприкосновения с глубинными уровнями психики и укрепления сознательного Я;
- изменение отношения к себе, своему прошлому, настоящему и будущему, к значимым другим;
- доверие к миру, развитие новых, продуктивных отношений с миром.

Основной целью метода является достижение эффекта самоисцеления через спонтанное творческое выражение содержаний личного и коллективного бессознательного. Включение этих содержаний в сознание способствует достижению лучшего понимания себя и большей психической целостности.

Работа с детскими страхами и тревожностью требует систематичности, определенной продолжительности и периодичности. Очевидно, что на сроки терапии влияют разные факторы, в том числе характер имеющихся у ребенка и семьи проблем. Устойчивые нарушения поведения у детей, как правило, требуют более длительной или периодически возобновляемой терапии. Наибольшую эффективность дает совместная работа детей с родителями: очевидна значительная роль семейной индукции в формировании детской тревожности и страхов. Процесс игровой песочной терапии предполагает прохождение трех стадий.

1) Стадия хаоса. Происходит отреагирование негативного эмоционального опыта и постепенное освобождение от него. Многократное повторение психотравмирующей ситуации дает возможность изменить отношение к ней. Длительность этой стадии может варьироваться от одного до нескольких занятий.

2) Стадия борьбы предполагает перенос на песочное поле внутренних конфликтов, тревожности, агрессивных тенденций, проблем во взаимоотношениях и других негативных психологических состояний. Данная стадия завершается, когда главный герой побеждает противника, ослабляя его силу, либо находит иные способы для преодоления трудной ситуации и успешного разрешения проблемы. В результате у ребенка по-

являются первые признаки уравновешенности, уверенности, снижение тревоги. Данная стадия отражает наличие адаптативных ресурсов ребенка, имеющийся приспособительный потенциал к различным условиям.

3) Стадия гармонии – восстановление нормального психического состояния, эмоциональной упорядоченности, гармонизация нарушенных адаптационных процессов.

Таким образом, создание ребенком собственных героев и проигрывание историй этих героев на песочном поле позволяет ему восстановить нарушенное эмоциональное равновесие, снизить тревожность, скорректировать некоторые неадаптивные установки, иррациональные представления, избавиться от страхов. Ребенок не задумывается о конечном результате, он получает удовольствие от самого процесса, вследствие чего этот процесс для него становится терапевтичным. Именно поэтому арт-терапевтическая работа с использованием методов игровой песочной терапии и глинотерапии эффективна при работе с такими детьми.

Литература

1. Захаров А.И. Происхождение и психотерапия детских неврозов: Монография. С.Пб.: КАРО, 2006. С.69-117.
2. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. С.Пб.: Союз, 2000.
3. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Грабенко Т.М. Чудеса на песке Практикум по песочной терапии. С.Пб.: Речь, 2005.
4. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. С.Пб.: Речь, 2004.
5. Копытин А.И., Свистовская Е.Е. Руководство по детско-подростковой и семейной арт-терапии. С.Пб.: Речь, 2010.
6. Кери Л. Семейная песочная психотерапия // Игровая семейная психотерапия (под ред. Ч. Шеффера и Л. Кери). С.Пб.: Питер, 2001. С.258-275.
7. Колошина Т.Ю., Трусъ А.А. Арт-терапевтические техники в тренинге: характеристики и использование. Практическое пособие для тренера. С.Пб.: Речь, 2007.
8. Куртышева М.А. Как сохранить психологическое здоровье детей. – СПб.: Питер, 2005.
9. Оклеандер В. Окна в мир ребенка: Руководство по детской психотерапии (пер. с англ.) М.: Класс, 2009. С.79-90, 164-178.
10. Пролкс Л. Групповая арт-терапия с маленькими детьми и их родителями. Арт-терапия – новые горизонты (под ред. А.И. Копытина). М.: Когито-центр, 2006. С.87-104.
11. Шишова Т.Л. Как помочь ребенку избавиться от страхов. Страхи – это серьезно. С.Пб.: Речь, 2007.

РЕДКОЕ НАСЛЕДСТВЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ – БОЛЕЗНЬ НИМАННА – ПИКА В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО НЕВРОЛОГА

Рожнова Г.П., Старикова Е.А., Сущевская Ю.А.

Детское неврологическое отделение с койками медицинской реабилитации для детей с нарушением функции ЦНС ГБУ РО «ОКБ им. Н.А Семашко», г. Рязань

В статье представлен клинический случай болезни Ниманна-Пика типа А, наблюдавшийся в детском неврологическом отделении с койками медицинской реабилитации для детей с нарушением функции ЦНС ГБУ РО «ОКБ им. Н.А Семашко».

Ключевые слова: наследственное заболевание, сфинголипидозы, нейродегенеративные болезни, болезнь Ниманна-Пика.

Болезнь Ниманна-Пика тип А – наследственное заболевание из группы лизосомных болезней накопления, проявляющееся нарушением функции нервной системы и (или) увеличением печени и селезенки. Среди всех случаев заболевания удельный вес типа А составляет 75-85%.

Болезнь наследуется по аутосомно-рецессивному типу, в основе лежит мутация в гене SMPD1, кодирующем сфингомиелинфосфодиэстеразу I, картированному в локусе 11p15.4-p15.1 11 хромосомы. Развитие заболевания связано с дефицитом ферментативной активности кислой сфингомиелиназы и накоплением сфингомиелина в клетках ретикулоэндотелиальной системы, мозга и печени. Гистологически в печени, селезенке, легких, лимфатических узлах, костном мозге обнаруживаются крупные клетки с пенистой цитоплазмой - «пенистые» клетки Пика.

Манифестация заболевания происходит в основном у детей в раннем возрасте (4-6 месяцев) синдромом «вялого ребенка», беспокойством, похуданием, отставанием в психофизическом развитии. Вялость может сменяться периодами возбуждения. Иногда наблюдаются гипертермические кризы, а также тошнота и рвота, диарея. Наиболее частые неврологические нарушения - центральные парезы и параличи, судорожные пароксизмы, нистагм. У ребенка наблюдается гепатоспленомегалия, желтуха, генерализованная лимфаденопатия.

На более поздних стадиях развития заболевания отмечается регресс приобретенных навыков, мышечная гипотония, угнетение сухожильных рефлексов, снижение слуха, зрения, интеллекта. Возможно развитие бронхопневмоний и асцита. В терминальной стадии формируется опистотонус, спастичность, бульбарные нарушения. Примерно у 50% пациентов при

исследовании глазного дна обнаруживается симптом «вишнёвой косточки», то есть в макулярной области выявляется вишнёво-красное пятно; также возможно помутнение роговицы. В пунктате костного мозга, лимфатических узлов, печени и селезенки обнаруживаются клетки с Ниманна-Пика с пенистой цитоплазмой за счет множества вакуолей, содержащих липиды. При проведении МРТ головного мозга может выявляться атрофия белого вещества больших полушарий, умеренное расширение желудочков и ликворных пространств, явления демиелинизации в затылочных долях. Заболевание имеет злокачественное течение, большинство детей погибает в первые 2-3 года жизни, в среднем в возрасте 21 месяцев, от легочно-сердечной недостаточности, интеркурентных заболеваний.

Больная Л. в возрасте 2 лет 2 месяцев поступила в детское неврологическое отделение «ОКБ имени Н. А. Семашко» с жалобами на слабость в конечностях, нарушение двигательной активности, кашель с затруднённым отхождением мокроты. Ребёнок от 1 нормально протекавшей беременности, наследственность, со слов родителей, не отягощена. В родах экстренное кесарево сечение по поводу вторичной слабости родовой деятельности. Вес при рождении 2750 г. В раннем периоде развивалась без отставания в моторном и речевом развитии. До 1 года наблюдалась у невролога по поводу мышечной гипотонии.

В возрасте 1 года 3-х месяцев остро заболела: повысилась температура до 39-40 градусов, увеличились печень, селезёнка, появилась сыпь. В связи с тяжестью состояния госпитализирована в инфекционное отделение РОДКБ с диагнозом: Инфекционный мононуклеоз. У ребенка появилась вялость, постепенно утрачивались двигательные навыки; состояние расценено как последствие перинатальной патологии и нейроинфекции с астенизацией. Проводилось амбулаторное лечение у невролога (витамины, ноотропы) с положительным эффектом. Однако спустя 7-8 месяцев состояние ребёнка стало прогрессивно ухудшаться: выросла мышечная слабость, произошел регресс приобретенных навыков: девочка перестала самостоятельно ходить, вставать, садиться. Неврологом консультативно-диагностического центра была направлена в детское неврологическое отделение для дообследования, уточнения диагноза и проведения лечения.

При поступлении состояние тяжёлое за счёт неврологической и соматической патологии. Отмечались одышка, проводные хрипы в лёгких, увеличение печени до +2 см, селезёнки до +6 см. Ребёнок в ясном сознании, менингеальных симптомов нет. Черепная иннервация без патологии. Сила в конечностях снижена. Определяется диффузная мышечная гипотония с лёгким гипертонусом в дистальных отделах нижних конечностей. Сухожильные рефлексы с рук и ног средней живости, симметричные. Левая чувствительность сохранена. Самостоятельно не садится, посаженная может сидеть с поддержкой. Самостоятельно не встаёт, не ходит. С

поддержкой за обе ручки стоит, делает шаговые движения. Речь в виде отдельных слов.

Проводились лабораторные и инструментальные исследования. В общем анализе крови выявлена гипохромная анемия. В биохимическом анализе крови на общий белок, белковые фракции, печёночные и почечные показатели, ферменты КФК и ЛДГ патологии не выявлено. Посев крови на гемокультуру отрицательный. Анализ крови на ВИЧ, НВС-антиген, иерсинеоз, псевдотуберкулёз, токсоплазмоз, цитомегаловирус и вирус простого герпеса отрицательные. Рентгенограмма черепа – без патологии. На рентгенограмме лёгких определяются явления бронхита, данных за пневмонию нет.

На ЭЭГ выявлены умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности. Признаки задержки формирования корковой ритмики. При УЗИ органов брюшной полости определяется увеличение размеров печени и селезёнки, селезёнка расположена в малом тазу. Осмотр окулиста: глазное дно - ДЗН сероваты, границы чёткие, вокруг ДЗН тонкие атрофические ободки, сосуды без особенностей. Симптома «вишнёвой косточки» не выявлено.

При осмотре нейрохирурга данных за объёмное образование головного мозга не обнаружено. МРТ головного мозга не проводилось из-за тяжести соматической патологии (в связи с невозможностью проведения наркоза). Осмотрена генетиком, явных данных за генетическую патологию не выявлено. Осмотр гематолога – больше данных за персистирующую вирусную инфекцию.

Диагностический поиск шёл по пути исключения опухоли мозга, наследственных нервно-мышечных заболеваний, лейкоцистоза Шольца-Гринфильда, системных инфекций.

После повторных консультаций с гематологом для исключения болезни накопления проведена костномозговая пункция. В пунктате обнаружены клетки с «пенистой» цитоплазмой – клетки Ниманна-Пика. На основании симптоматики, тяжести течения заболевания, полученных результатов обследования поставлен диагноз: болезнь Ниманна-Пика тип А. Пациентка проконсультирована специалистами Республиканского консультационно-диагностического центра МЗ РФ г. Москвы. Диагноз подтверждён.

Болезнь Ниманна-Пика типа А – редко встречающееся заболевание, с частотой 1:100000 новорожденных (1:30000 среди евреев-ашкенази). К сожалению, патогенетическое лечение данного заболевания до сих пор не разработано. Данный случай представляет интерес, так как в силу редкости данной патологии, полиморфизма клинической симптоматики пациент может оказаться на приёме у различных специалистов: гематолога, ин-

фекциониста, невролога; и только совместные усилия всех специалистов позволяют поставить правильный диагноз.

Литература:

1. Краснопольская К.Д. Наследственные лизосомные болезни. Информационное письмо. М., 2001.
2. Петрухин А.С. Неврология детского возраста. М.: Медицина, 2004.
3. Гузева В.И. Руководство по детской неврологии. М: Издательство «Медицинское информационное агенство», 2009.
4. Михайлова С.В., Захарова Е.Ю., Петрухин А.С. Нейрометаболические заболевания у детей и подростков. М: Литтерра, 2011

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ АРТ-ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ДЕТСКИХ СТРАХОВ

Симукова Т.С.

Детское неврологическое отделение с койками медицинской реабилитации для детей с нарушением функции ЦНС ГБУ РО «ОКБ им. Н.А Семашко», г. Рязань.

В статье представлены особенности применения методов арт-терапии в психокоррекционной работе с детьми в детском неврологическом отделении с койками медицинской реабилитации для детей с нарушением функции ЦНС ГБУ РО «ОКБ им. Н.А Семашко»; принципы построения арт-терапевтической работы, направленной на преодоление страхов, с детьми разных возрастных групп.

Ключевые слова: детская психология, арт-терапия, психическое развитие, психокоррекция, страхи.

Последние 10 лет стали в нашей стране временем бурного развития и освоения новых форм психокоррекции. Большой интерес специалистов и клиентов вызывает арт-терапия. Арт-терапия – метод, связанный с раскрытием творческого потенциала индивида, высвобождением его скрытых энергетических резервов и, в результате, нахождением им оптимальных способов решения своих проблем. Арт-терапия сегодня широко используется в работе с детьми с различными нарушениями развития, психосоматическими и невротическими расстройствами, нарушениями адаптации, проблемами общения с родителями и сверстниками, различными страхами.

Актуальность данной темы обусловлена тем что, наблюдения и опыт психологов и педагогов показали, что использование традиционных методов, приемов и средств в воспитании и обучении детей с различными психосоматическими и невротическими нарушениями не всегда приносит ожидаемый результат. В связи с этим возникает необходимость поиска новых эффективных методов работы с такими детьми, поэтому, наряду с использованием традиционных методов важную роль в преодолении проблем может сыграть и арт-терапия.

Арт-терапия - метод психотерапии, использующий для лечения и психокоррекции художественные приёмы и творчество, такие как рисование, лепка, музыка, фотография, кинофильмы, книги, актёрское мастерство, создание историй и многое другое.

В работе медицинского психолога детского неврологического отделения с койками медицинской реабилитации для детей с нарушением

функции ЦНС ГБУ РО ОКБ им. Н.А. Семашко используются разнообразные формы арт-терапевтической работы с детьми при различных нарушениях (изотерапия, игровая терапия, сказкотерапия, песочная терапия, музыкотерапия, библиотерапия, фототерапия).

Коррекционно-развивающие занятия с использованием методов арт-терапии направлены на регуляцию психоэмоционального состояния и на преодоление имеющихся психологических «барьеров» (страхов, фобий, тревожности, агрессивности, замкнутости). Основной целью таких занятий является гармонизация личности ребёнка при условии учёта имеющихся недостатков психоэмоциональной и личностной сфер.

Одной из частых причин обращения за помощью к психологу становятся страхи ребенка. Детские страхи глупыми не бывают. Иногда взрослым они кажутся несущественными, но только потому, что взрослые уже пережили их когда-то. Детские капризы не возникают на пустом месте, у них всегда есть причина. К сожалению, широко распространено мнение, что детские страхи уйдут, если им не потворствовать и не обращать на них внимания. Эта точка зрения ошибочна. Страхи являются глубочайшими детскими переживаниями и очень часто оставляют своеобразные «метки», проявляющиеся в более старшем возрасте.

Возрастные страхи отмечаются у эмоционально чувствительных детей как отражение особенностей их психического и личностного развития. Все дети в своем психическом развитии проходят ряд возрастных периодов повышенной чувствительности к страхам. Страхи носят преходящий характер и, если понимать причины их появления и правильно к ним относиться, чаще всего, исчезают бесследно [1].

