

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

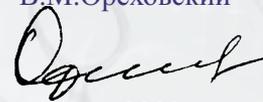
Заместитель начальника
Главного управления кадровой политики,
учебных заведений и науки Н.И. Доста



10 мая 2000 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М.Ореховский



11 мая 2000 г.

Регистрационный № 7-0001

АМБУЛАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

(ТЕХНОЛОГИЯ ЕСТЕСТВЕННОГО САМООЗДОРОВЛЕНИЯ)

Минск 2000

Учреждение-разработчик:

Белорусский НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов
(Республиканский геронтологический центр)

Авторы: д-р мед. наук, проф. И.С. Гулько

Рецензенты: проф. В.П. Сытый, проф. Н.А. Манак, И.Д. Козлов

Основой для составления методических рекомендаций явились результаты научных разработок, проведенных в БНИИЭТИНе в последние годы.

В рекомендациях представлена основа концепции естественного самооздоровления больных атеросклерозом, методические вопросы самоотбора, обследования и формирования индивидуальной программы реабилитации (аспекты духовного и физического самооздоровления). Представлена методика видового питания, физической тренировки, дыхательной гимнастики, закаливания, тренировки зрения. Изложена методика социально-экономической эффективности естественного самооздоровления больных.

Методические рекомендации предназначены для врачей общей практики, гериатров, реабилитологов ЛПУ.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
1. САМООТБОР	5
2. ОБСЛЕДОВАНИЕ И ФОРМИРОВАНИЕ ИКП	6
2.1. Духовное самооздоровление	7
2.2. Физическое самооздоровление	8
2.2.3. Дыхательная гимнастика	13
3. ОЦЕНКА МЕТОДИКИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ И ЕЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ	23
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	25

ВВЕДЕНИЕ

Проблема атеросклероза, несмотря на определенные успехи в познании его этиопатогенеза, является ведущей патологией, обуславливающей высокую заболеваемость, инвалидность и смертность пожилых лиц. Лекарственная терапия дает лишь временное облегчение и существенно не меняет общей негативной тенденции.

Лабораторией по медико-социальным проблемам пожилых Республиканского геронтологического центра, в соответствии с заданием государственной научно-технической программы разработана технология естественного самооздоровления больных с ишемической болезнью сердца и энцефалопатиями I–II стадии.

Разработанная технология естественного духовного и физического самооздоровления включает 3 основных этапа:

- 1) самоотбор;
- 2) обследование и формирование индивидуальной комплексной программы (ИКП);
- 3) оценка результатов по динамике резервов основных функциональных систем (ФС) организма, а также социально-экономической эффективности.

1. САМООТБОР

Поиск эффективной системы самоотбора больных психологически готовых к самооздоровлению привел к необходимости организации 2-годичного бесплатного Общественного университета «Здоровье ветеранов» (ОУЗВ) с 200-часовой программой естественного духовного и физического самооздоровления. Запись пожилых лиц является их личным выбором. Анализ записавшихся по трем наборам показывает, что он осуществляется по двум критериям: сохраненной поисковой активности, независимости, а также социально-экономической эффективности.

2. ОБСЛЕДОВАНИЕ И ФОРМИРОВАНИЕ ИКП

Обследование проводится в геронтологическом кабинете, кроме клинического анамнеза включает психосоциальную характеристику по данным физиогномики анкетных тестов на старение и депрессию, общеклиническое обследование и тестирование основных ФС организма. Используются тесты Крауса — Вебера для оценки возможностей основных мышечных групп, в том числе динаметрию кистей рук, тесты, характеризующие возможности функции дыхания (ЖЕЛ, показатели проб Штанге и Генча), функции сердечно-сосудистой системы, частоты сердечных сокращений и артериального давления в покое и в динамике велоэргометрической нагрузки с определением толерантности к физической нагрузке, работоспособности при пульсе 160 уд./мин, максимального потребления кислорода, в том числе стандартизованные показатели на 1 кг веса.

