

**ЗДОРОВЬЕ  
ШКОЛЬНИКОВ**

**Коррекция здоровья  
учеников без лекарств**

**В настоящее время идёт постоянный поиск методов оздоровления детей в условиях школы. Основная задача — снизить острую и хроническую заболеваемость учеников. Для массового оздоровления должны использоваться эффективные, несложные в осуществлении методы, обеспечивающие максимально полный охват нуждающихся и в то же время не нарушающие учебного процесса.**

**В нынешнем выпуске журнала авторы раскрывают три основных метода: фитотерапию, профилактику близорукости и лечебную физкультуру.**

**Г. Бородкина,  
Г. Бограш,  
О. Ваулина,  
В. Обижесвет,  
Э. Кутерман**

**Фитотерапия и её место в общей системе  
лечебно-профилактических мероприятий в школе**

**Ф**итотерапия — один из лучших методов немедикаментозной коррекции здоровья, комплексного профилактического лечения, включающий широкое использование целебных факторов природной среды. Среди этих факторов всё большее внимание привлекают лекарственные растения, способные не только эффективно воздействовать на очаги патологии, но и существенно повышать защитные силы организма.

Применение фитопрепаратов в течение столетий способствовало возникновению генетически закреплённых реакций между веществом и организмом человека, формированию определённых систем и антител.

Препараты из растений (настойки, экстракты, отвары и настои) содержат не одно, а комплекс биологически активных веществ, осуществляя тем самым многостороннее действие на организм. Сопутствующие вещества усиливают лечебные свойства основного компонента, продлевают его действие и уменьшают токсичность.

Синтетические препараты для организма чужеродны и грубы как стимуляторы, создают угрозу быстрого истощения функциональных и метаболических резервов. Поэтому применение лекарственных растений, которые содержат необходимые лечебные начала в соотношениях, оптимально сбалансированных в процессе эволюции человека и растений самой природой и в форме, естественной для организма человека и легко им усвояемой, следует рассматривать как наиболее физиологичный метод нормализации обменных процессов и восстановления функциональных возможностей организма.

Кроме того, применение фитопрепаратов эффективно и в профилактических целях. Высокая степень их всасываемости наряду с минимальным аллергизирующим воздействием позволяет производить коррекцию содержания витаминов и микроэлементов в организме ребенка в периоды наибольших физических и умственных нагрузок.

Проводить фитотерапию рекомендуется только специально подготовленным медицинским работникам.

Работа по проведению фитотерапии в условиях непрерыв-

ного учебно-воспитательного процесса строится по двум направлениям:

- Повышение уровня здоровья и защитных свойств организма у всех детей.
- Проведение противорецидивного лечения детям, страдающим той или иной хронической патологией.

По первому направлению в период межсезонья (октябрь–ноябрь, март–апрель) все ученики школы (воспитанники детского сада) и педагогический коллектив во время завтраков получают витаминный напиток, приготовленный на фитоосновах «Лесная сказка» или «Энеротрон».

Эти фитоосновы содержат концентрированные натуральные соки из плодов пищевых растений и экстракты из лекарственных растений: виноградный, яблочный (из диких сортов) и черноплодно-рябиновый соки, а также экстракты из плодов шиповника и боярышника. Входящие в напиток вещества оказывают влияние на различные стороны обмена веществ.

«Лесная сказка» повышает устойчивость организма к инфекционным заболеваниям, улучшает нервно-рефлекторную регуляцию органов и тканей, нормализует функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, оказывает противосклеротическое действие, повышает защитные свойства организма. Состав этого напитка обуславливает компенсацию организма человека по витаминному, метаболическому, микроэлементарному составу при его недостаточности эндогенного и экзогенного происхождения.

Применяют в лечебных и профилактических целях при психоэмоциональных физических перегрузках, переутомлении, гиповитаминозе, в период выздоровления, при стрессах.

Напиток готовится в пищеблоке. Фитооснова добавляется в чай или компот один раз в день по 10 мл. Дети, не питающиеся в школе, получают готовый напиток по 100 мл в столовой.