Страхи соответствуют возрастным этапам развития ребенка. Каждый этап сопровождается возникновением нового страха, на который ребенок должен научиться адекватно реагировать и, как следствие, успешно и эффективно его разрешать. «Врожденные» (возрастные) страхи вполне естественны и объясняются тем, что в детстве фантазия, воображение и образное мышление развиваются очень быстро, бурными темпами и при этом намного опережают получение реальных знаний о мире. К тому же большая часть полученной извне информации сознанием ребенка не воспринимается, зато остается на бессознательном уровне.

Невротические страхи характеризуются большей эмоциональной интенсивностью и напряженностью, длительным течением, неблагоприятным влиянием на формирование характера и личности, взаимосвязью с другими невротическими расстройствами и переживаниями (всевозможные тики, навязчивые движения, энурез, заикание, раздражительность, агрессивность, плохая контактность с окружающими). Невротические страхи могут быть результатом длительных и неразрешенных переживаний [1]. Нередко они вызываются психическими потрясениями

или психологической травмой, например, сильным испугом, обусловленным неким вполне конкретным событием, реально произошедшим с ребенком. Но бывает, что источником приобретенных страхов чаще всего становимся мы, взрослые - мамы и папы, бабушки и дедушки, а также воспитатели и учителя, неосознанно передавая наши собственные страхи детям, которые обладают способностью чутко улавливать любую тревожность или напряжение.

Поводом для возникновения приобретенных страхов чаще всего становятся следующие моменты: большое количество запретов и избыточное предохранение малыша от опасностей (излишне настойчиво, подчеркнуто эмоционально указывая на наличие опасности); воспитание, построенное на запугивании (угрозах реализуемых и нереализуемых); конфликтные ситуации в семье; тревожность родителей (особенно мамы); разговоры при ребенке о смерти, болезнях, пожарах, убийствах; СМИ (особенно телевидение).

Взрослым нужно обязательно помочь ребенку избавиться от навязчивого страха. Родитель не должен осуждать за наличие страхов или читать наставления, призывать взять себя в руки, проявить волю и т.д. Важно, чтоб ребенок чувствовал доверие и абсолютное принятие. Детские психологи знают немало способов работы со страхами, важно вовремя обратиться за помощью к специалистам.

Арт-терапевтические методики являются прекрасным способом избавить ребенка от страхов. Накопленные эмоциональные переживания, страхи и психическое напряжение ребенок может выразить через творчество (рисунок или поделку, стихотворение, сказку) и почувствовать облегчение. Визуализировать страхи можно не только при помощи карандаша и бумаги, но и создавая их из пластилина или глины.

В ходе арт-терапевтического занятия ребенок может нарисовать то, что его волнует и прямо на рисунке изменить ситуацию (преобразовать прямо на бумаге во что-то новое и нестрашное, например, доброе или веселое). Меняя рисунок, ребенок одновременно меняет и свое внутреннее представление, находит варианты выхода из самой безвыходной ситуации.

Рисование - это занятие, которое позволяет детям ощутить чувство созидания, свободно выражая свои чувства и переживания, мечты и надежды. Оно позволяет детям быть собой. Рисование является не только отражением окружающей действительности детским сознанием, а в какой-то мере является моделированием окружающей ребенка действительности.

Для лучшего воздействия на страхи необходимо, прежде всего, установить контакт с ребенком, подразумевающий доверительное отношение как условие развития творческих возможностей и веры в себя. Затем переходим к беседе, цель которой – выявить возможные, с точки зрения самого ребенка, причины возникновения страха. Затем можно предложить ре-

бенку «поиграть» со своим страхом. Рисование, фантазирование, сочинение историй можно считать аналогом игры.

Для излечения от страхов детям предлагается зарисовать предмет своих страхов на бумаге. Если, скажем, ему во снах по ночам является какая-то чудовищная птица, то пусть нарисует её, если привидение - пусть изобразит привидение. Страхи рисуются карандашами, фломастерами или красками. Последние больше подходят для дошкольников, так как позволяют делать широкие мазки, фломастеры – для младших школьников, а для подростков – карандаши, что дает возможность детализировать изображение и стирать то, что не нравится. Детям предоставляется свобода выбора изобразительных материалов, что упрощает процедуру рисования [2]. После того, как страх будет нарисован, его можно вырезать (или вырвать из листа), ребенку дается возможность выбрать свой способ уничтожения страха.

Эффективность такого терапевтического рисования заключается в следующем. Страхи - невидимы. Человек испытывает чувство страха, предвосхищая опасность. Детские страхи обычно беспредметны, и этой беспредметностью особенно пугающие: ребенок боится, сам толком не понимая, чего же он боится. Страх же, который ребенок сумел нарисовать, приобретает реальную форму, визуализируясь, материализуясь, сразу же теряет свою таинственность, неизвестность и неизведанность. Вместе с ними в небытие уходит и «ужасность» страха: его эмоциональная значимость для психики ребенка снижается и постепенно становится абсолютно незначительной. Происходит конкретизация страхов [3].

Мало того, что страх рисуется на бумаге, так затем он еще и вырезается из нее. И ребенок может делать с ним все, что захочет, вплоть до полного уничтожения. Вместе с процессом рисования можно предложить ребенку придумать какую-нибудь историю с участием предмета его страхов. Естественно, со счастливым концом, то есть такую, из которой бы ребенок сумел выйти победителем. Если же добавить в историю толику юмора, то образ, который ранее вызывал у ребенка страх, из страшного превратится в смешной и даже нелепый, - невозможно же бояться того, что вызывает смех [4].

Очень важно, чтобы ребенок сам нарисовал свою проблему и сам придумал, как переделать рисунок, потому что это его собственное внутреннее представление, и варианты взрослого решения ему вряд ли подойдут. Арт-терапевтические методики на некоторое время «оживляют» страхи, чего бояться не нужно, так как это является одним из условий их устранения. Нужно время, чтобы ребёнок сам преодолел внутренний психологический барьер неуверенности и страха своих страхов, тогда произойдет постепенное угасание страха в его сознании и разовьётся вера в свои силы, возможности, способности.

Наилучшие результаты в работе по борьбе с детскими страхами через рисование достигаются в 5-11 лет, в возрасте активного интереса к рисованию. В младшем дошкольном и в подростковом возрасте лучше использовать игровые способы устранения страхов. Если же подросток продолжает рисовать и обнаруживает способности в этом направлении, то эффект от рисования будет таким же ярким, как и раньше [2].

В первую очередь посредством рисования удается устранить страхи, порожденные воображением, - то есть то, что никогда не происходило, но может произойти (в представлении ребенка). Затем по степени успешности устранения идут страхи, основанные на реальных травмирующих событиях, но произошедших достаточно давно и оставивших не очень выраженный к настоящему времени эмоциональный след в памяти ребенка. Недостаточный эффект от рисования страхов наблюдается, когда-то или иное пугающее событие, например, пожар, избиение, застревание в лифте, укус собаки и т.д., были недавно. В этом случае более целесообразно отвлечь ребенка или в игре эмоционально отреагировать психическую травму с целью изменения отношения к ней.

Практический опыт психокоррекционной работы средствами арт-терапии показывает ее большой терапевтический и коррекционный эффект. Применение методик арт-терапии в коррекционной работе с детьми с невротическими нарушениями вызывает у них положительные эмоции, помогает бороться со страхами и тревожными состояниями, преодолевать апатию и безынициативность; снижает утомление, негативные эмоциональные состояния, облегчает процесс коммуникации со сверстниками, педагогами, взрослыми. Дети обретают уверенность в себе, у них появляются ощущение защищенности, внутреннего комфорта и свободы, расширяются возможности их социальной адаптации, изменяются негативные стереотипы поведения. Положительные результаты наблюдаются в интеллектуальном, социальном, эмоциональном и личностном развитии.

Литература

1. Киселева М.В. Арт-терапия в работе с детьми: руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. С.Пб.: Речь, 2018.
2. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. С.Пб.: Союз, 2000.
3. Михальченко К.А. Арттерапия в системе психокоррекционной помощи детям с проблемами в развитии // Актуальные вопросы современной психологии: материалы Междунар. науч. конф. (г. Челябинск, март 2011 г.) - Челябинск: Два комсомольца, 2011.
4. Грегг М. Ферс. Тайный мир рисунка. Перевод с англ. – СПб «Деметра», 2003.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

*Шарапина Н.М., Долбова С.И., Стежкина Е.В. *, Алена Ю.В., Газетова Е.А.*

ГБУ РО «Городская детская поликлиника №7», * Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, кафедра факультетской и поликлинической педиатрии с курсом ФДПО.

Бронхиальная астма – это гетерогенное заболевание, которое характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей и диагностируется по респираторным симптомам свистящего дыхания, одышки, стеснения в груди или кашля, переменных по длительности и интенсивности, в сочетании с обратимой обструкцией дыхательных путей [1]. По данным ВОЗ, бронхиальная астма наиболее распространенное хроническое заболевание во всем мире среди детей и молодых людей. Из-за раннего начала заболевания (один из четырех человек в общей популяции заболевает астмой в возрасте до 40 лет). Она является одной из основных причин инвалидности и снижения качества жизни больных. Проблема неконтролируемой астмы требует значительного увеличения расходов на здравоохранение и способствует значительной потере производительности труда.

Эпидемиологические данные свидетельствуют о росте распространенности бронхиальной астмы по всему миру. Согласно отчету Глобальной сети Астмы (The Global Asthma Network), в настоящее время около 334 млн. человек страдают данным заболеванием, 14 % из них – дети. Международные исследования бронхиальной астмы и аллергии детского возраста (International Study of Asthma and Allergies in Childhood - ISAAC) распространенности симптомов бронхиальной астмы как у детей дошкольного возраста по данным на 2017 г. составила: у детей 6-7 лет 11,1% - 11,6%, среди подростков 13-14 лет 13,2% - 13,7% [1].

В Рязанской области, согласно отчетам пульмонологического отделения ГБУ РО ОДКБ имени Н.В. Дмитриевой, на протяжении последних 3-4 лет сохраняется ведущее место бронхиальной астмы в структуре хронической респираторной патологии детского возраста, соответственно 57% в 2016 году, 55% - в 2017 году и 53% - в 2018 году [3]. В рамках программы стационар замещающих бережливых технологий, актуальной проблемой является развитие дневных стационаров амбулаторно – поликлинического звена оказания медицинской помощи детям. В данной статье представлены результаты анализа реабилитации детей с бронхиальной астмой в условиях дневного стационара ГБУРО «Городская детская поликлиника № 7» г. Рязани.

Следует отметить, что количество детей с зарегистрированных диагнозов «Бронхиальная астма», наблюдаемых в поликлинике, увеличился, что отражает общую тенденцию к высокому распространению респираторных аллергических заболеваний и улучшение первичной диагностики в амбулаторной практике.

На июнь 2019 года число детей с бронхиальной астмой на территории обслуживания ГБУРО Городская детская поликлиника 7 составило 277 человек, что составляет более 70% от всех хронических бронхолегочных заболеваний. В структуре больных бронхиальной астмой преобладают больные с легким персистирующим течением 53%, больные со средним и тяжелым течением заболевания составляют 25% и 2% соответственно (рисунок 1).

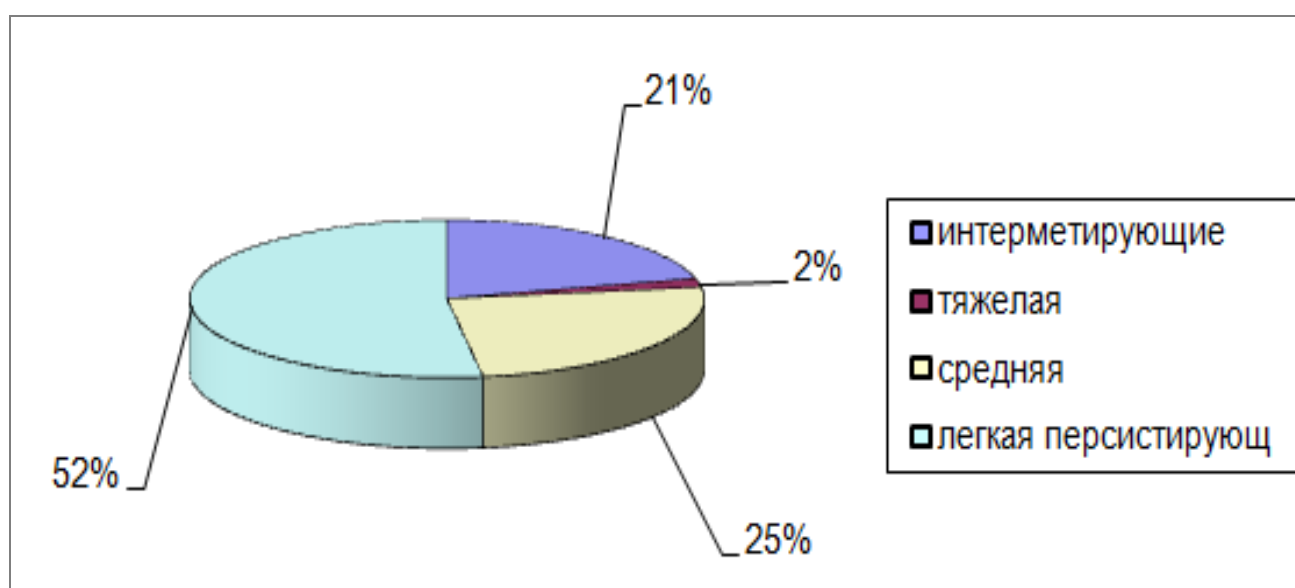


Рис. 1. Структура заболеваемости бронхиальной астмы у детей по течению заболевания

Все дети с зарегистрированной бронхиальной астмой подлежат диспансерному наблюдению участкового педиатра и врача пульмонолога поликлиники. Врач пульмонолог назначает и контролирует базисную терапию бронхиальной астмы и определяет порядок и объем их лечения на втором (амбулаторно – поликлиническом) этапе реабилитации. 53% детей проводят мониторинг функции внешнего дыхания методом пикфлоуметрии.

С целью реабилитации детей с бронхиальной астмой активно используется дневной стационар поликлиники. Он был организован в 1992 году и является структурным подразделением поликлиники и предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

Дневной стационар функционирует на 18 коек, входит в состав восстановительного отделения и работает в две смены для удобства пациентов. Стационар занимает отдельную комнату площадью 35,3 м², имеет отдельный вход, исключающий контакт здоровых детей с больными детьми.

Целью реабилитации больных бронхиальной астмой является профилактика инвалидизации и улучшение качества жизни. Реабилитация основана на принципах раннего начала, непрерывности и индивидуального подхода к каждому пациенту. В рамках разработки программ реабилитации используется расчет реабилитационного потенциала.

Реабилитационный потенциал, оцениваемый на уровне организма ребенка, включает следующие критерии:

1. степень выраженности дефекта с учетом возможностей компенсации (легкая, умеренная, выраженная);
2. характер течения основного заболевания (регредийный, стационарный, прогрессивный);
3. наличие и характер течения сопутствующих хронических заболеваний (отсутствие, регредийный, стационарный, прогрессивный);
4. физическое развитие (среднее, ниже среднего, выше среднего) и его гармоничность (гармоничное, дисгармоничное);
5. биологическая зрелость (соответствует возрасту; отстает, опережает на 1–2 года; отстает, опережает, более чем на 2 года);
6. функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и дыхательной системы (хорошее, среднее, низкое);
7. функциональное состояние центральной нервной системы (норма, снижение — легкое, умеренное, значительное);
8. интеллект (не нарушен, снижение — легкое, умеренное, значительное);
9. мышление (не нарушено, нарушение — легкое, умеренное, значительное);
10. эмоционально-волевые нарушения (отсутствуют, нарушение — легкое, умеренное, значительное);
11. речь (не нарушена, нарушение — легкое, умеренное, значительное);
12. моторный возраст (соответствует календарному, отстает на 1,2 года, более чем на 2 года);
13. физическая подготовленность (соответствует нормативам, отстает на 1–2 года, более чем на 2 года).