На основании исходных полученных данных формулируется функциональный диагноз, оцениваются наличные резервы ФС и формируется индивидуальная комплексная программа естественного духовного и физического самооздоровления. В ИКП включаются естественные средства духовного (дыхательная гимнастика, релаксация, медитация, видовое питание) и физического (двигательная дозированная активность, специальная дыхательная гимнастика, закаливание, при нарушениях зрения и координации — средства тренировки зрительного и вестибулярного анализаторов) самооздоровления, а так же знакомят больных с индивидуальными критериями допустимых тренировочных нагрузок и другими элементами самоконтроля.

2.1. Духовное самооздоровление

Удовлетворение познавательной потребности и обучение методам естественного самооздоровления осуществляется в общественном университете и гериатрическом кабинете после формирования ИКП. В программе университета уделяется большое внимание мировоззренческим проблемам и духовному самооздоровлению, в частности познанию каждым слушателем программы своего природного индивидуального предназначения (иерархии инстинктов, темперамента, конституции) и гармоничной ее реализации. Известно, что в индивидуальные программы каждого человека природа заложила и программу «Мудрого доктора», который постоянно обновляет структуры нашего организма и «ремонтирует неполадки», если мы с ним сотрудничаем и поддерживаем наличные резервы ФС.

Известно, что современная цивилизация обуславливает развитие «болезней цивилизации», среди которых атеросклероз занимает ведущее место. В занятиях ОУЗВ раскрываются основные пять причин, обуславливающих духовную и физическую деградацию современного человека.

Первая — подмена естественного отбора по критерию совершенства интуитивного физического развития критерием ограниченного рационального ума.

Вторая причина — неполная реализация задатков. Низкие наличные резервы ФС не справляются с социально-экономическими требованиями и при ослабленной реактивности вызывают «поломки» с первично хроническим течением. В процессе развития болезни мобилизуются задатки до их полного исчерпания.

Третья — физико-химическое загрязнение экологической среды и невидовое питание. Загрязнители загружают наличные резервы организма, прежде всего обмена веществ, и оказывают на них повреждающее воздействие.

Четвертая — социально сформированная причина — предельный эгоизм и потребительское отношение к жизни и здоровью.

Пятая — игнорирование интуитивного ума и своего природного предназначения.

Осмысливание больными этих первичных причин распространения атеросклероза и возможностей их устранения и компенсации позволяет им сделать правильный выбор, где искать здоровье и кто его может им дать.

2.2. Физическое самооздоровление

ИКП предусматривает и все индивидуальные аспекты физического естественного самооздоровления.

2.2.1. Видовое питание

Прежде всего необходимо устранение склонности к запорам, часто наблюдаемым у больных атеросклерозом. Своевременное полное очищение толстого кишечника важно, так как это предупреждает задержку в организме холестерина (реабсорбция желчных кислот выделяемых печенью) и отравление организма ядовитыми продуктами микробного ферментативного распада пищевых остатков.

В связи с этим, врачу следует обратить внимание больного на нормализацию опрвления кишечника и помочь освоить брюшное дыхание и изменить набор потребляемых пищевых продуктов. Прежде всего больному необходимо рекомендовать перейти на видовое этническое питание — это питание нашего далекого предка, когда он был собирателем и охотником и под воздействием которого формировалась и закреплялась наследственная программа деятельности желудочно-кишечного тракта.

Литературные данные и наш 5-летний опыт наблюдений за 184 пожилыми больными показывают, что переход на видовое этническое питание с одновременным использованием других средств естественного самооздоровления нормализует липидный спектр плазмы крови, избавляет от клинических проявлений атеросклероза коронарных и мозговых сосудов.

В последние десятилетия установлено, что сырые неочищенные овощи и фрукты содержат не только необходимые пищевые волокна, витамины, минеральные вещества (микроэлементы), но и антиоксиданты, которые блокируют повреждающее воздействие свободных радикалов. Последним придается большое значение в развитии самых распространенных болезней цивилизации (атеросклероз, рак и др.).

При невозможности потреблять сырые овощи и фрукты, их можно подвергать минимальной термической обработке. Следует ограничить соль до 5 г в сутки. Необходимо отметить, что у наблюдаемых больных снизилась масса тела, а также отношение окружности талии к окружности таза, т.е. нормализовались эстетические качества организма.