В это же время в школе (и детском саду) проводится массовая аэрофитотерапия (ароматотерапия, фитоионогальванизация) — один из фитотерапевтических методов лечения больных с использованием естественных природных концентратов антибактериального, противовирусного, спазмолитического действия. При отпуске процедур чаще используются препараты растительного происхождения (эфирные масла, экстракты, настойки, настои лекарственных трав), содержащих терпены, фитонциды и лёгкие ионы препаратов, образующиеся в процессе процедуры.

Под влиянием фитонцидов повышается бактерицидность воздуха, снижается электрический показатель загрязнённости воздуха, оседают пылевые частицы, обеспечивается необходимый аромат и свежесть воздуха, происходит обогащение человека витамино- и гормоноподобными веществами, а также компонентами, идущими на построение биологических комплексов.

Предварительный отбор детей в группы осуществляется медицинской сестрой на основании школьных медицинских

карт учащихся. Детям с аллергическими реакциями или индивидуальной непереносимостью некоторых препаратов (например, мята, полынь, лаванда) проведение сезонной фитопрофилактики и аэрофитотерапии противопоказано.

Фитотерапия проводится медицинской сестрой, прошедшей подготовку по физиоэлектропроцедурам.

Аэрофитотерапию проводят по заранее составленному графику в помещении класса во время урока, используя прибор (ингалятор) «Вулкан», с помощью которого распыляются эфирные масла и фитоконпозиции.

Необходимые требования — закрытые окна и двери. Таким образом ингаляцию получают дети и их педагоги ежедневно по 15 минут в течение 10 дней.

У этого метода есть неоспоримые преимущества: доступность для детских организованных коллективов, не требуется смена и дезинфекция индивидуальных наконечников, простота в эксплуатации, экологичность и высокая эффективность, очень редкое возникновение побочных явлений.

Детям, страдающим той или иной хронической патологией дважды в год следует проводить противорецидивное лечение. Для этого необходимо сформировать группы с наиболее частыми хроническими заболеваниями:

1-я группа — заболевания ЖКТ (гастрит, гастродуоденит, реактивный панкреатит, дисбактериоз);

2-я группа — аллергические заболевания (атопический дер-

матит, бронхиальная астма, поллиноз);

3-я группа — хронические заболевания верхних дыхательных путей;

4-я группа — астено-невротические состояния.

Необходимое условие для начала проведения лечения — консультативный приём врача-фитотерапевта или среднего медицинского персонала, прошедшего специальную подготовку.

Приём включает в себя:

- беседу с родителями (тщательный сбор анамнеза ребёнка с акцентом на наличие желче- или мочекаменной болезни у близких родственников);
- осмотр ребёнка и назначение при необходимости дополнительных методов обследования;
- назначение лечения в стенах школы: фиточаи, фитопрепараты, аэрозольтерапия;
- рекомендации родителям по оздоровлению детей в домашних условиях: рациональная диета, фито-ингаляции, фитованны, фитомазы в зависимости от патологии.

Не рекомендуется проводить лечение фитопрепаратами при повышенном содержании оксалатов в общем анализе мочи (характеризует склонность к камнеобразованию).

Отдельно в удобное время проводится консультация фитотерапевта и для сотрудников школы.

Лечебные курсы необходимо проводить по системе комплексного фитотерапевтического воздействия в фазе подострого или хронического течения заболеваний 2 раза в год.

Схема проведения курса: 4 недели лечения — 2 недели пе-

рерыва — 3 недели лечения на половинной дозе того же сбора (если состояние пациента улучшается) и на полной дозе другого сбора (если результат лечения не достигнут).

Для проведения фитотерапии рекомендуется использовать оригинальные лечебно-профилактические препараты и лечебно-профилактические сборы «Фитосан», разработанные Международной ассоциацией фитотерапии и традиционной медицины «Фитосан-интер» под руководством академика С.Я. Соколова. (Приложение 1).