Каждый критерий имеет градацию, выраженную в баллах (от 3 баллов при значении параметра, соответствующего норме или незначительном его отклонении, до 0 при выраженных отклонениях). По сумме набранных баллов определяется величина реабилитационного потенциала. Высокому уровню соответствует градация 31–43 балла, среднему - 15–30, низкому - 9–14 баллов.

Для реабилитации на амбулаторном этапе мы отбирали детей с высоким и средним уровнями реабилитационного потенциала. План оценки реабилитационного потенциала пациента с бронхиальной астмой включал:

1. Выявление причины длительного кашля или бронхообструктивных состояний
2. Исключение врожденную патологию легких (рентгенограмма, КТ легких по показаниям)
3. Дифференциальную диагностику аллергических заболеваний легких, инфекционного процесса, патологии носоглотки, психогенного аспекта кашля.
4. Подбор лечения

Для реализации реабилитационного плана проводилось следующее обследование:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Биохимия крови (СРБ, ПКТ)
4. Рентгенограмма легких
5. Рентгенограмма придаточных пазух носа, носоглотки.
6. КТ легких (по показаниям)
7. УЗИ сердца
8. Мазок из носа на эозинофилы (риноцитология)
9. Кровь на общий иммуноглобулин Е или фадиатоп
10. Консультация пульмонолога или аллерголога - иммунолога (по показаниям).
11. Аллергопробы
12. Spiрограмма (при первичной диагностике – бронхолитическая проба с сальбутамолом)
13. Пикфлоуметрия

На основании проведенного анализа разрабатывался индивидуальный план диспансерного наблюдения (таблица 1).

Таблица 1.

Программа диспансерного наблюдения детей с бронхиальной астмой

Частота осмотра специалистами: Участковый педиатр – при тяжелом течении – 1 раз в месяц; при легкой и средней степени тяжести – 1 раз в квартал; при стойкой ремиссии – 2 раза в год.

Осмотр аллерголога – 1 раз в 3 месяца при среднетяжелой астме; при легкой – 1 раз в 6 месяцев. ЛОР-врач, стоматолог- не реже 2 раз в год.

Дополнительные методы обследования: Клинический анализ крови, цитология мокроты (мазка отпечатка со слизистой носа), пикфлоуметрия, спирография, аллергологическое исследование. По показаниям рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Эффективность диспансеризации, критерии снятия с учёта:

Наличие полного контроля над заболеванием: Отсутствие (≤ 2 эпизодов в неделю) дневных симптомов, ограничений повседневной активности, включая физические нагрузки. Отсутствие ночных симптомов или пробуждений из-за астмы, отсутствие (≤ 2 эпизодов в неделю) потребности в препаратах «скорой помощи». Нормальные или почти нормальные показатели функции легких. Отсутствие обострений. Передача в подростковом возрасте под наблюдение врача- терапевта и аллерголога.

Основные пути оздоровления:

Ранняя реабилитация предусматривает купирование приступа; устранение контакта с причинно-значимыми аллергенами и триггерами: исключение из рациона продуктов, лекарственных средств, являющихся причиной обострений заболевания.

Поздняя реабилитация предусматривает проведение базисной терапии, максимальное снижение частоты воздействия неспецифических триггерных факторов; предупреждение ОРВИ; специфическая иммунотерапия, дыхательная гимнастика. Рациональная организация быта с исключением активного и пассивного курения, максимальное разобщение с аллергенами.

На этапе восстановительного лечения проводится коррекция иммунологических нарушений. Используются курортные факторы реабилитации, переход к физической активности, ЛФК, массаж, психотерапия.

Обучение больного и членов его семьи умению использовать необходимые лекарственные средства, проводить самоконтроль состояния, вести дневник самонаблюдения (астма-школа).

Режим вакцинации в полном объеме по индивидуальному плану с проведением необходимых подготовительных мероприятий.

Программа реабилитации детей, страдающих бронхиальной астмой, на базе дневного стационара включала осмотр педиатра, консультации «узких специалистов» при наличии сопутствующей патологии, дополнительные диагностические обследования, и комплекс реабилитационных процедур: лекарственная терапия с коррекцией базисной терапии, все дети получают курс ЛФК с дыхательной гимнастикой, энтеральную оксигенотерапию, галотерапию, всем детям проводится курс оздоровительного массажа грудной клетки, при наличии аллергического ринита дети дополнительно получают эндоназальную лазеротерапию. И два раза за время курса лечения дети посещают термокамеру.

Немедикаментозные методы лечения проводятся в сочетании с базисной терапией с целью уменьшения объема и длительности применения

лекарственных средств, улучшения бронхиальной проходимости функционального состояния центральной и вегетативной нервной систем, продления ремиссии заболевания, повышения толерантности к физической нагрузке.

Оценка эффективности реабилитационного лечения проводилась путем катамнистического анализа амбулаторных карт детей с бронхиальной астмой, получивших курс лечения на дневном стационаре поликлиники (30 детей в возрасте от 4 до 14 лет) и контрольной группы детей с бронхиальной астмой, не прошедших курс реабилитации (29 детей в возрасте от 4 до 14 лет).

Данные анализа показывают, что в группе детей, получивших курс реабилитации, отмечается снижение общей заболеваемости ОРВИ, снизилось количество приступов и эпизодов заболевания, отмечается также положительная динамика показателей пикфлоуметрии, по сравнению с контрольной группой. Все это привело к уменьшению объема базисной фармакотерапии, объему терапии астмы в режиме по требованию, значительному снижению процента госпитализации по поводу астмы, росту контролируемых форм бронхиальной астмы и повышению качества жизни и социальной адаптации детей с БА.

Таким образом, использование стационар замещающих технологий в реабилитации детей с бронхиальной астмой является эффективным методом лечения и профилактики обострений данного хронического заболевания.

Литература

1. GINA, 2019
2. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей: стратегия лечения и профилактики», 2017
3. Отчет пульмонологического отделения ГБУ РО ОДКБ имени Н.В. Дмитриевой за 2018 г.

Контактная информация:

Стежкина Е.В. - ассистент кафедры факультетской и поликлинической педиатрии с курсом ФДПО Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова; Моб.: 89105045171; E-mail: polus1972@yandex.ru.

ВОЗМОЖНОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Калайдова И.А., Кочетова М.В., Степанищев А.Ю.

ГСКУ ЛОДС “Мечта”, с. Капитанщино, Липецкая область.

В статье представлены результаты применения комплексного лечения детей с ожирением. Было пролечено 154 человека. Дети получали диетическое питание, ЛФК и массаж, физиолечение, терренкур. Среднее снижение массы тела к концу заезда составило 2,87 кг.

Ключевые слова: детский санаторий, ожирение, лечебная физкультура, диета, физиолечение.

Ожирение – это гетерогенная группа наследственных и приобретенных заболеваний, связанных с избыточным накоплением жировой ткани в организме. В последние десятилетия избыточная масса тела и ожирение стали одной из важнейших проблем для жителей большинства стран мира. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более миллиарда человек на планете имеют лишний вес, зарегистрировано более 300 млн. больных ожирением. При этом 30 млн. детей и подростков характеризуются наличием избыточной массы тела и 15 млн. имеют ожирение.

По данным эпидемиологических исследований, в Российской Федерации распространенность избыточной массы тела у детей в разных регионах России колеблется от 5,5 до 11,8%, а ожирением страдают около 5,5% детей, проживающих в сельской местности, и 8,5% детей - в городской. В Липецкой области порядка 11% детей и подростков наблюдается врачами с диагнозом ожирение.

Детское ожирение влечет за собой как краткосрочные, так и долгосрочные неблагоприятные последствия для физического и психосоциального здоровья, и во многом является фактором риска для развития сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, ортопедических проблем и психических расстройств.

Пациенты и методы

Учитывая актуальность проблемы распространения ожирения среди детского населения в сентябре 2016 г при поддержке управления здравоохранения Липецкой области на базе ГСКУ ЛОДС “Мечта” организованы целевые заезды для детей с повышенной массой тела. Программа по отбору детей, комплексу лечебных мероприятий, работы психолога с пациентами и их родителями была разработана совместно специалистами санато-

рия и Липецкого государственного педагогического университета кафедры адаптивной физкультуры.

Работа по отбору детей для целевого заезда проводится совместно с главным внештатным эндокринологом Липецкой области и эндокринологами и кардиологами областной детской больницы г. Липецка, главными педиатрами районов области. Главным критерием для отбора детей является наличие повышенной массы тела, перед поступлением каждый ребенок был осмотрен эндокринологом, кардиологом. У большинства детей установлен экзогенно-конституциональный тип ожирения, сопровождающийся малоподвижным образом жизни.

Так как у большинства детей ожирение тесно связано с домашними (семейными) привычками к неправильному питанию и к малоподвижному образу жизни, то было принято решение включить в программу санаторного лечения беседы с родителями. Первая беседа проводится в день заезда, содержала информацию о режиме дня, необходимости соблюдения диетпитания во время санаторного лечения, а именно исключения из домашних передач продуктов повышенной калорийности, о возможных осложнениях ожирения детского возрасте со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной, костно-мышечной систем. Вторая беседа проводится в середине заезда и содержала информацию о промежуточных результатах лечения, о снижении массы тела, о повышении толерантности к физической нагрузке. Третья беседа - в день выезда из санатория и посвящена формированию приверженности к здоровому питанию, активной физической нагрузке и подвижному образу жизни. За два с половиной года организовано 5 целевых заездов, длительность заезда – 21 день. Пролечено 154 ребенка, из которых было 67 девочек и 87 мальчиков.

В день заезда осмотры детей проводятся совместно с представителями кафедры адаптивной физкультуры Липецкого педагогического университета с целью определения выраженности степени ожирения, толерантности к физической нагрузке, соотношение мышечной и жировой ткани. На основании первичного осмотра дети делятся на три подгруппы для занятий ЛФК в зависимости от толерантности к физической нагрузке.

Суммарно по заездам распределение в начале лечения было следующим: А – плохая переносимость; от 16 до 30% детей в заезд; В – средняя переносимость; от 40 до 60% детей в заезд; С – хорошая переносимость; 30-35% детей в заезд.

В период пребывания пациенты получали комплексное лечение, включающее диетическое питание, ЛФК, массаж, водо- и бальнеопроцедуры, термотерапию, аппаратную физиотерапию, терренкур. Количество процедур на одного ребенка в среднем в течение 1 заезда составило 56.

Всем пациентам был назначен стол №8 с целью воздействия на обмен веществ и устранения избыточных отложений жира. Для этой диеты уменьшена энергоценность рациона за счет углеводов, легкоусвояемых жиров (в основном животных) при нормальном или незначительно повышенном содержании белка; ограничены свободная жидкость, поваренная соль и возбуждающие аппетит продукты и блюда. Режим питания: 5 раз в день.

ЛФК и массаж проблемных зон также получали все дети. Согласно рекомендациям ВОЗ, адекватная физическая активность для детей и подростков в возрасте 5-17 лет подразумевает ежедневные занятия продолжительностью не менее 60 минут в день. Физическая активность свыше 60 минут в день дает дополнительные преимущества для здоровья. Для снижения веса большая часть ежедневных занятий физической активностью должна быть посвящена аэробике. (Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья, ВОЗ, 2010 г). Основными задачами ЛФК является улучшение и нормализация обмена веществ, в частности жирового обмена; уменьшение избыточной массы тела; восстановление нарушенной корреляции ведущих параметров физического развития. Подбор средств лечебной физкультуры должен соответствовать возрастным и индивидуальным особенностям больных, а также обеспечивать повышенные энергозатраты.

В первой половине дня с детьми проводилась лечебная гимнастика в течение 35 – 40 минут. Во второй половине дня проводились занятия на тренажерах: велотренажер, беговая дорожка, гребной тренажер, фитнес-центр фирм Kettler, Torneo в течение 20 – 30 минут, гимнастика на фитболах 20 – 30 минут, терренкур 20 – 30 минут в среднем темпе. В занятия включались разнообразные виды общеразвивающих упражнений и упражнений прикладного характера в виде ходьбы, бега, прыжков с постепенно повышающейся нагрузкой. Для этого применялись способы увеличения нагрузки: подбор упражнений преимущественно для крупных и средних групп мышц, увеличение общей длительности занятий, использование отягощений и сопротивлений. Значительное место уделялось упражнениям для мышц брюшного пресса, включались дыхательные упражнения, подвижные игры. Ручной массаж дети получали на область живота и боковые поверхности спины по 15 – 20 минут №10.

Патогенетически обосновано применение естественных и преформированных физических факторов. Физические методы лечения способствуют лучшей переносимости больными малокалорийной диеты, большей редукции массы тела, коррекции нежелательных метаболических сдвигов, повышению неспецифической резистентности организма.

Все дети получали энтеральную оксигенотерапию (кислородный коктейль) с целью активации процессов клеточного обмена, повышения

переносимости физической нагрузки, нормализации моторной функции толстого кишечника.

Водолечение (струевой душ, подводный душ-массаж, гидромассажные ванны) использовалось у 93,6% пациентов. Струевой душ назначался при температуре воды 35 - 36°C, давление 1,5 атмосферы по 1-1,5 минуте на места наибольшего отложения жира – зоны задней поверхности бедер, ягодиц, передней брюшной стенки – по часовой стрелке, общее время воздействия до 5 минут через день, всего на курс лечения 8-10 (кафедра водолечебная «Вуокса», ООО «Физиотехника», г. Санкт-Петербург).

Гидромассажная ванна (ванна водолечебная «Оккервиль» гидромассажная, ООО «Физиотехника» г. Санкт-Петербург) проводилась при температуре воды 36°C, продолжительность 10-15 минут через день № 8-10. Подводный душ массаж отпускался под давлением струи 1,0-2,0 атмосферы при температуре воды в ванне 36°C продолжительностью 10-15 минут, 2 - 3 раза неделю (ванна водолечебная «Гольфстрим», ООО «Физиотехника» г. Санкт-Петербург).

С целью снижения массы тела издавна используют суховоздушные горячие процедуры. В комплексном лечении у 38,7% пациентов применялась аромасауна («Аппарат аэрозольтерапии комбинированный АЗТ-01», ООО «Успех» г. Красноярск). Для усиления лечебного воздействия во время процедуры в термокамеру впрыскиваются ароматические масла на основе пихты. Температура в камере 55-60 градусов, продолжительность процедуры 12-13 минут 2 раза неделю.

Более половины пациентов (61,3%) посещали бассейн с минеральной водой из скважины санатория, которая в соответствии с бальнеологическим заключением, выданным Российским научным центром медицинской реабилитации и курортологии Минздрава России, относится к среднеминерализованной сульфатно-хлоридной натриевой с высоким содержанием бора и железа. При плавании компоненты воды проникают в организм через кожу, попадают в кровь и непосредственно влияют на работу внутренних органов и систем человека, улучшают кожный крово- и лимфообращение, обмен веществ, психоэмоциональный статус.