2.2.2. Физическая тренировочная активность

Известно, что эволюционная норма двигательной активности — это такая функциональная нагрузка на мышечную систему организма, которая в соответствии с законом единства структуры и функции поддерживает массу мышц на уровне 45% веса тела.

Врачу необходимо помочь больному осознать закон единства структуры и функции, т.е. как с помощью функции (нагрузок) в пределах задатков совершенствовать структуры своего организма, а также освоить закономерности тренировочного процесса.

*Примерная потребительская корзина продуктов
видового питания для пожилых лиц*

Наименование продукта	Норма в день (в г)	Норма в месяц (в кг)
Хлеб из неочищенной от отрубей муки	150	4,5–5,0
Рыба (2 раза в неделю)	300	2,0–2,5
Молоко (при хорошей переносимости)	200	6,0
Кефир	150	4,5–5,0
Творог (2 раза в неделю)	150	1,2–1,5
Птица (1 раз в неделю)		1,0
Крупы (овес, пшено, перловка, гречка, неочищенный рис)		1,0
Масло оливковое, льняное	40	1,0–1,2
Яйца (1–2 в неделю)	1	8–10 шт.
Овощи (всего):		24
картофель		8–9
капуста		4–5
морковь		6–7
свекла		4–5
Чеснок		0,2
Бобовые (фасоль, горох, соя)		1–2
Свежие фрукты		8–10
Мед или сахар	15	0,45–0,5

Законы (принципы) тренировочного процесса:

- сознательность — человек должен осознавать место здоровья в иерархии ценностей и что эту ценность можно получить только собственными тренировочными усилиями;
- наглядность — формирует системообразующие модели этапных и конечных реально достижимых результатов и определяет качество тренировочного процесса;
- адекватность и доступность — тренировочные нагрузки должны соответствовать тренируемой ФС и быть доступными по сложности выполнения для тренирующегося ;
- постепенность, повторяемость, систематичность — тренировочные нагрузки повышаются в соответствии с законом избыточного самовосстановления на величину «избыточного восстановления» и повторяются в фазе полного восстановления (повышенной работоспособности), время наступления которой определяется интенсивностью и продолжительностью нагрузки. Систематичность тренировочного процесса направлена на исключение проявлений закона «атрофии от бездеятельности».
- индивидуализация — каждый человек трижды уникален: по наследственной программе, резервам, сформированным в процессе жизнедеятельности организма, и ценностным установкам личности. Все это требует индивидуальной программы тренировок.
- всесторонность — предполагается тренировка не только измененных структур и компенсирующих их недостаточность, но и использование всего арсенала тренировочных средств для обеспечения гармоничного (духовного и физического) развития личности в диапазоне реальных социально-экологических требований.

Для наглядности рассмотрим историю болезни больной 74 лет, страдающей ИБС II ФК и перенесшей инфаркт миокарда. Больная записалась в ОУЗВ и прошла обследование в гериатрическом кабинете центра в декабре 1997 г. Рост 157 см, вес 62 кг, с 6 тестами Крауса — Вебера вообще не справилась, ЖЕЛ — 1600 мл, проба Штанге — 21 с, Генча — 15 с, заметное пошатывание в пробе Ромберга, ЧСС в покое — 60 в мин, АД — 190/95, что указывает на потерю эластических свойств крупных артериальных сосудов (аорты). Велоэргометрическая толерантность к нагрузке — 300 кгм/мин. Работоспособность на 1 кг веса при ЧСС 160 в мин — 4,6 кгм/мин. Биологический возраст 81,3 г. Для больной создана ИКП, в которой предписано пройти курс обучения дыхательной гимнастике с релаксацией и избавиться от негативных мыслей, перейти на видовое питание, обучиться в оздоровительном клубе при ОУЗВ адекватным комплексам физической тренировки, начать постепенно закаливаться. Больная самостоятельно в соответствии с рекомендациями перестроила свое питание, поведение и образ жизни. Повторные обследования в 1998 и 1999 гг. показали, что за 20 месяцев реализации своей программы комплексного самооздоровления у больной нормализовалось диастолическое давление (180/80), в том числе при осуществлении велоэргометрической нагрузки. Увеличились ЖЕЛ до 1800 мл, проба Штанге — до 42 с, Генча — до 23 с. Повысились толерантность к физической нагрузке до 450 кгм/мин и работоспособность на 1 кг веса до 6,4 кгм/мин. Она справилась с 4 тестами Крауса — Вебера. Биологический возраст снизился до 67 лет. Больная освободилась от приступов стенокардии, периодических головных болей, необходимости приема лекарств и сохранила познавательную активность и независимость, получает удовлетворение от общения с друзьями и природой, т.е. существенно улучшилось качество жизни.