Медицинской сестре необходимо заваривать фиточаи из сборов по рекомендуемой схеме непосредственно в школьной столовой:

Необходимое количество сухого сбора (из расчёта 4 грамма на 1 дозу) заливают крутым кипятком (100 мл на одну дозу), кипятят на водяной бане в течение 15 минут, затем настаивают 30 минут и фильтруют через четырёхслойный марлевый фильтр. Полученную жидкость разводят кипячёной водой до объёма 100 мл на одну порцию. Фитопрепараты закупаются в готовом виде.

Дети и сотрудники получают лечение организованно в кабинете школьной медсестры на переменах (после 1-го, 2-го или 3-го уроков — за один урок до прима пищи) и повторно перед уходом домой; в группе детского сада перед завтраком и обедом.

Некоторым школьникам (в зависимости от назначений) фиточаи в готовом виде выдаётся домой для приёма за час до сна.

Контроль за эффективностью проведенного курса фитотерапии осуществляется с помощью анкетирования, т.к. этот метод является достаточно информативным, доступным и позволяет медицинскому работнику осуществлять динамический контроль за состоянием пациентов. Рекомендуется по каждой патологии составлять специальные анкеты, содержащие всю необходимую для медицинского персонала информацию о состоянии пациента. Для сравнительного анализа эффективности проводимого лечения анкетирование проводится как ДО, так и ПОСЛЕ очередного курса фитотерапии. Анкеты заполняются родителями детей, а также сотрудниками школы, которые прошли курс лечения. По каждому отдельному признаку процент эффективности вычисляется относительно количества детей, предъявляющих подобные жалобы до курса фитотерапии. Если предыдущий курс не принёс желаемых результатов, то при повторном приёме ребенка врач-фитотерапевт или медицинская сестра корректируют назначения.

**В эффективности курсов фитотерапии** мы убедились, проведя по схеме курсы фитотерапии детям начальной школы и детского сада. Ни в одном случае мы не наблюдали отрицательных воздействий подобранных фитопрепаратов. Чёткое выполнение всех рекомендаций врача-фитотерапевта медицинской сестрой, ребёнком и его родителями приводит к желаемому результату.

Максимальный эффект применения фитотерапии мы

отмечали у больных 1-й группы (заболевания ЖКТ: гастриты, гастродуодениты, панкреатиты). В этой группе после проведения двух курсов фитотерапии в 72% случаев отмечалось улучшение функционального состояния.

Обнадёживающие результаты получены нами также и во 2-й группе больных (атопический дерматит, нейродермит, поллинозы, бронхиальная астма). В этой группе улучшение состояния по отдельным признакам мы регистрировали в 68% случаев. Но здесь есть объективные обстоятельства, препятствующие чёткому контролю за проведением лечения со стороны медицинского работника. Помимо тех препаратов, которые ребёнок получал в школе, каждому давались рекомендации по питанию и назначались процедуры в виде фитоаппликаций, ванн и пр. Эти процедуры родители должны были выполнять дома, и эффективность проводимой терапии в этом случае во многом зависела от их добросовестности.

Заболевания 3-й группы (неаллергические бронхо-лёгочные заболевания, частые простудные заболевания, хронический тонзиллит, фарингит) наиболее часты у детей дошкольного возраста (40% диспансерной группы детского сада). В школьном возрасте они встречаются значительно реже, но тем не менее влияют на уровень адаптированности ребёнка и успешность его обучения.

В целом мы получили положительный результат не только по отдельным признакам (эффективность до 81%), но и об-

щей характеристике состояния: повысилась работоспособность и успеваемость, снизилась утомляемость у 54% детей, получавших фитопрепараты.

При анализе проводимых курсов фитотерапии необходимо учесть, что все дети в периоды межсезонья получали витаминотерапию и проходили курсы аэрофитотерапии. Эти процедуры, на наш взгляд, оказывают комплексное положительное влияние на эффективность групповой фитотерапии.