У детей с синдромом вегетативной дисфункции применяли электросон. Использовался аппарат для терапии электросном «Нейросон» (ООО «Каскад-ФТО» г. Москва). Методика глазнично-затылочная, частота 10-20 Гц, сила тока до ощущения вибрации (до 1,5-2 мА), продолжительность 20-30 минут через день. Использовались методики электростимуляции (87,1%). Воздействие синусоидальными модулированными токами проводилось на прямые мышцы живота и на четырехглавую мышцу бедер при следующих параметрах: переменный режим, II род работы, частота 30 Гц, глубина модуляции 75-100 %, сила тока до появления выраженной виб-

рации, продолжительность 10 минут на поле, курс лечения – 10-12 процедур (аппарат низкочастотной терапии «Амплипульс-5Бр», ООО «НПФ «Электроаппарат» г. Брянск). Также электростимуляция проводилась с аппарата для многоканальной динамической электростимуляции мышц «Миоволна» (ООО «Трима» г. Саратов) с помощью 5 парных электродов, которые фиксировались на проблемных зонах. Длительность первых 3-х процедур 10-15 минут в режиме мягкой стимуляции, последующие процедуры в режиме жёсткой стимуляции до сокращения мышц передней брюшной стенки.

Результаты

У детей снижается вес, ИМТ и процент абдоминального жира, улучшаются общее состояние и показатели проб на физическую нагрузку, меняется характер питания, формируется мотивация к повышению двигательной активности и здоровому образу жизни. Многие дети с проблемой повышенного питания приезжают в санаторий на повторные курсы лечения.

Среднее снижение массы в середине заезда составляет 1,97 кг, к концу заезда – 2,87 кг. Максимальное - 10,85 кг, минимальное -300 гр. 48(31%) детей снизили вес менее 2 кг, 90 (58,6%)детей от 2 до 5 кг, 16(10,4%) детей более 5 кг.

Распределение детей по толерантности к физической нагрузке в начале заезда: А – плохая переносимость: от 23% детей; В – средняя переносимость: от 45% детей; С – хорошая переносимость: 32% детей. По окончании курса санаторного лечения распределение по толерантности к физической нагрузке выглядит следующим образом: Группа А – плохая переносимость 8%; Группа В – средняя переносимость 27%; Группа С – хорошая переносимость 65%.

При выписке детям выдавали памятки с рекомендациями по образу жизни, физическим упражнениям и питанию, проводилась беседа с родителями о важности закрепления достигнутых успехов по снижению веса у детей.

В настоящий момент создается база данных детей, пролеченных по целевым заездам с повышенной массой тела для формирования обратной связи в периоды между санаторными курсами лечения для получения информации о том, как дети придерживаются советов по здоровому питанию и достаточной физической нагрузке, полученных при выписке.

Заключение

Для лечения ожирения разработано много методик, которые приводят к снижению массы тела. Предложенные комплексы, состоящие из диетического питания, ЛФК и массажа, физических факторов, терренкура способствуют уменьшению жировой массы, формированию здорового образа жизни. Успех лечения ожирения зависит от комплексного и система-

тического применения мероприятий в течение нескольких лет. Отсутствие эффекта обусловлено чаще всего тем, что больным не удается изменить сложившиеся привычки в отношении питания.

Литература

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению ожирения у детей и подростков / Российская ассоциация эндокринологов / Под ред. Дедова И.И., Петерковой В.А. М., 2013.
2. Физиотерапия: национальное руководство / Под ред. Пономаренко Г.Н. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
3. Хан М.А. и др. Физическая и реабилитационная медицина в педиатрии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЛЮМБАЛГИИ В УСЛОВИЯХ МЕСТНОГО САНАТОРИЯ

И.К. Ларинская, Н.Е. Ларинский, А.А. Черныш

1. МСЧ МВД России по Рязанской области, 2. ООО Санаторий «Солотча», г. Рязань

Хроническая люмбалгия на фоне остеохондроза поясничного отдела – наиболее тяжелая форма дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника. В ее основе – дегенерация диска с последующим вовлечением в патологический процесс тел смежных позвонков, межпозвонковых суставов и связочного аппарата [1].

Для хронической люмбалгии на фоне остеохондроза поясничного отдела позвоночника характерны те же изменения, что для остеоартроза (ОА) любой другой локализации: деформация суставов, дегенерация хряща, изменения в связочном аппарате [2]. Но ее особенностью является то, что в отличие от ОА суставов, остеохондроз является основной причиной вертеброгенных заболеваний периферической нервной системы – радикулопатии, дорсалгии, миофасциального синдрома, рефлекторных вегетативно-болевых синдромов и миелопатии [3].

Хроническая люмбалгия позвоночника – одно из самых распространенных хронических заболеваний человека. В последнее десятилетие отмечается устойчивая тенденция к омоложению контингента больных остеохондрозом, а также к утяжелению форм болезни и развитию дискогрыжевых осложнений [1]. Одно из самых мучительных проявлений заболевания, приводящее к значительному снижению качества жизни и утрате трудоспособности, – боль в спине, сопровождающая корешковые и мышечно-тонические синдромы при остеохондрозе. Боль в пояснице встречается часто; ежегодная заболеваемость – 2–5%; 70–90% людей рано или поздно испытывают приступ боли в пояснице [4]. Распространенность шейной боли у мужчин и женщин от 25 до 74 лет – 8,2% [5].

Специалистами подмечено одно существенное обстоятельство: в отечественной литературе широко опубликованы результаты лечения боли в спине всеми доступными методами физиотерапии, массажа, мануальной терапии, лечебной физкультуры, что свидетельствует об отсутствии единого подхода, устраняющего причину заболевания. Каждый метод воздействует на какой-то один механизм, одно патологическое звено [6, 7]. Основной целью лечения независимо от локализации поражения является устранение болевого синдрома. Из этого вытекает актуальность, с одной стороны, поиска универсальных методов лечения; с другой сторо-

ны, привлекает внимание использование в лечении синдромов остеохондроза позвоночника низкочастотного «бегущего» магнитного поля, в известной мере такой многосторонностью обладающего [8].

Целью авторов было оценить эффективность применения магнитотерапии с определенными параметрами на разных стадиях течения хронической люмбалгии на фоне остеохондроза поясничного отдела позвоночника.

Обследованы 60 пациентов (32 мужчины и 28 женщин) в возрасте от 35 до 55 лет (в среднем – $46,3 \pm 1,1$ года) с острой болью в спине, связанной с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника. Длительность заболевания в среднем – 7,5 года. Все пациенты прошли тщательное вертебро-неврологическое исследование [8, 9]. У всех больных тщательно собирался анамнез; особое внимание обращали на возраст начала и продолжительность заболевания, факторы, провоцирующие обострение, характер боли, ее локализацию и наличие иррадиации.

До начала лечения все пациенты в основном жаловались на боль в пояснице, иррадирующую в ногу; часто боль была двусторонней, диффузной, максимально выраженной в области ягодиц и бедер или по средней линии («централизация боли»). При осмотре симптомов «выпадения» не отмечалось: сухожильные рефлексy сохранены, снижение чувствительности отсутствовало, слабость и атрофия мышц не выявлялись; у 10% пациентов присутствовали симптомы натяжения.

Длительность обострения у всех пациентов не превышала 6 недель. Все больные прошли рентгенологическое обследование позвоночника, женщины осмотрены гинекологом, мужчины – урологом (у пациентов старше 40 лет исследовали кровь на простатспецифический антиген, PSA). Проводились общеклинические анализы крови и мочи. При рентгенографии позвоночника были исключены травматические или патологические переломы, инфекционные и воспалительные заболевания, первичные или метастатические опухоли, аномалии развития позвоночника. Кровь для лабораторных анализов забирала до начала комплексного лечения и через 15 дней. Критериями невключения в исследование были: аллергия на нестероидные противовоспалительные препараты или непереносимость физиотерапии; применение противовоспалительной или анальгезирующей терапии в течение 3 дней до начала исследования; ИБС; аспириновая триада; язвенный анамнез; гипертоническая болезнь высоких степеней риска; патология печени; миома; доброкачественная гиперплазия предстательной железы; глаукома; болезни крови и одновременный прием психостимуляторов, антидепрессантов, антигипоксантов, седативных препаратов.

Пациенты были разделены на 2 группы: основную (n=30) и контрольную (n=30). Группы были сопоставимы по полу, возрасту и клинической картине заболевания.

Минимальный курс лечения каждого пациента составлял 14 дней. Пациенты основной группы получали мелоксикам по 7,5 мг 2 раза в день, омепразол – 20 мг утром, толперизон – по 50 мг 3 раза в день в течение 7 дней, затем – мелоксикам в свечах по 15 мг 1 раз в день в течение 7 дней и магнитотерапию (аппарат «АЛМАГ+», регистрационное удостоверение от 23.10.17 № РЗН 2017/6194) на эпицентр боли и зоны иррадиации.

В первые 7 дней процедуры магнитотерапии проводились следующим образом (режим 3): расположение излучателей – в виде матрицы (в зонах иррадиации на нижней конечности – в виде гибкой линейки). Частота магнитного поля – 100 Гц, вид магнитного поля – неподвижное (пульсирующее), магнитная индукция – 6 ± 2 мТл, продолжительность процедуры – 20 мин. Воздействие на зоны иррадиации проводилось в том же режиме. С 8 по 14 дни применялся режим 1 (основной): частота магнитного поля – 6,25 Гц, магнитное поле – «бегущее», магнитная индукция – 20 ± 6 мТл, продолжительность процедуры – 20 мин. Для воздействия на зоны иррадиации использовался тот же режим. Пациенты контрольной группы (n=30) получали мелоксикам, омепразол и толперизон в тех же дозах и при той же продолжительности приема. Эффективность лечения оценивали в баллах по динамике жалоб больных:

- по шкале Освестри;
- по визуальной аналоговой шкале (ВАШ);
- по шкале состояния здоровья (SF36 Health Status Survey).

Состояние пациентов по указанным шкалам оценивали дважды: на момент включения в исследование и после окончания его курса (15 день).

Для статистической обработки результатов использовали программу «Биостат» с применением критерия Стьюдента при нормальном распределении данных и непараметрических критериев Уилкоксона и Крускала–Уоллиса при распределении, отличном от нормального. У одного пациента наблюдался умеренный отек век, но его связь с проводимой терапией не являлась определенной.

После лечения в обеих группах достоверно ($p < 0,05$) улучшилось общее состояние здоровья пациентов (благодаря обезболивающему эффекту и улучшению аффективного состояния), достоверно ($p < 0,05$) купировался болевой синдром, достоверно ($p < 0,01$) повысилась активная повседневная деятельность, т.е. курс комплексного лечения продемонстрировал хорошую эффективность при лечении обострений поясничного остеохондроза. В процессе лечения у большинства пациентов восстановилась двигательная активность, улучшился сон, систематически нарушавшийся из-за болей в спине, увеличилась продолжительность непрерывной

ходьбы, стояния и сидения без боли, восстановились способность к самообслуживанию, трудоспособность. Однако при анализе результатов обращает на себя внимание то, что результаты по шкалам Освестри, ВАШ и состояния здоровья в основной группе были достоверно выше, чем в контрольной.

Процедуры магнитотерапии всеми пациентами переносились хорошо, их отмены не потребовалось ни у одного больного. На протяжении курса лечения у пациентов не отмечено обострения заболеваний, которые обычно наблюдаются на фоне физиотерапевтического лечения. Изложенное позволяет заключить, что:

- низкочастотная магнитотерапия с параметрами, задаваемыми в зависимости от стадии заболевания, является безопасным высокоэффективным компонентом комплексного лечения больных поясничным остеохондрозом с болевым синдромом;
- магнитотерапия хорошо сочетается с медикаментозным лечением и легко переносится пациентами;
- благодаря безопасности применения магнитотерапии с указанными параметрами ее можно рекомендовать для лечения остеохондроза и его неврологических осложнений не только в лечебных учреждениях, но и в домашних условиях по рекомендации врача как реабилитационное мероприятие после выписки из стационара.

Литература

1. Физическая и реабилитационная медицина: национальное руководство. Под ред. Г.Н. Пономаренко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; 688 с.
2. Пайл К., Кеннеди Л. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход; пер. с англ. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011; 368 с.
3. Пономаренко Г.Н. Медицинская реабилитация. М.: ГЭОТАР-Медиа, 4. 2014; 360 с.
5. Физикальное исследование костно-мышечной системы. Иллюстрированное руководство. Пер с англ. / М.: Издательство Панфилова,
6. БИНОМ, Лаборатория знаний, 2011; 472 с.
7. Барташевич В.В. Лечение рецидивов болевого синдрома у больных
8. с поясничным остеохондрозом. Неврол. вестн. Юга России. 2007; 3: 9–12.
9. Величенко В.К. Дистрофические заболевания позвоночника и суставов. Пермь: Изд-во «Звезда», 2007; 214 с
10. Дривотинов Б.В. Неврологические нарушения при поясничном остеохондрозе. 2-е изд. Минск: «Беларусь», 2008; 148 с.
11. Максимов А.В., Кирьянова В.В., Максимова М.А. Лечебное применение магнитных полей. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2013; 3:34–9.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ МАРИИ МОНТЕССОРИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Сильванович Е.А., Головач Е.В.

ФГБУ Детский психоневрологический санаторий «Теремок»
г. Зеленоградск, Калининградская область.

Статья позволяет познакомиться с уникальной педагогической системой Марии Монтессори, и опытом ее применения в комплексной реабилитации детей с психоневрологической патологией (детский церебральный паралич, задержка психического и речевого развития) в условиях санаторно-курортного лечения.

Ключевые слова: дети, детский церебральный паралич, Монтессори-терапия, практическая жизнь, сенсорное развитие.

Система педагогического воспитания, предложенная в первой половине 20-го века, итальянским педагогом и врачом Марией Монтессори, пользуется огромной популярностью и сегодня. Эта система основана на индивидуальном подходе педагога к каждому ребенку. В отличие от других педагогических систем, обучение по системе Монтессори осуществляется в недирективной форме: ребенок самостоятельно выбирает предложенный ему дидактический материал, процесс занятий развивается в доступной для ребенка игровой форме, в индивидуальном ритме и направлении, с учетом его потребностей и интересов. В работе с детьми, имеющими нарушения в развитии, специалист обязательно ориентируется на клинико-психологическую структуру нарушений, степень их тяжести и потенциальные возможности ребенка. Основным принципом является индивидуализация процессов работы с детьми, с учетом их актуальных и потенциальных возможностей [1].

Использование Монтессори-терапии

Совершенствование диагностических, абилитационных и реабилитационных учреждений для детей с органическими поражениями центральной нервной системы в последние годы получило системно-деятельностный и личностно-ориентированный подходы, которые не только указывают способы воздействия на ребенка, но и предлагают алгоритм действий. Педагогическая абилитация и реабилитация в условиях лечебного учреждения осуществляется в процессе специального (коррекционного) обучения и воспитания детей с заболеваниями центральной нервной системы. В настоящее время ребенок с неврологической патоло-

гией имеет возможность получать специализированную помощь в детском психоневрологическом санатории ежегодно [3].

Программа коррекционно-развивающей работы «Динамика» составлена на основе методики Марии Монтессори, для детей дошкольного возраста, имеющих ограниченные возможности здоровья. Целью данной программы является формирование у ребенка адекватного и максимально полного образа окружающего мира – природы, культуры и общества, образа самого себя и своего места в мире.

В первую неделю пребывания детей в санатории проводится диагностическое обследование их познавательного развития. В последующие две недели, проводятся коррекционно-развивающие занятия по программе «Динамика». Занятия проводятся индивидуально и в малых группах.