Формирование совместно с больным раздела ИКП по физической активности требует усвоения больным критериев допустимости величины тренировочных нагрузок:

- 1) они не должны вызывать болезненных проявлений;
- 2) первоначально быть в пределах носового дыхания;
- 3) не должны вызывать одышки и чрезмерного утомления.

Больным ИБС определяются нагрузки в пределах толерантности, выявляемой тестированием, а больным энцефалопатиями 1–2 стадии — и под контролем ДД. При нагрузке оно не должно повышаться и закрепляться в стереотипах реакции.

2.2.3. Дыхательная гимнастика

Аппарат внешнего дыхания занимает особое место в жизнедеятельности организма. Он находится под вегетативным контролем, но может управляться волевыми усилиями (рациональным мышлением). В этой двойственности управления аппаратом внешнего дыхания скрыты большие оздоровительные возможности, которые современной оздоровительной практикой используются недостаточно.

Это прежде всего канал связи между рациональным и интуитивным мышлением (голотропное дыхание), который рациональное мышление цивилизованного человека почти не использует.

Возможность волевого управления дыханием позволяет решать следующие оздоровительные задачи:

- 1) тренировать способности человека к концентрации внимания;
- 2) укреплять волю;
- 3) повышать устойчивость организма к гипоксии (пониженному снабжению кислородом), формировать наличный резерв кислородтранспортной системы преимущественно за счет увеличения артериовенозной разницы и подавлять образование свободных радикалов;
- 4) перестраивать биоритмы дыхания, сердечно-сосудистой системы и оптимизировать работу всего кислородтранспортного комплекса за счет расширения резервов газообмена в легких и тканях;
- 5) тренировать способность к релаксации (расслаблению) для профилактики негативного воздействия стрессов и дистрессов;
- 6) овладевать волевым управлением функций диафрагмы и повышать ее мощность;
- 7) осуществлять естественный массаж органов брюшной полости (перепады давления);
- 8) формировать и закреплять стереотип физиологического положения позвоночника;
- 9) укреплять мускулатуру, осуществляющую вдох и активный выдох;
- 10) совершенствовать способность формирования дыхательной доминанты для подавления патологических доминант, в том числе порождаемых спонтанным мышлением, и снятия нервного напряжения.

Обучение дыхательной гимнастике требует элементарного понимания физиологии дыхания и психологической установки человека на собственное оздоровление (наличия сознательности).

Методика дыхательной гимнастики

Больной располагается на кушетке без подушки. Больному предлагается максимально расслабить все мышцы, в том числе мускулатуру грудной клетки. Одну руку (ладонь) положить на грудную клетку в области сосков, для контроля неучастия грудной клетки в дыхании. Другую — на низ живота, при этом большой палец должен находиться в области пупка. Предлагается больному дышать через нос только животом, одновременно стараться усугублять расслабление всего тела, включая лицо. Вдох произвольный — живот поднимается, затем плавный, нарастающей продолжительности, выдох. Исходная продолжительность выдоха определяется по времени максимальной задержки дыхания на выдохе (проба Генча). Начальная продолжительность выдоха может составлять $1/2$ от времени максимальной задержки.