На основании результатов, полученных в ходе лечения, выявлено, что при повторном проведении фитотерапии у детей с различными хроническими заболеваниями эффективность проводимого лечения возрастает. Это позволяет нам рекомендовать фитотерапевтические методы для лечения хронических заболеваний в условиях организованного детского коллектива.

### **Профилактика близорукости и спазма аккомодации в условиях школы**

Как известно, около 90% информации об окружающем мире человек получает через орган зрения. Зрительный анализатор важен и для самочувствия, и для работоспособности. В связи с этим становится очевидным важность роли зрения как в повседневной жизни, так и в процессе обучения (в школе, вне школы).

Проведенное обследование учащихся I–XI классов позволило выявить увеличение глазной патологии от младших к старшим классам, где снижение

остроты зрения составляет до 30%. Причём в структуре заболеваемости эта патология составляла 45,7%. Столь значительный рост заболеваемости близорукостью у детей и подростков делают весьма актуальной задачу её ранней профилактики.

Предлагаемый немедикаментозный комплекс по профилактике близорукости может быть использован как в условиях школы, оздоровительного лагеря, так и в домашних условиях. Простота и доступность немедикаментозного метода коррекции близорукости и спазма аккомодации делают возможным его проведение не только медицинской сестрой, но также учителем и родителем, прошедшим специальную подготовку.

**Инфразвуковой пневмомассаж глаз (ИПМ).** Инфразвук — необходимый компонент нормального взаимодействия организма с окружающим миром. Лечебное действие инфразвука зависит от дозы воздействия. В настоящее время установлено благоприятное влияние ИПМ в дозе 173 дБ на синтез РНК в тканях глаза, гемодинамику и гидродинамику глаза, оксигенацию тканей.

Показания и противопоказания к инфразвуковому пневмомассажу решаются индивидуально для каждого ребёнка на основании оценки данных обследования врачом-офтальмологом, соматического состояния пациента. Необходимо также помнить о возрастных особенностях ребёнка:

- ускоренный рост, связанный с перестройкой желез внутренней секреции;

- повышенная реактивность вегетативной нервной системы;
- преобладание возбуждительных процессов над тормозными;
- чувствительность к боли.

Инфразвуковой пневмомассаж рекомендуется как самостоятельный метод лечения спазма аккомодации, близорукости слабой и средней величины; в школах и летних оздоровительных лагерях для детей с отягощённой по наследственности близорукостью. **Противопоказания к инфразвуковому пневмомассажу: головные боли, связанные с повышением артериального давления, отслойка сетчатки, проникающие ранения глаза, злокачественные опухоли глаза, век и орбиты, острые инфекционные заболевания, а также гнойные воспалительные процессы глаза и век.**

Группы для проведения ИПМ формируются на основании записей в школьной карте и назначений врача после углублённого осмотра офтальмологом.

**Инфразвуковой пневмомассаж** осуществляется с помощью инфразвукового генератора, предназначенного для этих целей, в условиях медицинских кабинетов школ. Аппарат для ИПМ представляет собой компрессор, блок управления, пластмассовые очки с соответствующими подводами. Перед процедурой необходимо:

- проверить вакууметром уровень разряжения в микробарокамерах и в случае его отклонения от рекомендованных параметров произвести настройку (если нет индивидуальных на-

значений врача, рекомендуется проводить процедуры в режиме 0,03—0,1 кг/см<sup>2</sup>);

- обработать очки 3% раствором перекиси водорода;
- индивидуально по размеру головы подтянуть резинки, обратить внимание на герметичность очков.

Перед первой процедурой необходимо разъяснить школьникам задачи лечения, предупредить, чтобы о любых неприятных ощущениях до, во время и после процедуры сразу сообщали медицинской сестре. Следует прислушиваться ко всякой жалобе и при появлении неблагоприятных реакций на массаж надо его прекратить, а затем сообщить об этом врачу. Опыт показывает, что дети переносят ИПМ спокойно. Каких-либо побочных явлений от этой процедуры у детей не отмечается.