Необходимость применения Монтессори-терапии в реабилитологии объясняется, прежде всего, тем, что она доступна ребенку даже с самым тяжелым диагнозом. Нарушения психического и речевого развития при ДЦП в значительной степени обусловлены отсутствием или дефицитом деятельности у детей. Поэтому при коррекционно-педагогических мероприятиях стимулируется основной для каждого возраста вид деятельности:

- младенческий возраст (от рождения до 1-го года), ведущий вид деятельности – эмоциональное общение со взрослым;
- ранний возраст (от 1-го года до 3-х лет), ведущий вид деятельности – предметный (использование предметов по их функциональному назначению);
- дошкольный возраст (3-6 лет), ведущий вид деятельности – игровой [3].

Монтессори-среда состоит из зон, в которых сгруппированы дидактические материалы.

Зона развития мелкой моторики.

Ребенок полутора-трех лет проживает фазу интереса к мелким предметам. С помощью педагога и мамы идет формирование движений руки и действий с предметами - нормализация положений кисти и пальцев рук, необходимых для формирования зрительно-моторной координации; развитие хватательной функции рук; развитие манипулятивной функции рук, дифференцированных движений пальцев рук (рис. 1.)



Рис. 1 Развитие движений рук и действий с предметами

Зона практической жизни.

Для формирования двигательных навыков используются упражнения: это различные виды рамок, с помощью которых дети застегивают и расстегивают разные по размеру пуговицы, молнии, липучки, ремни, учатся завязывать банты, шнуровать, заплетать косичку (рис. 2-4) [2].

Зона сенсорного развития дает ребенку возможность использовать его чувства при изучении окружающего мира, развить сенсорные процессы (зрительное сосредоточение и плавное прослеживание; слуховое сосредоточение, локализацию звука в пространстве, восприятие различного интонируемого голоса взрослого; двигательнo-кинестетические ощущения и пальцевое осязание). В этой зоне ребенок может научиться различать высоту, длину, цвет, форму, шум, вес различных предметов. Здесь малыш не только развивает свои чувства, но и утончает их (рис. 5).



Рис. 2 Упражнение. Практическая жизнь



Рис. 3 Упражнение. Практическая жизнь



Рис. 4 Упражнение. Практическая жизнь



Рис. 5 Упражнение. Сенсорика

Благодаря работе с материалами постепенно осуществляется переход «от конкретного к абстрактному», конструкция этих упражнений и методика работы с ними способствует формированию у ребенка понятий, связанных с анализом зрительных, слуховых, тактильных впечатлений. Одно из первых таких упражнений, предлагаемых детям, деревянные блоки с цилиндрами [2].

Заключение

В результате проведенных индивидуальных коррекционных мероприятий, удается вызвать и поддержать познавательный интерес у ребенка, сделав полученный позитивный опыт стимулом развития. Положительная динамика наблюдается у 86% детей в развитии и коррекции мелкой моторики, улучшении сенсомоторной координации, формировании двигательных и графо-моторных навыков, 14% детей выражается в формировании познавательного интереса, нормализации положений кисти и пальцев рук, необходимых для формирования зрительно-моторной координации; развитии хватательной функции, манипулятивной функции и дифференцированных движений пальцев рук.

Проведение групповых занятий способствует развитию и улучшению коммуникативных навыков общения со сверстниками и взрослыми, развитию социальных навыков через усвоение правил поведения в развивающей Монтессори-среде (81%).

Результат деятельности детей:

1. дети убирают материал на место,
2. стараются работать самостоятельно,
3. используют методы контроля,
4. не мешают другому ребенку при работе,
5. просят помощи психолога при необходимости,
6. ожидают материал, если он занят другим ребенком,
7. поведение детей становится произвольным: они начинают управлять своими потребностями и эмоциями, осознанно понимают значение слова «надо».

Незначительная положительная тенденция у 19% детей наблюдается (вследствие выраженной у них задержки психического, речевого и моторного развития), в формировании навыков взаимодействия с окружающими (установление невербального контакта, на эмоциональном уровне; понимание и выполнение простых инструкций, просьб; эмоциональное реагирование на обращение и телесный контакт, в виде улыбки, смеха).

Выводы

Монтессори-терапия, дополняя терапию двигательных расстройств, симптоматическую терапию вторичных нарушений и синдромов, логотерапию, психотерапию ребенка с ДЦП, помогает формировать двигательный акт и действий с предметами; способствует стимуляции познаватель-

ной активности в процессе предметно-практической и учебной деятельности, расширению сенсорно-перцептивного опыта (развитие органов чувств), усвоению навыков самообслуживания, общения, социализации, развитию мелкой моторики рук, совершенствованию графомоторики и подготовки к обучению письму, изучению математики.

Литература

1. Андрущенко Н.В. Монтессори-педагогика и Монтессори-терапия. С.Пб.: Речь, 2010. 316 с.
2. Монтессори М. Мой метод. Руководство по воспитанию детей от 3 до 6 лет. Мария Монтессори пер. с англ. А.В. Колесниковой, Е.А. Рязанцевой). М.: Центрполиграф, 2013. 414 с.
3. Монтессори-терапия. Опыт и перспективы развития. М.: В. Секачев, ИОИ, 2010. 160 с.

МЕТОД СЕРИЙНЫХ РИСУНКОВ И РАССКАЗОВ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДЦП

Елфимова Д.Г.

ФГБУ ДПНС «Теремок», г. Зеленоградск

В статье представлено описание проективной методики и внедрение в реабилитационный процесс в формате диагностической и коррекционной направленности работы с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья.

Ключевые слова: метод, детский церебральный паралич, коррекция, диагностика, рисунок, дети.

Жизнь ребенка, страдающего детским церебральным параличом, с раннего детства принципиально отличается от образа жизни его сверстников. Такие дети – постоянные пациенты различных специалистов. Большую часть времени они проводят на занятиях ЛФК, упражняясь на специальных тренажерах; получают медикаментозную терапию, физиотерапию, массаж; переносят разнообразные ортопедические и хирургические манипуляции. Подобный ритм жизни, постоянное ощущение боли, чувство тревоги, исходящее от родителей, приводят к появлению беспокойства и страха у самих маленьких пациентов.

В настоящее время в сфере психологической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья и детского церебрального паралича в частности, актуальным вопросом является поиск эффективных методов одновременной диагностики и психологической помощи ребенку и семье, оказавшимся в сложной, проблемной жизненной ситуации.

Данным требованиям отвечает новая арт-терапевтическая технология «Метод серийных рисунков и рассказов», разработанная доктором психологических наук, профессором кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Никольской Ириной Михайловной. Методика рассчитана для детей в возрасте от 7 до 13 лет, при условии сохранного интеллекта. В течение одного сеанса предлагается создать серию проективных рисунков на заданные темы, затем составить в диалоге с психологом устные или письменные рассказы о том, что изображено на рисунках.

Целью метода является отражение в продуктах творческой деятельности особенностей внутреннего мира и поведения ребенка; его пред-

ставлений о себе и окружающих; желаний, стремлений и фантазий; внутриличностных и межличностных конфликтах; психотравмирующих переживаний; механизмов психологической защиты и стратегий совладающего поведения; перспективы будущей жизни. Результат заключается в осознании и отреагировании ребенком своих проблем посредством их визуализации, вербализации и разделения с другим человеком.

Технология работы включает три этапа:

1 этап. Рисунки и рассказы на тему «Мой автопортрет в полный рост», «Моя семья» («Семейная социограмма»), «Если бы у меня была волшебная палочка...» Этот этап позволяет познакомиться с ребенком, наладить контакт и взаимодействие; исследовать его образ – Я, представления о семейном окружении и самочувствии в семье.

2 этап. Рисунки и рассказы на тему «Я переживаю», «Я боюсь», «Сон, который меня взволновал», «Я не хочу об этом вспоминать». Эти задания несут основную эмоциональную нагрузку и помогают провести диагностику отрицательных переживаний, внутри – и межличностных конфликтов, механизмов психологической защиты и стратегий совладающего поведения. Кроме того, в процессе исследования происходит отреагирование отрицательных эмоций либо отчуждение от них.

3 этап. Рисунки и рассказы на тему «Я такой довольный, я такой счастливый», «Мне 25 лет, я взрослый и работаю на своей работе». Они направлены на снятие напряжения, дают заряд оптимизма, чувство уверенности в себе, формируют образ позитивного будущего

С января 2017 года «Метод серийных рисунков и рассказов» внедрен и проводится в комплексной психологической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья на базе ФГБУ ДПНС «Теремок».

За период с января 2017 года по апрель 2019 год данная методика проведена как диагностическая и коррекционная у 86 детей. Группу детей и подростков составили пациенты в возрасте от 7 до 16 лет с нормальным уровнем интеллектуального развития, находящихся на санаторно-курортном лечении с диагнозом детский церебральный паралич.

Учитывая специфику данной категории детей, их физических и психических особенностей развития: утомляемость, медленный темп, двигательные нарушения, речевые расстройства процедура проведения метода была видоизменена и проводилась в течение нескольких сеансов / встреч.





Следует отметить, что все без исключения дети проявляли выраженный интерес к предлагаемым заданиям, работали ответственно, эмоционально реагировали на заданные для рисования темы.



В процессе создания рисунков и рассказов, дети, как правило, быстрее и охотнее взаимодействовали со специалистом, общение носило более доверительным, свободный характер. В ходе работы значительно менялся фон настроения - для детей важным и определяющим являлось принятие их рисунков, а значит их самих, без оценок и критики.

Данный метод позволил проработать основные трудности, с которыми сталкиваются дети с детским церебральным параличом – тревога и чувство безысходности, беспокойство и страхи, принятие себя реального (внутренняя картина болезни - здоровья), развитие самопознания и самосознания, поиск необходимых ресурсов при взаимодействии с окружением – в первую очередь, в семье и далее в социуме.

Многие пациенты отмечали положительный эффект проводимой процедуры «стало как-то легко, хорошо на душе», «я смог теперь это рассказать», «я поняла, что тогда чувствовала!».

Вывод: «Метод серийных рисунков и рассказов» зарекомендовал себя как эффективный инструмент психологического исследования и оказания необходимой психологической помощи семье.

Литература

1. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. С.Пб.: Речь 2010.352 стр.
2. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике и консультировании детей и подростков: учебное пособие. Изд. 2-е, испр. и доп. С.Пб.: Речь, 2014. 56 стр.
3. Психологическое и социальное сопровождение больных детей и детей – инвалидов: Учебное пособие/ под ред. С.М. Безух и С.С. Лебедевой. С.Пб.: Речь, 2007. 112 стр.
4. Эйдимиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. С.Пб.: Речь, 2007. 352 стр.

СИЛА ЗЕМЛИ: ДАР СОЛНЦА: СЕНСОРНАЯ КОМНАТА «ЯНТАРИК»

Головач Е.В.

ФГБУ ДПНС «Теремок» Минздрава РФ, г. Зеленоградск, Калининградская область

В статье представлены результаты использования природного фактора крошки янтаря в комплексной реабилитации детей с психоневрологической патологией в условиях санаторно-курортного лечения. Более 25 тысяч сеансов проведено за 4,5 года со дня основания сенсорной комнаты «Янтарик».

Ключевые слова: природный фактор, янтарь, сенсорная комната, лечебное учреждение, дети с ограниченными возможностями, занятия, психолог, выздоровление.

Вторая половина XX столетия характеризуется возросшим интересом изучения состава и физико-химических свойств янтаря. На промышленную основу, благодаря открытию Янтарного комбината в Калининградской области, где находится до 90% мирового запаса янтаря, - были поставлены производство янтарного масла, лака, янтарной кислоты и её солей. Наибольший интерес у нас в стране и за рубежом последние 30 лет уделялся изучению механизмов действия и лечебным свойствам янтарной кислоты и её солей.



Федеральное государственное бюджетное учреждение детский психоневрологический санаторий «Геремок» является специализированным лечебно-реабилитационным учреждением для больных с детскими церебральными параличами, последствиями черепно-мозговых травм и нейроинфекций, нетяжелыми формами психических расстройств и иными психоневрологическими заболеваниями.

Санаторий находится в городе-курорте Зеленоградск на побережье Балтийского моря у истоков национального парка Куршская Коса. Учреждение имеет полувековую историю по восстановительному лечению и реабилитации детей. Ежегодно в санатории получают лечение около 1500 пациентов с психоневрологической патологией из 68 регионов Российской Федерации.

Использование природных факторов является основой санаторно-курортного лечения. Уникальные природные факторы Калининградской области – морской климат, минеральная вода, грязи и янтарь используются в нашем учреждении при проведении санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации детей.

В 2014 году при поддержке Калининградского янтарного комбината и Ремесленного поселения «Самбия» была открыта сенсорная комната «Янтарик» для детей с использованием балтийского янтаря. Сенсорная комната – это специально оборудованное пространство, где происходит интенсивное воздействие на все органы чувств ребенка и одновременно создание безопасной психологической атмосферы, стимулирующей исследовательский интерес, воображение, снятие психоэмоционального напряжения и формирование развивающих отношений в системе «ребенок – взрослый».

Комната «Янтарик» представляет собой кабинет, в котором стены украшены янтарем: солнце, морская волна, чайки, могучий дуб, янтарная перегородка «дождь», идущий от полотка и отделяющий релаксационную, игровую зону янтаря от зоны активации, занятий со столом и стульями для письменных заданий, настольных игр с правилами, янтарных рисунков и прикладного творчества.

Нашим маленьким пациентам и родителям, устроившимся в удобных креслах, предлагаем укрыться специальными лечебными янтарными одеялами. Создать атмосферу тепла и уюта, поддержать ощущение солнечного утра, позволяют витражное окно, украшенное камешками янтаря, зеркальный потолок, большое зеркало: когда в окно попадает солнечный лучик, весь кабинет наполняется мягким теплом янтарного света, которое можно не только увидеть, но и почувствовать.



Но если янтарное великолепие стен доставляет эстетическое наслаждение, то янтарная крошка, рассыпанная слоем в несколько сантиметров в деревянном манеже кабинета, создает уже лечебный эффект. Прогуливаясь босиком по такому полу, дети не только массируют мышцы и кожу стоп, но воздействует на биологически активные точки, тем самым, оказывая благотворное влияние на весь организм. Считается, что при контакте янтаря с кожей человека свободные электроны поступают в организм через биологически активные точки (БАТ) и рефлексогенные зоны. Достигая до центральной нервной системы, эндокринных органов, воздействуя на внутренние органы, а также подлежащие под БАТ ткани (мышцы, сосуды, связки, суставы), свободные электроны нормализуют энергетические процессы в организме. Стимулируя биологически активные точки (рефлексогенные зоны) на коже человека, можно вызвать приток энергии в те меридианы, где наблюдается её дефицит. В то же время это позволяет «выпустить» излишки энергии из перегруженных меридианов, открывая своего рода предохранительные клапаны. То есть аппликации янтаря (пассивный массаж) или активный массаж янтарной крошкой позволяет сбалансировать энергетические процессы в организме человека и тем самым добиться выздоровления. Основными направлениями работы психолога в сенсорной комнате «Янтарик» являются:

1. Семейная системная психотерапия, повышение психологической грамотности родителей.
2. Коррекционно-развивающие занятия с ребенком: развитие личностной, когнитивной, эмоциональной и мотивационной сфер ребенка с ис-

пользованием развивающих методик В. Воскобовича, Е. Кравцовой, Е. Горловой.

3. Релаксация (музыкотерапия), ароматерапия.

4. Стимуляция сенсомоторного развития: «Пиратский сундук» (поиск сокровищ, фигурок, ракушек, различных предметов; пересыпание янтаря, использование упражнений для мелкой моторики).