Продолжительность диафрагмального дыхания определяется способностью удерживать внимание на тренировке. Вначале это составляет 5–15 мин. Для быстрого усвоения диафрагмального дыхания необходимо тренироваться несколько раз в день. При достаточном времени тренировки ежедневно следует удлинять продолжительность выдоха на 1–2 с и добиваться все более глубокого расслабления. Освоив это упражнение в позе лежа на спине, его следует закреплять с согнутыми в коленях ногами (пятки у ягодиц). Для укрепления диафрагмы дальнейшую тренировку диафрагмального дыхания следует проводить с нарастающей продолжительностью выдоха в позе лежа с вытянутыми ногами, поместив на низ живота груз. Его вес вначале может быть 0,5 кг, затем постепенно можно увеличить до 4 кг и более. Когда тренирующийся достигает продолжительности выдоха в 17–18 с, то можно переключиться на четырехфазное дыхание. Однако для полного овладения функций основной дыхательной мышцы — диафрагмой целесообразно освоить еще и следующее упражнение.

В исходном положении стоя или сидя с выпрямленным позвоночником сделать вдох через нос с одновременным втягиванием живота, медленный выдох — низ живота выпячивается. При выполнении этого упражнения необходимо удлинять и продолжительность вдоха, которая повышает чувствительность мозга. Такой же эффект вызывает напряжение и расслабление мышц живота.

Освоив все предыдущие упражнения дыхательной гимнастики, можно переходить к основному четырехфазному тренировочному дыханию, обеспечивающему многосторонний оздоровительный эффект.

Исходное положение сидя с физиологическим положением позвоночника (в одной плоскости ягодицы, лопатки, затылок). Тренировка начинается с выдоха преимущественно животом, затем произвольный вдох. На высоте вдоха следует расслабить все мышцы, участвующие в дыхании. Выдох происходит пассивно за счет натяжения эластики легких, затем на нейтральном положении грудной клетки (полном ее расслаблении) следует задержать дыхание (дыхательная пауза), на время, достигнутое в продолжительности выдоха при тренировке диафрагмального дыхания. Затем, когда появляются позывы на вдох, опять произвести выдох животом и дальше четырехфазный дыхательный цикл повторяется. Продолжительность тренировки определяется способностью к концентрации внимания. Для достижения требуемого результата, удлинения продолжительности паузы и усугубления способности расслабления, необходимо ежедневно постепенно удлинять хотя бы на 1 с продолжительность паузы и время тренировки.

Оздоровительный эффект хорошо ощущается, если тренировочную паузу довести до 25–30 с. При хорошем усвоении упражнения его можно осуществлять во время ходьбы и особенно во время поездок в общественном транспорте. Освоенные дыхательные упражнения можно сочетать с различными физическими упражнениями. Необходимо однако подчеркнуть, что при нарастающей концентрации внимания на все более редком дыхании при его усугублении может спонтанно появиться ощущение вибрации во время выдоха. Такое дыхание становится голотропным, то есть формируется канал взаимосвязи рационального мышления с интуитивным.

Особенностью дыхательной гимнастики является то, что она фактически не имеет противопоказаний. Чем более тяжелый больной, тем больше ему показана индивидуализированная дыхательная гимнастика.

2.2.4. Закаливание

Закаливание — это система гигиенических мероприятий, направленных на повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных погодных-климатических условий. В условиях умеренного климата наибольшее практическое значение имеет устойчивость к охлаждению и перепадам атмосферного давления.

Принципы тренировки терморегуляторных процессов ничем не отличаются от принципов тренировки других ФС, которые рассмотрены в разделе двигательная активность. Лучшим средством закаливания является вода, теплоемкость которой в 28 раз превышает теплоемкость воздуха. Эффект закаливания без подкрепления удерживается до 2–3 месяцев.

Наиболее эффективным методом закаливания является контрастное (холодом и теплом). Это эффективное естественное средство тренировки тонуса сосудов приучает организм к быстрой смене просвета, а следовательно, и кровотока. При воздействии тепла тонус периферических сосудов снижается, резко увеличивая приток крови к коже. При воздействии холода тонус периферических сосудов повышается, кровоток резко снижается, а во внутренних органах возрастает. Закаливание холодом одновременно стимулирует иммунологическую защиту организма и является средством предупреждения простудных заболеваний.