Курс лечения состоит из 10 сеансов. Время процедуры составляет 8–10 минут. Если эффект лечения недостаточен, следует провести ещё дополнительных 5 процедур. Повторный курс лечения при необходимости проводят через 3–4 месяца. Количество курсов в зависимости от состояния аккомодационного аппарата глаза и всего организма.

При проведении этой процедуры рекомендуется периодически контролировать герметичность минибарокамер.

Достоинство ИПМ заключается в следующем:

- эффективность в профилактике близорукости у детей и подростков;
- хорошая переносимость и безболезненность;

- простота проведения процедур и большая пропускная способность;
- доступность метода;
- простота и надёжность аппаратуры.

Применение ИПМ обеспечивает сохранение зрительных функций, замедление прогрессирования процесса в 70% и в 72–80% случаев позволяет улучшить работу аккомодационного аппарата.

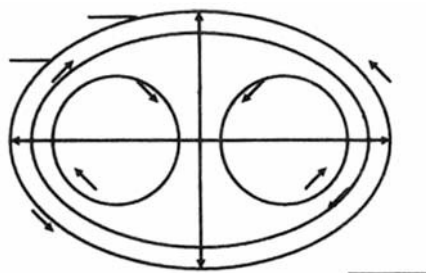
Этот новый немедикаментозный метод коррекции (ИПМ) не устраняет полезности и других, традиционных упражнений для глаз, которые также проводят в условиях школы, неотрывно от учебно-воспитательного процесса, — **упражнения для глаз и офтальмотренаж, направленные на укрепление и расслабление мышц глаза.**

В основе **упражнений для глаз** лежит многократный (15–20 раз в течение 3 минут) перевод взора с мелкого (3–5 мм) ближнего (удалённого от глаз на 20 см) предмета на другой предмет, находящийся, как и первый, на линии взора, но на расстоянии 7–10 м от глаз.

Эти упражнения ученики выполняют 2–3 раза в день как в школе во время учебных занятий, так и дома при подготовке домашних заданий.

**Офтальмотренаж** — другая система тренировок. Она заключается в следующем: ребёнок по схемам начертанных геометрических фигур — кругам и эллипсам (рис. 1) направляет (10–15 раз) движения глазных яблок в течение 1–1,5 минут. Первоначально выполняются движения глазных яблок по горизонталь-

ной (вправо, влево) и вертикальной линиям (вверх, вниз). Горизонтальная линия имеет длину 58 см, а вертикальная — 46 см. Эти линии определяют размеры эллипсов и кругов.



Офтальмотренаж по эллипсам и кругам

После выполнения первоначальных упражнений производят движения глазных яблок по внутреннему и наружному эллипсам (слева направо, справа налево), затем по левому и правому внутренним кругам.

Новый немедикаментозный комплекс — инфразвуковой пневмомассаж как отдельно, так и в сочетании с уже традиционными методами (упражнения для глаз и офтальмотренаж) по коррекции зрения рекомендуем проводить во время перемен и после уроков, а упражнения для глаз (как отдельную методику) включать в физкультпаузы во время одного–двух уроков. Это позволит снизить риск по заболеваемости близорукостью на стадии функциональных изменений остроты зрения и предотвратить прогрессирование близорукости.

Вместе с этим ни в коей мере нельзя забывать о влиянии на состояние зрения естественного и искусственного освещения, отдалении ученика со сниженной



остротой зрения от доски. Поэтому школьный врач или медицинская сестра, согласно рекомендациям врача-офтальмолога, при участии преподавателя или классного руководителя рассаживают детей в классе.

Медицинская сестра и учитель должны обращать внимание на чистоту оконных стёкол (при запылённых окнах задерживается до 30–40% световых лучей) и оформление классных комнат. Не допускается вешать занавески и шторы, расставлять на подоконниках или подвешивать на окнах цветы, т.к. это ведёт к снижению освещённости поверхности парт. Помимо общего освещения учебных помещений необходимо дополнительное местное освещение классных досок.