Методы психологической реабилитации в сенсорной комнате «Янтарик» состоят в следующем:

- Телесно-ориентированная психотерапия: «Путешествие» по карте и янтарным тропинкам, «Танцы эмоций», «Хорошо-плохо», «Куча-мала», «Схема тела», пантомима, психогимнастика с использованием зеркала.
- Поведенческая и когнитивная терапия: «Найди пару», «Кто сбежал из зоопарка?», «Сортировка», «Янтарный узор», «Что изменилось?», «Передай другому».
- Песочная терапия (используя янтарную крошку и архетипичные фигурки), рисунок, отпечатки, арт-терапия, и др.



За период с 2014 по 2019 год было проведено 27 405 лечебных сеансов в формате «родитель – ребенок», «семейная консультация», «групповые тренинги» и «индивидуальные занятия». У 97% пациентов наблюдается выраженная положительная динамика: улучшение показателей внимания (85%), мышления (72%), речи (54%), развитие мелкой моторики

(71%), творческих способностей и навыков (59%), положительной стабилизации эмоционального фона (92), что способствует интеграции детей с ограниченными возможностями в общество.

В ходе проведения коррекционных занятий у 100% детей зафиксировано формирование благоприятного эмоционального фона, эффективной коммуникации внутри системы «родитель-ребенок», снижение признаков психо-эмоционального напряжения.



Сенсорная комната «Янтарик» является необходимым и важным условием эффективной реабилитации, адаптации детей с разной психоневрологической патологией в современном обществе. Посещение янтарной комнаты пользуется заслуженным вниманием у детей и сопровождающих, что отражается в многочисленных благодарностях и отзывах. Результаты использования природного фактора были представлены на научных конференциях, семинарах, в том числе на V Балтийском конгрессе детских неврологов (г. Санкт - Петербург), освещены в медицинских журналах «Курортные ведомости», «Жизнь с ДЦП».

Литература

Мошков Н. <http://pandia.ru/text/78/055/12720.php>
Курортные ведомости. 2014; 6: 87.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Зыбинская И.В.

Детский психо-неврологический санаторий «Теремок», г. Зеленоградск.

Все заболевания нервной системы в детском возрасте в той или иной степени отражаются на дальнейшем развитии ребенка, влияя на его способность познавать мир и развитие праксиса, а в будущем - ограничивая социальные контакты. Детская инвалидность - одна из острейших медико-социальных проблем современного общества, имеющая государственное значение.

Всего в мире насчитывается около 200 миллионов детей с ограниченными возможностями. В нашей стране, как и во всем мире, наблюдается тенденция к росту числа детей-инвалидов. В России частота детской инвалидности за последнее десятилетие увеличилась в 2 раза. В настоящее время проблема социальной реабилитации детей-инвалидов ввиду ее актуальности широко разрабатывается.

Проблема органических поражений нервной системы у детей и, в частности, детских церебральных параличей, является одной из самых актуальных в детской неврологии и реабилитологии. Это обусловлено большой распространенностью органических поражений нервной системы, сложностью и многогранностью клинических проявлений и патофизиологических механизмов их развития, тяжестью течения и большим процентом инвалидизации.

Реабилитация - активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных, вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально, - оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе (ВОЗ, 1980).

Цели и задачи реабилитации: раннее начало реабилитации, непрерывность, последовательность и преемственность, комплексность, участие медицинских работников, психологов, педагогов, юристов и других специалистов, учет индивидуальных особенностей личности ребенка и его диагноза. Основываясь на этих положениях лечения разнообразных расстройств, применяют различные методы реабилитации в нашем детском психоневрологическом санатории.

Детский психоневрологический санаторий «Теремок» является специализированным лечебно-реабилитационным учреждением для больных с детским церебральным параличом, последствиями черепно-мозговых

травм и нейроинфекций. Санаторий расположен в городе-курорте Зеленоградск, в 300 метрах от Балтийского моря. Морское побережье с песчаными пляжами и сосновыми лесами благоприятны для здоровья ребенка. Есть у города и своя минеральная вода, которая так и называется – «Зеленоградская».

За 2018 год санаторно-курортное лечение в учреждении получили 1566 человек, из них пролечено детей – 838, детей-инвалидов 625, что составляет 74,6 % от числа всех пролеченных детей. Для каждого ребенка, поступающего на лечение, составляется индивидуальный комплексный план реабилитации.

Двигательная реабилитация

Метод нервно-мышечного проприоцептивного облегчения - кинезиотерапия - «лечение через движение». В основе метода лежит обучение различным двигательным навыкам в процессе обычных движений. Цели кинезиотерапии: погашение патологических двигательных реакций и безусловных рефлексов; улучшение координации движений в процессе основной двигательной деятельности; стабилизация прямохождения, обучение самостоятельному стоянию и ходьбе, улучшение общей двигательной активности; обучение самообслуживанию и усвоению основных видов бытовой деятельности в соответствии с умственным развитием и возрастом.

Необходимо учитывать, что на степень восстановления функций влияют этиология заболевания и время, прошедшее с момента его возникновения, локализация очага поражения и степень его деструкции. Эффективность лечения зависит от возраста больного и степени поддержки его семьей.

Методы, усиливающие действие кинезиотерапии в системе комплексной реабилитации. Для повышения эффективности кинезиотерапии применяют дополнительные методы - «стимулы». Улучшить и синхронизировать афферентный поток импульсов по пирамидному пути помогают методы биологической обратной связи (БОС), транскраниальной магнитной стимуляции, кондуктивной терапии и динамической проприоцептивной коррекции.

Очень важна мотивация пациентов с ДЦП, их эмоционального вовлечения в реабилитационный процесс для достижения желаемых результатов лечения. С этой целью применяется уникальный нейро-ортопедический реабилитационный пневмокостюм РПК «Адельо», который обеспечивает приложение дополнительных внешних усилий, которые корректируют движения конечностей, положение тела больных детей и особую чувствительность, идущую от мышц, суставов, связок и костей. Для более эффективного выполнения физических упражнений используется «Тренажер Гросса», который позволяет при недостаточной функции

мышц создавать облегченные условия для работы, дозируя оптимальную нагрузку на опорно-двигательный аппарат, обеспечивая тем самым нормальную подвижность в суставах.

Занятия в сенсорной комнате «Янтарик» заключаются в многосторонней и многочувствительной стимуляции ребенка посредством хождения по янтарной крошке, игровых массажных движений для рук, аппликаций мелких камешков янтаря на рефлексогенные зоны (элементы «Суджок»). Эта терапия ориентирована на развитие сенсорной системы и адаптивных ответов на сенсорный опыт в соответствии с неврологическими потребностями ребенка.

Пребывание в такой комнате, соответствующая аудиопрограмма в сочетании с ароматерапией, оказывает выраженный эффект при лечении опорно-двигательного аппарата, нервной системы, заболеваний щитовидной железы. Хождение босиком по мелким камешкам янтаря не только способствует излечению плоскостопия, массируя мышцы и кожу стоп, но воздействует на биологически активные точки стоп, тем самым, оказывая благотворное влияние на все органы.

Ежемесячно анализируется исполнение натуральных норм питания, проводится коррекция по нутритивному статусу и индивидуальным особенностям.

В санатории создан лечебно-оздоровительный комплекс, включающий в себя гидромассажную ванну «Мать и дитя», джакузи, жемчужную ванну, четырехкамерную ванну, сауну, кедровую бочку, фитотерапию. Широкий комплекс физиолечения с применением новых методик, ярко выраженное лечебное воздействие оказывает методика эндоназального электрофореза с кортексином, применение раствора мидокалма методом электрофореза, «интерференцтерапия от аппарата «АИТ-01», «гальваногрязелечение при детских церебральных параличах», технология «БОС-здоровье», СПА-капсула, галокамера, кислородные коктейли, криотерапия, грязелечение, озокеритолечение, различные виды массажа, Монтессори-терапия, метод рефлекторной локомоции – Войта-терапия, Бобат-терапия, метод стимуляции опорной (подошвенной) нагрузки на аппарате «Корвит», кинезиотейпирование. Прием ведут специалисты: педиатр, невролог, ортопед, стоматолог, врач функциональной диагностики, физиотерапевт, терапевт. С детьми занимаются: психолог, логопед, дефектолог, воспитатель. Психолог также оказывает социально-психологическую поддержку родителям. Организована работа игровых комнат, библиотеки.

Внедрены в практику оценки степени тяжести двигательных нарушений по шкале GMFCS (система классификации больших моторных функций), модифицированной шкалы Ашворта для оценки мышечного тонуса у детей с детским церебральным параличом, системы классификации мануальных способностей для детей старше 4-х лет (MACS).

С целью изучения потребностей пациентов в оказании санаторно-курортной помощи и степени удовлетворения оказываемыми услугами проводится анкетирование взрослых сопровождающих. В целом работой санатория участвующие в анкетировании удовлетворены: 90,9% родителей признали работу персонала хорошей.

Исходы лечения: 95,1% выписаны с улучшением (снятие болевого синдрома, уменьшение степени спастичности, расширение объема движения, улучшение сна, физических и психологических показателей, нормализация веса); 4,9% - без перемен.

В результате комплексного подхода к решению вопросов санаторно-курортного лечения детей с психоневрологическими заболеваниями с участием медицинских работников, педагогов, психологов, воспитателей, логопедов, социальных работников, изучение потребностей пациентов удастся достигнуть поставленных целей по улучшению двигательных, речевых функций, развитию ребенка, профилактики инвалидизации, улучшение качества жизни в обществе.

ПРОФИЛАКТИКА БУЛЛИНГА КАК ДЕТЕРМИНАНТА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО САНАТОРИЯ

Тесля Т.Н., Вакалюк А.С.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детский санаторий «Солнечное».

В данной статье рассматриваются проблема буллинга в детском коллективе, а также возможности его профилактики в условиях лечебно-оздоровительного учреждения.

Ключевые слова: буллинг, профилактика, агрессор, жертва.

В условиях лечебно-оздоровительного учреждения, большое влияние на оздоровительный процесс, оказывает атмосфера, в которой пребывают дети. Если ребенок в группе чувствует себя некомфортно, ни с кем не общается, тон настроения у него минорный, то эффективность от оздоровительного процесса для такого ребенка будет снижена.

Именно поэтому в санатории, где собираются дети с разным социальным опытом и потребностями, очень важным является постоянный мониторинг, направленный на профилактику буллинга.

Буллинг - стереотип взаимодействия в группе, при котором человек на протяжении времени и неоднократно сталкивается с намеренным причинением себе вреда или дискомфорта со стороны другого человека или группы людей, обладающих большей властью (силой) [2].

Участники буллинга (основные роли):

- лидирующий нападающий (ребенок- «агрессор»);
- дети, участвующие в травле (присоединяющиеся к лидеру);
- ребенок-жертва;
- свидетели, подкрепляющие травлю: дети, которые занимают сторону нападающих, смеются, выражают поддержку нападающим / подбадривают их, просто собираются вокруг и смотрят.

В детском санатории проблема детского буллинга стоит наиболее остро из-за постоянной смены детского коллектива. Такая специфика влечет за собой два вектора развития ситуации. Первый вектор: из-за того, что детский коллектив является временным, ситуация, также, носит временный характер. Второй вектор: даже справившись с ситуацией, необходимо помнить, что никто не гарантирует, что она не повторится в следующий заезд, с другими детьми. Также, даже кратковременный опыт травли в коллективе, является травмирующим для всех членов этого коллектива.

ва и имеет неблагоприятные последствия. Дети, которые в своей школе имели опыт жертвы, адаптируясь в новом коллективе могут неосознанно либо повторить роль жертвы, либо стать агрессором. Именно поэтому, необходимо развивать чувствительность по своевременному выявлению буллинга у всего персонала санатория, у всех, кто так или иначе, может стать свидетелем проявления буллинга в детском коллективе.

В реабилитационных условиях лечебно-оздоровительного учреждения дети находятся 3 недели и за этот период им необходимо адаптироваться в окружающей среде, а также в коллективе. Процесс социально-психологической адаптации подростков в течение всего периода пребывания в санатории осложнен и другими факторами.

- Новое социальное окружение. Подростку необходимо приспособиться не только к непривычной обстановке, но и к незнакомым людям (медицинский персонал, воспитатели, школьные учителя, сверстники).
- Режимные моменты. Ранний подъем, лечебные процедуры, школьные занятия в вечернее время суток.
- Постоянное пребывание ребенка под контролем взрослых и в окружении сверстников.

Данные факторы для многих детей являются стрессовыми и могут запустить дезадаптивные механизмы поведения, при которых проявляются паттерные поведенческие реакции, провоцирующие возникновение буллинга в коллективе.

Фазы формирования буллинга:

- *Формирование предпосылок.* На этом этапе зачинщик (или малая группа до 3 человек) формирует желание травить кого-то. Происходит нагнетание обстановки и обвинение «во всех смертных грехах» того человека, на которого потом будет направлена травля.
- *Начальная фаза буллинга.* Осуществляются первые акты агрессии по отношению к ребенку-жертве. На этом этапе буллинг можно предотвратить.
- *Активная фаза буллинга.* Агрессоры постепенно и целенаправленно травят жертву.
- *Социальная изоляция жертвы.*
- *Уход из коллектива.*

В работе по профилактике буллинга педагогический коллектив СПбГБУЗ ДС «Солнечное» нацелен на своевременное обнаружение фазы формирования предпосылок или начальной фазы. Чтобы профилактические меры были эффективны, должна быть организована деятельность на трех уровнях: санатория, группы/класса и индивидуальном. Ведется постоянное информирование педагогического и медицинского персонала о проблеме буллинга, его механизмах и последствиях. При

этом, делается акцент на тот факт, что часто взрослые могут спровоцировать возникновение буллинга (например, публичная негативная оценка ребенка или высказывания «он сам виноват»). Разработаны единые для всего санатория правила в отношении буллинга. Акцент на взаимоотношениях между детьми и между детьми и педагогами, создание принимающей, комфортной и открытой атмосферы в санатории, группе и в классе.

Рекомендации педагогам [3]:

1. С самого первого дня пресекать любые насмешки над неудачами детей.
2. Следует пресекать любые пренебрежительные замечания в адрес детей.
3. Если по каким-либо причинам репутация ребенка испорчена, нужно дать ему возможность показать себя в выгодном свете.
4. Необходимо дать возможность наиболее активным детям проявить себя и самоутвердиться за счет своих способностей, а не за счет унижения других.
5. Следует избегать высмеивания и сравнения ребят. Разбор ошибок необходимо делать, не называя тех, кто их допустил, или индивидуально.
6. Имеет смысл поговорить с преследователями о том, почему они пристают к жертве, обратить внимание на их чувства.

Результаты планомерной работы всего педагогического коллектива СПбГБУЗ ДС «Солнечное» за 2018 -2019 год:

- Выявлено детей с опытом участия в системе буллинговых отношений – 84 человека;
- Зафиксированные случаи фазы формирования предпосылок - 27;
- Зафиксированные случаи начальной фазы буллинга – 0.

Резюмируя все вышесказанное, хочется еще раз отметить, что буллинг возможно не только остановить, но и предотвратить. Важным шагом на пути к этому является признание факта, своевременное распознавание предпосылок, формирующих буллинг. Необходимы координированные усилия всего коллектива, не обесценивать даже малейшие проявления травли, как нечто маловажное, не представляющее проблемы (например, «дети сами разберутся»).

Этой проблеме необходимо уделять внимание, даже непродолжительные подобные отношения негативно влияют на дальнейшую жизнь детей: снижение самооценки, склонность к виктимности, нарушение социальной адаптации (для ребенка-жертвы); аффективные, соматические, когнитивные и поведенческие нарушения (для ребенка-агрессора).

Буллинг может происходить в любом детском коллективе, профилактикой будет являться превентивная деятельность, которая направлена, в первую очередь, на устранение его причин.