Рекомендуемые формы и методы закаливания

Обтирание — наиболее мягкая закаливающая процедура. Она проводится губкой или полотенцем, смоченным водой комнатной температуры (18–20°C) с постепенным ее еженедельным понижением на 1–2°C. Продолжительность процедуры составляет 3–5 мин.

Обливание. Для лиц, прошедших курс обтирания, обливание можно начинать с воды комнатной температуры, постепенно доводя ее до водопроводной или естественного водоема.

Душ является простым и наиболее доступным методом закаливания. В зависимости от разницы температур душевые процедуры подразделяют на слабую (перепад температуры менее 10°C); среднюю (перепад температуры 10–15°C) и сильную (перепад температуры более 15°C).

Обычно закаливание душем начинается с температуры воды 38–40°C. После 4–5 мин такого душа температура воды на 25–30 с понижается на 5–10°C. Для первого раза достаточно 4–6 таких циклов. Затем постепенно холодовую контрастную нагрузку можно повышать в соответствии с принципами тренировки.

Наибольший эффект контрастного закаливания достигается чередованием процедур: русская или финская баня — морозный воздух (зимой), холодная вода (летом), баня — снег, баня — прорубь. Посещение бани с контрастным закаливанием следует проводить систематически, не реже одного раза в неделю с заходом 1–2 раза в парилку при строгом контроле самочувствия и чистым (освобожденным) толстым кишечником.

Закаливание естественными средствами природы (холодом, теплом, давлением) — это реализация закрепленных природой задатков и превращение их в наличные резервы ФС, путь самореализации человеком своих оздоровительных возможностей. Для мудрого человека закаливание становится жизненной необходимостью для поддержания высокой устойчивости.

Человек, надолго изолированный от ультрафиолетового излучения солнца, не обеспечивается витамином Д, что нарушает фосфорно-кальциевый обмен в костях, у пожилых (особенно у женщин после климакса) способствует развитию остеопороза — деминерализации костей. В связи с этим, предупреждение «солнечного голодания», в том числе у пожилых людей, является важным условием закаливания. Необходимо учитывать, что при высоте солнца до 20° ультрафиолетовые лучи в солнечном спектре отсутствуют, они полностью поглощаются атмосферой.

Дозирование солнечных ванн сугубо индивидуально, обычно начинают с 1/4 биодозы. Биодоза — минимальная продолжительность облучения кожи, вызывающая ее слабое покраснение. Одна биодоза равна 20 калориям.

2.2.5. Тренировка зрения

Среди болезней пожилого человека наряду с атеросклерозом часто имеет место нарастающее снижение зрения. В комплекс естественных средств самооздоровления должны включаться статические и динамические упражнения для глаз.

В исходном положении стоя или сидя с выпрямленным позвоночником производим:

1. Глазами максимальное движение вправо и влево не поворачивая головы. Повторяем 15 раз.
2. Затем максимально вниз и вверх, также не менее 15 повторений.
3. Движением глаз описать треугольник — максимально влево — нос — вверх (переносица). Повторяем 15 раз.
4. Тот же комплекс вправо.
5. Движением глаз по диагонали комнаты слева направо вверх и обратно справа налево вниз. Повторить 15 раз.
6. Движение глаз по диагонали комнаты справа налево вверх и обратно. Повторить 15 раз.
7. Глазами осуществляют максимально круговой обзор по часовой стрелке 10 кругов.
8. 10 максимальных кругов глазами против часовой стрелки.
9. Глазами описывают горизонтальную восьмерку 10 раз.
10. Глазами описывают вертикальную восьмерку 10 раз.
11. Перевести взгляд с близких предметов на далекие. Повторить 15 раз.

Систематическое выполнение приведенного комплекса тренировки глаз несколько раз в неделю, в сочетании с другими естественными средствами, как свидетельствуют наблюдения и обследования слушателей общественного университета, является эффективным средством улучшения и сохранения зрения в пожилом и престарелом возрасте.