Учитывая высокую эффективность немедикаментозных методов коррекции и строгое соблюдение гигиенических рекомендаций по освещению учебных мест, медицинский персонал, а также учителя и родители должны контролировать ношение очков детьми со сниженной остротой зрения. Таких детей направляют к офтальмологу 1–2 раза в учебном году для оценки эффективности проводимого лечения и наблюдения.

### **Лечебная физкультура в школе**

Комплекс реабилитационных мероприятий включает в себя также и занятия лечебной физической культурой.

Лечебная физкультура — один из немедикаментозных методов коррекции отклонений

в состоянии здоровья, основное средство которого — физические упражнения. Этот метод в условиях школы применяется с лечебной и профилактической целью при дефектах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата у детей: нарушения осанки, искривление позвоночника и уплощение свода стопы.

Осанка, как и ряд других навыков, приобретается детьми в процессе их роста и развития. Осанка — это условный двигательный рефлекс, поэтому для его выработки требуется систематичность и повторяемость. Только тогда, когда этот условный рефлекс повторяется, правильная поза становится привычной.

Осанка — привычная поза, характеризующаяся способностью держать прямо туловище и голову. Чрезмерная или недостаточная величина естественных изгибов (кривизны) позвоночника свидетельствует о неправильной осанке, что влечёт за собой нарушение функции позвоночника и другие неблагоприятные последствия.

Нередко встречаются следующие нарушения осанки: сутулость; круглая спина; плоская спина; седлообразная спина.

Сколиоз — боковое искривление спины, обычно выявляется в детском и подростковом возрасте. У девочек сколиоз встречается чаще, чем у мальчиков. Большое значение для выявления ранних форм сколиоза имеют периодические медицинские осмотры школьников. Наиболее опасный в смысле развития сколиоза период между 10–14 годами, т.к. сложнее

поддаётся коррекции. Внешний вид ребёнка с выраженным сколиозом несложно определить при осмотре.

Выявление нарушений осанки проводит медицинская сестра (врач-педиатр) при ежегодном медицинском осмотре. Ребёнок при этом должен стоять в привычной для себя позе. Последовательность осмотра:

► Осмотр в фас, руки вдоль туловища — определяются форма ног (нормальная, О-образные, Х-образные), положение головы, шеи, симметрия плеч, равенство треугольников талии, наличие деформации грудной клетки.

► Осмотр сбоку — определяются форма грудной клетки, живота, выступание лопаток, форма спины.

► Осмотр со спины — определяются симметрия плеч, углов лопаток, форма позвоночника, форма ног (нормальная, О-образные, Х-образные), равенство треугольников талии.

Для выявления истинного структурного сколиоза у ребёнка внимательно осматривают линию остистых отростков позвонков, отмечают симметричность или асимметричность расположения плечевого пояса. В норме остистые отростки располагаются строго вертикально. При осмотре ребёнка со сколиозом в положении «стоя» обращает на себя внимание асимметрия плеч, лопаток, сглаженность треугольника талии; в положении «наклон туловища от себя или к себе» определяется торсия.

Используется ещё один доступный метод для определения сколиоза в условиях меди-

цинских кабинетов школ: на кожу, соответственно вершинам остистых отростков, наносят шариковой ручкой (фломастером, мелком) метки и затем отпускают отвес (шнурок с грузом на конце) от 7-го шейного позвонка. В норме отвес и линия, соединяющая остистые отростки совпадут; при сколиозе — линия остистых отростков образует дугу, отклоняющуюся в сторону.

Подготавливая группы детей для проведения немедикаментозного лечения с помощью ЛФК, школьный врач и (или) медицинская сестра должны учитывать у них степень сколиоза, которая может быть определена следующим образом;

а) функциональный сколиоз: в положении «руки за голову» исчезает асимметрия мышц спины;

б) мышечная асимметрия исчезает при нагрузке, например, при висении ребёнка на турнике, перекладине;

в) ни один из указанных способов не восстанавливает симметрии мышц спины.

Немедикаментозный лечебно-физкультурный комплекс упражнений наиболее эффективен при сколиозе I и II степени, являясь основным методом лечения.