Литература

1. Алексеева И. А., Новосельски И. Г. Жестокое обращение с ребенком: Причины, последствия, помощь. М: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2010.
2. Дэвид А. Лейн. Школьная травля (буллинг). Детская и подростковая психотерапия (под ред. Дэвида Лейна и Эндрю Миллера). С.Пб.: Питер, 2001. С. 240—274.
3. Петрановская Л.В. Что делать, если... М: «Аванта +», 2013.

Информация об авторах, контактная информация:

Тесля Т.Н. – зам. главного врача по учебно-воспитальной работе, детского санатория «Солнечное»

Вакалюк А.С. – педагог-психолог санатория. Моб.: 89523659335, E-mail: vasava@yandex.ru.

САНАТОРИЙ «КРАСНЫЙ БОР»

Фролов В.В., Митюшина М.Ю.

АНО «Санаторий «Красный Бор», г. Смоленск

Многие часто говорят, что здоровье –
Самое большое богатство,
Но Сократ в своё время сказал гораздо мудрее:
«Здоровье не всё, но всё остальное без здоровья ничто!»

Со дня открытия первой на Смоленщине здравницы «Красный Бор» прошло уже более 57 лет. За этот период она прошла довольно сложный и трудный путь в своем развитии. История здравницы началась с проекта строительства в Красном Бору Дома отдыха, когда были построены: административный корпус, хозяйственный с прачечной и гаражами, столовая на 150 человек и клуб на 200 мест.

В связи с ростом популярности и возрастающим с каждым сезоном числом отдыхающих в 1980 году были построены два пятиэтажных спальных корпуса, дом культуры со спортивным залом, двухэтажная столовая на 600 мест. Одновременно были открыты кабинеты: физиотерапевтический, стоматологический, массаж, ЛФК, что позволило перепрофилировать здравницу в пансионат с лечением, на базе которого в феврале 1987 года было открыто первое на Смоленщине отделение реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда и операции на сердце. А в 1989 году администрацией области и обкомом профсоюзов было принято решение о создании санатория на 540 мест.

В мае 2002 года санаторий получил статус Негосударственного учреждения «Санаторий «Красный Бор», а затем в феврале 2017 года стал Автономной Некоммерческой Организацией «Санаторий «Красный Бор». За эти годы наш санаторий из медицинского пункта перепрофилировался в многопрофильное медицинское учреждение. Мы принимаем пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной и дыхательной систем, опорно-двигательного аппарата и профпатологией.

Медицинская лицензия постоянно дополняется новыми видами услуг. Лечение проводят высококвалифицированные врачи санатория. Отдыхающие санатория всегда могут получить консультацию у кардиолога, терапевта, невролога, педиатра, эндокринолога, пульмонолога, гастроэнтеролога, стоматолога, врача ЛФК, отоларинголога, физиотерапевта, гирудотерапевта. Санаторий постоянно обновляет и расширяет лечебно-диагностическую базу, закупается современное оборудование, внедряются новые методики, используются новые технологии и программы.

В комплекс оздоровительных мероприятий для детей и взрослых входят – лечебное питание, ЛФК, лечебный массаж, физиотерапия, которая представлена спектром аппаратов электро-, тепло-, светолечения. А также такие процедуры, как ингаляции, кислородные коктейли, фитоароматерапия, аэроионотерапия, галокамера, сухая углекислая ванна. Очень большой популярностью пользуется наша водолечебница, где проводят лечебные ванны, в том числе и жемчужные. Есть возможность сделать подводный душ массаж, душ Шарко и циркулярный душ, а после всего этого расслабиться, посетив «Кедровую бочку». Так же открыт кабинет грязелечения, где проводятся грязевые аппликации и обертывания. Имеется крытый бассейн с каскадом, в котором проводятся занятия по аквааэробике и обучение плаванию. Забота и внимание медицинского персонала здравницы создают среди отдыхающих особую атмосферу, которая усиливает эффект проведенного лечения и отдыха.



На территории санатория находятся два пятиэтажных, два трехэтажных и один двухэтажный спальные корпуса. Номера одноместные, 2-х местные и 3-х местные со всеми удобствами, есть бесплатный беспроводной интернет. Так же имеются номера повышенной комфортности.

Наших гостей ждёт просторная столовая с 3 залами на 600 посадочных мест, с пятиразовым питанием и заказным меню. Работает кафе на 100 мест, в котором можно заказать любое торжество, а квалифицированные повара воплотят в жизнь все пожелания. Так же на территории санатория работают парикмахерская, салон-магазин, реализующий китайскую оздоровительную и омолаживающую косметику из натурального сырья, мага-

зин «1000 мелочей», где вы сможете приобрести все, что вам понадобится от одежды до хозяйственных принадлежностей.

Очень приятные воспоминания остаются у наших отдыхающих после посещения культурно-массовых мероприятий, проводимых в клубе. Хорошо организованное экскурсионное обслуживание позволяет ознакомиться с достопримечательностями и памятными местами не только древнего города Смоленска, но и Белоруссии. Коллектив санатория способен решать многие задачи, делать все для развития, а, следовательно, для качественного лечения и отдыха пациентов.

Пребывание в нашем санатории – это незабываемые впечатления, заряд положительных эмоций на весь год, ощутив которые один раз, Вы захотите наполниться ими снова. Мы ждем Вас круглый год для отдыха и лечения!

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТА «АЛМАГ+»

Грущин И.В., Грущина Н.П.

Областная детская клиническая больница имени Н.В. Дмитриевой,
г. Рязань

В основе лечебного действия магнитных полей на организм человека лежит их влияние на движущиеся в теле электрически заряженные частицы, что приводит к значительному усилению физико-химических и биохимических процессов на уровне клетки. Кроме того, магнитные поля влияют на жидкостно-кристаллические структуры воды, белков, полипептидов и других соединений, участвующих в метаболических процессах. Под воздействием магнитных полей улучшается микроциркуляция, стимулируются регенеративные и репаративные процессы в тканях. Наблюдается выраженное противовоспалительное, противоотёчное, седативное, и болеутоляющее действие.

Все эти терапевтические эффекты наиболее выражены у бегущего импульсного магнитного поля (БИМП) от аппарата «АЛМАГ+», имеющего 3 режима работы с частотой импульсов от 6,25 (1 и 2-й режимы) до 100 Гц (3 режим), амплитудное значение магнитной индукции 20 мТл. (1 режим), 8 мТл (2 режим) и 6 мТл (3 режим). Под действием генерируемого магнитного поля происходит коррекция электромагнитных параметров клеток, что приводит к восстановлению нарушенных функций.

Целью нашей работы явилось исследование скорости регрессии клинических симптомов закрытых переломов длинных трубчатых костей у детей при воздействии бегущего и неподвижного импульсного магнитного поля низкой частоты в остром периоде травмы. Нами применялся аппарат БИМП низкой частоты «АЛМАГ+». Исследование проводилось в период с 15.05.18 г по 30.04.19 г. За этот период было выполнено 1025 процедур и пролечено 127 больных детей в возрасте от 1 года до 17 лет с переломами различной локализации (табл. 1).

Воздействие магнитным полем проводилось в 3 режимах, дозировка назначалась в соответствии с рекомендациями, прилагаемыми к аппарату, начиная со 2-х суток с момента травмы, в среднем от 8 до 10 процедур на курс лечения. Исследовалась скорость регрессии клинических симптомов по следующим группам: местные (боль, отёк), общеневротические симптомы (апатия, нарушение сна, снижение аппетита, плаксивость), а также показатели клинических и биохимических исследований крови больных.

Таблица 1.

Распределение переломов по локализации

№	Локализация перелома	Количество больных
1.	Переломы костей предплечья	79
2.	Переломы плеча	23
3.	Переломы костей голени	16
4.	Переломы бедра	9

Выраженность симптомов оценивалась по 5-бальной шкале: 0 - отсутствие симптомов; 1 - симптомы слабо выражены; 2 - умеренно выражены; 3 - значительно выражены; 4 - сильно выражены. Наблюдения проводились на 2-й день после травмы, на 4-5 день и на 9-10 день с момента травмы. При выполнении процедур магнитотерапии побочных отрицательных реакций у больных не отмечалось. Данные регрессии клинических симптомов закрытых переломов длинных трубчатых костей у детей в остром периоде травмы представлены в таблицах 2-4.

Таблица 2.

Динамика симптомов при 1 режиме работы

Клинические симптомы	Выраженность в баллах			
	Время с момента травмы			
	2 день.	4-5 день	9-10 день	% регрессии
Боль	3,6	1,8	0	100
Отёк	3,5	1,0	0	100
Апатия	1,9	0,3	0	100
Нарушение сна	2,5	0,3	0	100
Снижение аппетита	2,5	0,1	0	100
Плаксивость	1,6	0,1	0	100

Таблица 3.

Динамика симптомов при 2 режиме работы

Клинические симптомы	Выраженность в баллах			
	Время с момента травмы			
	2 день.	4-5 день	9-10 день	% регрессии
Плаксивость	1,6	0,1	0	100
Боль	3,6	1,6	0	100
Отёк	3,5	1,4	0	100
Апатия	1,9	0,3	0	100
Нарушение сна	2,5	0,2	0	100
Снижение аппетита	2,5	0,1	0	100

Таблица 4.

Динамика симптомов при 3 режиме работы

Клинические симптомы	Выраженность в баллах			
	Время с момента травмы			
	2 день.	4-5 день	9-10 день	% регрессии
Боль	3,6	1,8	0	100
Отёк	3,5	1,0	0	100
Апатия	1,9	0,1	0	100
Нарушение сна	2,5	0,1	0	100
Снижение аппетита	2,5	0,1	0	100
Плаксивость	1,6	0,1	0	100

При лечении во всех трех режимах оценивались показатели крови. До начала лечения в биохимических анализах крови были выявлены нарушения в белковом и минеральном обмене. Отмечалась гипопро-теинемия и гипоальбуминемия. Содержание альбуминов в крови было снижено в первые дни после травмы. После проведения курса магнитотерапии бегущим импульсным магнитным полем восстановление белкового и минерального обмена происходило уже к завершению лечения.

Выводы:

Применение бегущего импульсного магнитного поля низкой частоты от аппарата «АЛМАГ+» в ранних сроках перелома длинных трубчатых костей позволяет добиться практически полной регрессии клинических симптомов травмы по субъективной группе признаков в течение острого периода.

ИММУНОФЕРМЕНТНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ОБЩЕГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е (использование в диагностике на разных этапах комплексного лечения)

Грущина Н.П., Родина Е.В., Хлынцева К.В., Жаркова К.В., Грущин И.В.

Областная детская клиническая больница имени Н.В. Дмитриевой,
г. Рязань

Функции защиты в организме выполняет иммунитет. Эта система выделяет особые виды белков крови – иммуноглобулины различных видов. Тип Е защищает слизистые оболочки от проникновения веществ, к которым может возникнуть гиперчувствительность и аллергическая реакция.

Иммуноглобулин Е (IgE) продуцируется плазматическими клетками селезенки, миндалин, аденоидов, слизистых оболочек дыхательных путей, желудка и кишечника. Он присутствует в сыворотке в крайне низких концентрациях по сравнению с другими иммуноглобулинами подобной структуры. Нормальные значения IgE в сыворотке крови зависят от возраста и представлены в таблице 1.

Таблица № 1.

Нормальные значения IgE в сыворотке крови

Возрастные группы	Содержание IgE (МЕ/мл)
Новорожденные	0 - 2
Дети 3 – 6 месяцев	3 - 10
1 год	8 - 20
5 лет	10 - 50
10 лет	15 - 60
Взрослые	20- 100

Наряду с известными атопическими или аллергическими заболеваниями дыхательных путей, кожи и слизистых оболочек при которых часто наблюдается значительное повышение уровня IgE, содержание IgE в крови может также превышать нормальные границы при широком спектре заболеваний, которые не сопровождаются аллергическими симптомами. Сюда входят инфекции, воспалительные заболевания, паразитарные болезни, болезни иммунной системы.

Цель нашей работы состояла в оценке причинно – следственных связей повышения уровня общего IgE у больных с atopическими или аллергическими заболеваниями, а также у больных с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями. Наименее изучено участие общих и местных аллергических реакций при острых бактериальных инфекциях, общепризнанна их ведущая роль при хронических инфекционных заболеваниях.

Работа выполнена в рамках проспективного исследования, которое проводилось с 2017 года на базе ГБУ РО «ОДКБ им Н.В. Дмитриевой». Обследовано 211 больных бронхиальной астмой, 98 – пиелонефритом, 58 – ревматоидным артритом. Определение уровня IgE в сыворотке крови проводилось на автоматическом иммуноферментном анализаторе «Лазурит» реактивами фирмы Вектор – БЕСТ.

В результате исследования выяснилось, что у 35% больных atopическими заболеваниями уровень IgE общего находился в пределах нормы, что не исключает и не подтверждает сенсibilизации к конкретному аллергену. Некоторые больные бронхиальной астмой могут иметь повышенную чувствительность только к одному аллергену, в результате чего общий IgE может быть в пределах нормы, а кожная проба и специфический IgE будут положительными. Частота IgE общего была выше у больных детей с гиперчувствительностью к пищевым и пыльцевым аллергенам, чем у детей с гиперчувствительностью к домашней пыли и плесени. Наиболее высокие значения IgE общего отмечались при наличии гиперчувствительности к большому числу аллергенов. Зависимость значения IgE общего от количества аллергенов, на которые была выявлена положительная реакция, приведена в таблице 2.

Таблица 2.

Зависимость уровня IgE общего от количества аллергенов, на которые выявлена положительная реакция.

Количество аллергенов	Уровень IgE общего (МЕ/мл)
3 - 5	200,0 – 600,0 (400,0)
6 - 10	600,0 – 1000,0 (800,0)
11 - 12	1000,0 – 2000,0 (1500,0)

Нами обследовано 98 больных пиелонефритом и 58 больных ревматоидным артритом. Повышенный уровень IgE общего у больных пиелонефритом выявлен в 18% случаев, а больных с ревматоидным артритом – в 22%. К сожалению, данным пациентам не проводились кожные пробы и определение специфического IgE, но у них отмечались более высокие показатели общего количества лейкоцитов в периферической крови, СОЭ,

СРБ, а также более высокие показатели лейкоцитов в моче при пиелонефритах. Лейкоцитарная реакция позволяет говорить о преимущественном развитии у больных с повышенными значениями сывороточного IgE реакций гиперергического воспаления на большинство антигенов окружающей среды, в том числе на инфекционные.

Исследование IgE общего проводилось на разных этапах активности заболеваний: до начала комплексного лечения и после. Комплексная терапия включала в себя медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Применялись следующие физические факторы: электрическое поле ультравысокой частоты, электромагнитные волны дециметрового диапазона, синусоидально-модулированные токи, озокеритовые аппликации, ингаляционная терапия, массаж, лечебная физкультура. После проведенного лечения уровень IgE общего значительно снижался.

Таким образом, мониторинг общего IgE может быть успешно использован не только для диагностики, контроля терапии и прогноза аллергических заболеваний, он также может служить маркером тяжести течения таких заболеваний, как пиелонефрит и ревматоидный артрит.

СПЕЛЕОТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Ларинский Н.Е., Черныш А.А.