2.2.6. Тренировка вестибулярного анализатора

Она осуществляется упражнениями на координацию, обучение которым проводится в физкультурно-оздоровительном клубе при общественном университете. Тренировка вестибулярного анализатора является также звеном пяти ритуальных упражнений тибетских монахов, которым обучены слушатели университета и большинство ввело эти комплексы в ежедневную утреннюю гигиеническую зарядку. Они являются надежной профилактикой падений, часто наблюдаемых в пожилом и престарелом возрасте. Эти пять ритуальных упражнений включают также динамическую дыхательную гимнастику и тренировку адаптации к воздействию сил гравитации (поза горки). Учитывая высокую оздоровительную эффективность ритуальных упражнений, считаем возможным изложить методику их выполнения.

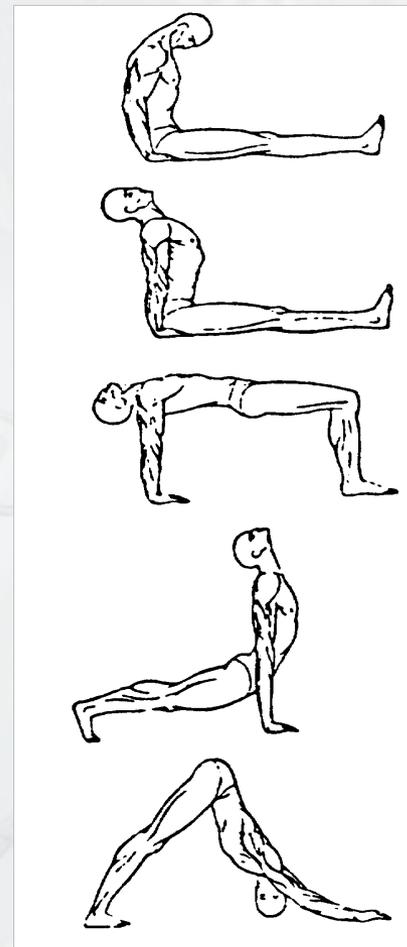
Методика первого упражнения. Исходное положение стоя прямо, руки горизонтально вытянуты в стороны на уровне плеч. Начать вращение по часовой стрелке вокруг своей оси до ощущения легкого головокружения. Затем лечь на спину без подушки и готовиться к выполнению второго упражнения.



Методика второго упражнения. Исходное положение лежа на спине, руки вдоль туловища, ладони прижаты к полу (кушетке). Выдохнуть, во время глубокого вдоха приподнять голову, прижав подбородок к груди и одновременно поднять прямые ноги вверх. Затем во время выдоха медленно опустить голову и ноги в исходное положение. Количество повторений определяется индивидуальными возможностями.

Методика третьего упражнения. Исходное положение стоя на коленях, ладони на заднебоковой поверхности бедер. Сделать полный выдох. Во время вдоха голову запрокинуть назад вверх, выпятить грудную клетку и прогнуть позвоночник назад, слегка опираясь руками о бедра. Во время выдоха возвратиться в исходное положение, прижав подбородок к груди.

Методика четвертого упражнения. Исходное положение сидя с выпрямленным позвоночником, ладони с сомкнутыми пальцами, направленными вперед, на полу, по бокам от ягодиц, голова опущена, подбородок прижат к груди. Сделать полный выдох. Во время вдоха запрокинуть голову назад до предела и начать поднимать туловище вперед до горизонтального положения. В конечной фазе голени и руки располагаются вертикально (как ножки стола), а туловище и бедра — горизонтально. В этом положении напрягите все мышцы тела, а затем расслабьте и во время выдоха вернитесь в исходное положение. Количество повторений определяется индивидуальными возможностями.



Методика пятого упражнения. Исходное положение — упор лежа, прогнувшись, тело опирается на ладони и подушки пальцев ног. Колени и таз пола не касаются. Расстояние между ладонями и ступнями ног немного шире плеч. Сделать полный выдох запрокидывая голову назад. Во время глубокого вдоха, сгибая туловище в тазобедренных суставах, придать положение острого угла, направленного вверх, одновременно прижимая подбородок к груди. Стараться, чтобы ноги оставались прямыми, а прямые руки в одной плоскости с туловищем (поза горка).

Монахи рекомендовали повторение каждого ритуального упражнения постепенно довести до 21 и выполнять их ежедневно, особенно в пожилом возрасте.

Атеросклероз и другие болезни не являются функцией старости, они только ускоряют нарастание старческих изменений. Болезни можно предупредить.

Старость — естественный и неизбежный процесс, как детство, молодость, зрелость, ее можно замедлить, но избавиться от нее нельзя. Стар тот, кто утратил интерес к жизни, не реализовывает себя.

3. ОЦЕНКА МЕТОДИКИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ И ЕЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Оценка эффективности внедрения технологии реабилитации больных атеросклерозом осуществляется по объективным критериям — нарастанию наличных резервов основных ФС организма. Методика апробирована на 184 больных атеросклерозом (160 больных ИБС I–II ФК, из них 15 перенесших инфаркт миокарда, 20 больных с энцефалопатией I–II стадии, в том числе 4 перенесших инсульт с гемипарезом), из них — 70 пожилых людей, проживающих одиноко.

Среди реабилитированных — женщин 124, средний возраст 67,6 лет, мужчин — 40, средний возраст 69,8 лет.

Все эти индивидуальные данные в динамике заносятся в дипломы, выдаваемые слушателям ОУЗВ при его окончании, а для желающих — и в последующие годы.

Социально-экономическая эффективность рассчитана на 1000 реабилитируемых одиноких больных, включает стоимость пребывания на больничной койке, стоимость вынужденного социального обслуживания (только зарплату работников службы).

Динамика основных средних показателей представлена в таблице:

		Вес в кг	Выполнено из 6 тестов Вебера	ЖЕЛ в мл	Проба Штанге, с	Проба Генча, с	Толерантность к физической нагрузке	Мощность физической нагрузки на 1 кг веса при частоте пульса 160 уд./мин	Оперативная память	Биологический возраст в годах
Мужчины	Исходные показатели	76,1	4	3783,3	45,0	21,1	670,4	11,1	6,3	59,0
	После реабилитации	73,7	6	3911,8	52,0	26,2	780,0	14,5	6,8	50,8
Женщины	Исходные показатели	67,4	3	2551,5	36,1	19,9	490,2	9,4	7,1	61,8
	После реабилитации	65,9	5	2679,7	44,0	22,7	566,4	10,7	7,5	50,1

Так, охват только 1000 одиноких пожилых больных атеросклерозом на 60% снижает потребность в госпитализации на протяжении 1 года естественного самооздоровления, что составляет экономию при среднем пребывании на койке 17 дней — 20,4 млн (сведения на конец 1999 г.), а также отпадает потребность в медико-социальном обслуживании (1 социальный работник с окладом 16000 обслуживает 10–12 одиноких больных). Экономия за год составляет 10653 тыс. Всего без учета повышения качества жизни и других затрат общая экономия от оздоровления 1000 больных составляет более 30 млн в год.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реализация разработанной технологии естественного духовного и физического самооздоровления больными атеросклерозом (ИБС I–II ФК и энцефалопатиями I–II стадии) показала высокую социально значимую эффективность. Больные, приобретая грамотность, своими усилиями освободились от клинических проявлений болезни, необходимости приема лекарственных средств и дорогого медико-социального обслуживания. У больных значительно расширился круг интересов, потребность в общении с друзьями, природой, повысились физические возможности организма (толерантность к физическим нагрузкам и физическая работоспособность), понизился биологический возраст и существенно повысилось качество жизни.

Внедрение разработанной технологии естественного самооздоровления не требует материальных затрат (дорогих стационарных коек и медико-социального обслуживания). Необходимо лишь повышение квалификации медицинских работников по естественному самооздоровлению (введение этих вопросов в программы профессиональной подготовки).

Амбулаторная реабилитация пожилых больных атеросклерозом

Для более эффективной работы гериатров поликлиник целесообразно в областных центрах силами медицинских учебных заведений (прежде всего университетов, институтов) организовать школы и общественные университеты III возраста с программой естественного самооздоровления, что существенно повысит социально-экономическую эффективность естественного самооздоровления пожилых лиц и качество их жизни.