ООО санаторий «Солотча», г. Рязань

За последнее время имеется тенденция к увеличению заболеваемости хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Существующие методы лечения в полной мере не обеспечивают ремиссию ХОБЛ и могут иногда сопровождаться нежелательными эффектами. В настоящее время интенсивно используются природные, физические факторы. К ним относится лечение в спелеокамере, механизм действия которой изучен недостаточно. Согласно данным литературы, микроклимат спелеокамеры способствует снижению воспалительной инфильтрации слизистой оболочки бронхов, улучшению мукоцилиарного транспорта, также оказывается положительное воздействие на психоэмоциональную сферу пациента. Ионный состав соли снижает тонус гладко-мышечных элементов бронхиального дерева, снижается количество нейтрофилов, дегрануляцию тучных клеток, снижается эффект повреждения. Это все приводит к улучшению функции внешнего дыхания, уменьшения дыхательной недостаточности. Отрицательные аэроионы стимулируют работу мукоцилиарного аппарата и ускоренное расщепление тканевого серотонина, обусловленного активацией моноаминоксидазы.

Улучшение легочной вентиляции происходит за счет улучшения функции дыхательной мускулатуры, в частности, диафрагмы, в результате действия аэроионов на нервно-мышечный аппарат через ацетилхолин. Отсутствие в спелеокамере аллергенов приводит к снижению сенсibilизации организма, уменьшению воспаления в бронхах.

Цель исследования: изучение механизмов действия спелеотерапии на респираторную систему больных ХОБЛ.

Материалы и методы

Обследованы 2 группы больных: обследование проводили до и после курса лечения. Статистическую обработку результатов осуществляли при помощи программы Statistica с использованием t-критерия Стьюдента.

1 группа (11 человек) получала спелеотерапию в спелеоклиматической камере (температура воздуха 17-20 градусов, относительная влажность 61-70%). Курс лечения состоял из 10 процедур по 60 минут.

2 группа (9 человек) получала ингаляционную терапию с минеральной водой.

У 55% больных ХОБЛ отмечались сопутствующие заболевания верхних дыхательных путей (риниты, тонзиллиты, фарингиты).

Обследование проводилось дважды – до и после курса лечения. Наряду с общеклиническими использовали специальные диагностические методы исследования. О наличии активности воспаления судили на основе изменений показателей морфологической картины периферической крови, микроскопии мокроты, биохимических тестов.

Функцию внешнего дыхания оценивали при помощи спирографии с регистрацией кривой «поток-объем». Анализировали ЖЕЛ, ОФВ1, скоростные параметры потока на уровне 25%, 50%, 75%, ФЖЕЛ, характеризующие проходимость дыхательных путей.

Результаты и их обсуждение

В результате лечения (таблица 1) в 1 группе отмечается улучшение клинических данных (уменьшение одышки, урежение кашля, более свободное отхождение мокроты).

Таблица 1.

Динамика показателей активности воспаления у больных ХОБЛ под влиянием лечения (1 – до лечения, 2 после лечения).

	Лейкоциты, 10	П-ядерные, %	СОЭ, мм/ч	СРБ. ед.	Фибриноген, г/л	Сиаловые кислоты, ед.
1 группа (11 человек)						
1	9,41±0,77	6,83±1,16	16,45±0,2 4	8,15±1,3	4,55±0,75	2,71±0,57
2	7,73±0,75	5,27±1,14	14,97±0,2 3	7,54±0,8	4,33±0,61	2,48±0,41
p	<0,02	<0,04	<0,02	<0,05	<0,03	<0,05
2 группа (9 человек)						
1	8,51±0,85	6,52±0,93	7,65±2,12	7,66±2,61	4,44±0,62	2,73±0,43
2	7,45±1,19	5,87±1,11	6,81±1,71	6,85±1,78	4,21±0,49	2,61±0,42
p	<0,01	<0,002	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

При аускультации уменьшилось количество хрипов, улучшился характер дыхания. У всех больных с заболеваниями верхних дыхательных путей наблюдалось улучшение клинических проявлений – уменьшение дискомфорта в горле, уменьшение выделения носового секрета. Положительная динамика отмечалась после 6-7 процедуры. После курса спелео-

терапии выявлено уменьшение активности воспалительного процесса, уменьшение признаков легочной недостаточности. Об этом судили по снижению повышенных уровней лейкоцитов, палочкоядерных нейтрофилов, СОЭ, фибриногена, сиаловых кислот, СРБ. Под влиянием спелеотерапии у больных ХОБЛ зарегистрировано улучшение бронхиальной проходимости на всем протяжении бронхиального дерева (повышение V пик, V₂₅, V₅₀, V₇₀, ЖЕЛ), что показывает положительное действие на дренажную функцию.

Положительное действие спелеотерапии на течение воспалительного процесса может быть объяснено улучшением бронхиальной проходимости в результате лечения и уменьшения обструкции бронхов. Отмечена положительная динамика микроскопического исследования мокроты. После лечения количество лейкоцитов в мокроте больных 1 группы (11 пациентов) уменьшилось с $27,58 \pm 2,8$ до $11,71 \pm 2,3$ единиц в поле зрения ($p < 0,02$) содержание патогенной флоры (кокки, дрожжевые грибки с $1,2 \pm 0,8$ до $0,6 \pm 0,7$ ($p < 0,002$)). У больных 2 группы количество лейкоцитов в мокроте уменьшилось с $23,5 \pm 2,82$ до $15,7 \pm 3,1$ единиц в поле зрения, содержание патологической флоры уменьшилось с $0,9 \pm 0,7$ до $0,7 \pm 0,8$. Освобождение бронхо-легочного дерева от патогенной флоры и изменение количества мокроты способствует увеличению бронхиальной проходимости.

Заключение

Таким образом, наши исследования показали, что оптимальный микроклимат, отрицательные аэроионы, высокая концентрация соляного аэрозоля, отсутствие аллергенов в спелеокамере, оказывают положительное действие на больных ХОБЛ. Спелеотерапевтическая процедура может быть рекомендована для восстановительного лечения больных ХОБЛ с сопутствующими заболеваниями верхних дыхательных путей с целью уменьшения воспалительных процессов в бронхах и улучшения бронхиальной проходимости в качестве дополнительного метода лечения к традиционному.

Литература

1. Абросимов В.Н. Легочный клиренс, дыхательная техника и кинезиотерапия больных хронической обструктивной болезнью легких. В.Н. Абросимов. Рязань, 2010.
2. Боголюбов В.М., Червинская А.В. Ингаляционная терапия. ФБР. 2003. № 6. С. 41-47.
3. Верехова Л.А. Спелеотерапия в России. Пермь, 2000. С. 124-170.
4. Пономаренко Г.П., Чернавина А.Б., Коновалов С.И. Ингаляционная терапия. С.Пб., 1998. С. 194-209.

5. Хан Н.А. Галотерапия и другие современные технологии в восстановительном лечении и реабилитации. Н.А. Хан. Материалы 7 научно-практической конференции. М.,2003. С. 23-26.
6. Хроническая обструктивная болезнь легких (под ред. А.Г. Чучалина). М.,2003. 168 с.

ПОСТОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМ КОРОТКОЙ КИШКИ

Грущин И.В., Савукова Ю.О., Замалетдинова О.С., Блохова Е.Э.

Отделение восстановительной терапии и реабилитации Рязанской областной детской клинической больницы имени Н.В. Дмитриевой, г. Рязань

Синдром короткой кишки – клинический симптомокомплекс, формирующийся после обширной резекции тонкой кишки и характеризующийся хронической кишечной недостаточностью. У новорожденных основной причиной развития СКК - являются врождённые пороки развития кишечника: атрезии, гастрошизис, мальротация с кишечной непроходимостью и др. Среди приобретенных причин - некротизирующий энтероколит, болезнь Крона.

Клинические проявления синдрома короткой кишки - диарея, стеаторея, потеря массы тела вплоть до истощения, дегидратация, развитие хронической поливитаминовой и микроэлементарной недостаточности. Тяжесть клинических проявления зависит от объема и места резекции, возраста на момент операции, наличия сопутствующей патологии, сохранности илеоцекального клапана. Резекция толстой кишки, например, при болезни Гиршпрунга, хотя и не сопровождается синдромом мальабсорбции, также требует проведения длительного парэнтерального питания в послеоперационном периоде.

Проблема детей с СКК становится всё более актуальной, в связи с увеличением их числа из-за появления эффективных оперативных и реабилитационных методик, способных сохранить жизнь детям с тяжёлой патологией кишечника. Ведение таких детей в послеоперационный период требует совместной работы хирургов, педиатров, диетологов.

Материалы: В Областной детской клинической больнице имени Н.В. Дмитриевой за период с 2013 по 2018 годы проходили лечение 3 ребенка с резецированным кишечником: 2 ребенка вследствие резекции тонкой кишки и 1 с резекцией толстой кишки на фоне болезни Гиршпрунга. Два первых ребенка - мальчики, доношенные. Первый пациент оперирован на 1 сутки жизни в связи с внутриутробным заворотом средней и атрезией двенадцатиперстной кишки. Второй – на 26 день жизни в связи с заворотом тонкой кишки. В обоих случаях проведена субтотальная резекция тонкой кишки. Остаточная длина кишки - 20 см и 6 см соответственно, толстая кишка и илео-цекальный клапан сохранены. Резекция толстой кишки проведена ребенку с болезнью Гиршпрунга в возрасте 1 месяца с наложением anus praeternaturalis, с последующим его закрытием в 5 месяцев.

В последующем дети находились в хирургическом, педиатрическом и реабилитационном отделениях РОДКБ. В связи с недостаточным опытом ведения таких детей, лечение проводилось в тесном контакте и при активной помощи специалистов отделения абдоминальной хирургии РДКБ г. Москва. Дети получали полное или частичное парэнтеральное питание, инфузии витаминно-минеральных компонентов, в связи с чем, у детей был установлен катетер длительного стояния Бровиак. Питание внутрь включало аминокислотную смесь Неокейт и безмолочные каши. Неоднократные курсы антибактериальной и противогрибковой терапии в связи с частыми инфекционными эпизодами, синдромом транслокации. Матери были обучены необходимым манипуляциям и техническому обеспечению проведения парэнтерального питания на дому. В настоящее время все дети живы, физическое развитие детей соответствует возрасту, продолжается частичное парэнтеральное питание, введение витаминов, препаратов железа. Одному из детей проведена операция по наращиваю тонкой кишки из аутотрансплантата толстой кишки, установлена гастростома на период послеоперационной реабилитации.

Выводы: Синдром короткой кишки является серьезной медико-социальной проблемой, которая заключается в необходимости длительно, не редко пожизненно, проводить сложный высокотехнологичный и дорогостоящий комплекс медицинских и социальных мер поддержания жизни и социальной абилитации ребёнка и его семьи. Рассмотренная патология требует оперативного взаимодействия врачей нескольких специальностей и непрерывного обеспечения ребёнка препаратами и средствами медицинского назначения.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Актуальность санаторно-курортного лечения <i>Прилуцкий А.А.</i>	3
Санаторно-курортное лечение – этап медицинской реабилитации <i>Малыгин А.Г.</i>	5
Актуальные аспекты курортологии детства <i>Ермакова Е.В.</i>	8
Памяти памяти <i>Ермакова Е.В., Конча М.Н.</i>	13
Интегративный подход к санаторно-курортному лечению в условиях ГБУ РО «Рязанский детский санаторий памяти В.И. Ленина» <i>Ермакова Е.В., Житникова Л.И., Конча М.Н.</i>	Ошибка! Закладка не определена. 41
Оздоровление детей дошкольного возраста в ОГБУЗ «Санаторий для детей с родителями» <i>Кодатко Л.А., Маслов Г.И.</i>	56
Состояние детского здравоохранения в Рязанской области и перспективы развития <i>Кукушкина И.П., Кирякина Е.С.</i>	62
Особенности организации работы детской медицинской сестры детского санатория <i>Баранова М.А., Ермакова Е.В.</i>	66
Принципы организации питания в детском санатории <i>Гончарова Н.С., Ермакова Е.В.</i>	69
Анализ эффективности комплексной реабилитации в условиях местного санатория при бронхиальной астме <i>Житникова Л.И., Ермакова Е.В.</i>	73
Вокалотерапия как метод реабилитационных уроках музыки в детском санатории <i>Гурьянова С.В.</i>	77
Некоторые закономерности снижения эффективности санаторно- курортного оздоровления детей с рекуррентными инфекциями <i>Корячкина Е.В., Ермакова Е.В.</i>	Ошибка! Закладка не определена. 82
Исследование и психокоррекционная работа с иррациональными убеждениями подростков как метод реабилитации и улучшения качества жизни <i>Старунская Н.В.</i>	86
Оздоровительно-образовательный терренкур в климатолечении <i>Ермакова Е.В., Корячкина Е.В., Кожнова С.В.</i>	90
Определение общего и типоспецифических иммуноглобулинов Е методом ИФА в диагностике аллергических состояний реактивного типа <i>Бирюков В.В., Гордова Т.И., Настевич Ю.А.</i>	95
Спорт без границ <i>Морозов Ю.С., Конча М.Н.</i>	98
Транскраниальная микрополяризация головного мозга в комплексной реабилитации детей с синдромом гиперактивности с дефицитом внимания <i>Грачёва В.В., Грачев А.Ю., Ермакова Е.В.</i>	101
Оценка эффективности метода биоакустической коррекции в комплексной реабилитации детей с последствиями перинатального поражения ЦНС <i>Севостьянова Н.А., Лавренова Е.В., Антипова С.С., Жилочкина А.М., Шатская Е.Е., Федотова М.В.</i>	104

Использование методов игровой песочной терапии и глинотерапии в психологической коррекции страхов у детей <i>В.В. Павлович</i>	108
Редкое наследственное заболевание – болезнь Ниманна – Пика в практике детского невролога <i>Рожнова Г.П., Старикова Е.А., Суцевская Ю.А.</i>	112
Применение методов Арт-терапии в коррекции детских страхов <i>Симукова Т.С.</i>	116
Реабилитация детей с бронхиальной астмой в условиях детской городской поликлиники <i>Шарапина Н.М., Долбова С.И., Стежкина Е.В., Алена Ю.В., Газетова Е.А.</i>	121
Возможности санаторно-курортного лечения для детей с ожирением <i>Калайдова И.А., Кочетова М.В., Степанищев А.Ю.</i>	127
Применение низкочастотной магнитотерапии в лечении люмбагии в условиях местного санатория <i>И.К. Ларинская, Н.Е. Ларинский, А.А. Черныш</i>	133
Использование педагогической системы Марии Монтессори в реабилитации детей с детским церебральным параличом <i>Сильванович Е.А., Головач Е.В.</i>	137
Метод серийных рисунков и рассказов в психологической реабилитации детей и подростков с ДЦП <i>Елфимова Д.Г.</i>	144
Сила земли: дар солнца: сенсорная комната «янтарик» <i>Головач Е.В.</i>	149
Комплексный подход к реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями в условиях санаторно-курортного учреждения <i>Зыбинская И.В.</i>	154
Профилактика буллинга как детерминанта реабилитационного процесса в условиях детского санатория <i>Тесля Т.Н., Вакалюк А.С.</i>	158
Санаторий «Красный Бор» <i>Фролов В.В., Митюшина М.Ю.</i>	162
Лечение переломов длинных трубчатых костей у детей с применением аппарата «Алмаг+» <i>Груцин И.В. Груцина Н.П.</i>	165
Иммуноферментное определение уровня общего иммуноглобулина Е (использование в диагностике на разных этапах комплексного лечения) <i>Груцина Н.П., Родина Е.В., Хлынцева К.В., Жаркова К.В., Груцин И.В.</i>	168
Спелеотерапия в восстановительном лечении больных хронической обструктивной болезнью легких <i>Ларинский Н.Е., Черныш А.А.</i>	171
Постоперационная реабилитация детей с синдромом короткой кишки <i>Груцин И.В., Савукова Ю.О., Замалетдинова О.С., Блохова Е.Э.</i>	175