Ранние признаки сколиоза можно выявить при расспросе ребёнка. Один из субъективных признаков сколиоза — быстрая утомляемость мускулатуры спины. При утомлении отмечается отклонение позвоночника от средней линии. Но это отклонение не постоянное, а функциональное и исчезает после отдыха. На этом этапе мы считаем

целесообразным проведение таким детям немедикаментозного профилактического комплекса упражнений, направленных на укрепление мышц спины и торса и создание собственного мышечного корсета.

Разная степень уплощения стопы, как и нарушения осанки, — ещё одно из частых нарушений опорно-двигательного аппарата в школьном возрасте. Форма стопы в норме представляет собой полусвод. Слабость мышечно-связочного аппарата или его перегрузка тяжестью, неправильная обувь, не соответствующая форме стопы, нарушают нормальную функцию стопы и могут привести к уплощению её свода. Более верное представление о состоянии стопы даёт её отпечаток, по которому стопы подразделяются на нормальные, уплощённые, плоские и полые.

Дети с неправильно сформированной стопой направляются на консультацию к ортопеду для заключения и рекомендации на проведение лечебно-физкультурного комплекса.

При подборе детей и подростков в группы по немедикаментозной коррекции нарушений осанки и плоскостопия школьным врачам и медицинским сёстрам необходимо помнить об общих противопоказаниях для проведения ЛФК: — онкологические заболевания; гипертермия (кроме гипертермии, вызванной застоем мокроты в бронхиальном дереве); гнойные заболевания; заболевания свёртывающей системы крови.

Проводить занятия ЛФК должен методист. Если такого специалиста в штате школы

нет, то комплекс упражнений может проводить либо медицинская сестра, либо учитель физкультуры, прошедший специальную подготовку.

Для укрепления мышечно-связочного аппарата рекомендуется специальный комплекс упражнений.

Вашему вниманию представляется комплекс упражнений (Приложение), который был составлен с учётом возраста учащихся, их подготовленности и состояния здоровья. Учитывалась также постепенность увеличения нагрузки в процессе занятий.

Особое внимание со стороны преподавателей должно быть уделено показу правильной осанки и контролю её выполнения. Желательно показ производить, как и коррекционные упражнения, зеркальным способом.

Количество детей в группе допускается до 10 человек. Занятия проводят после основных уроков 2–3 раза в неделю, продолжительностью по 25–30 минут.

При коррекции нарушений осанки у детей, имеющих слабый тонус мышц, занятия в группе ЛФК могут быть недостаточными. Таким детям необходимо рекомендовать проделывать дома некоторые (по выбору) упражнения. В предварительной беседе со школьником и его родителями врач (медицинская сестра) объясняют необходимость проведения реабилитационного комплекса, затем путём опроса контролируют его выполнение.

Проведения лечебной физкультуры позволило нам сфор-

мировать свод стопы у 70% наблюдавшихся детей. Правильное формирование свода стопы в процессе регулярных тренировок отмечено нами не только у детей младшего школьного возраста, но и более старших, хотя, по мнению некоторых специалистов, у детей старшего возраста (10–11 лет) сформировать свод стопы при наличии плоскостопия практически невозможно.

Несколько сложнее обстоит дело с нарушениями осанки, которая зависит во многом от правильного подбора школьной мебели, длительного статического напряжения, ношением ранца или школьной сумки. В условиях дефицита и однообразности имеющейся мебели и многих других факторов задача коррекции осанки становится трудно разрешимой. Как показывает опыт, систематические занятия в группе ЛФК приводят к полной коррекции осанки у 20% школьников. Положительная динамика в коррекции осанки констатирована нами в 75% случаев и лишь в 5% случаев мы изменений не наблюдали. Следовательно, эти дети (80%) будут продолжать занятия в группе ЛФК до достижения максимального результата.

Накопленный нами опыт показывает, что организация немедикаментозных методов профилактики и реабилитации в детских учреждениях возможна при наличии хорошо организованной медицинской службы.

Медицинский работник должен иметь достаточно полную картину состояния здоровья детей, выявлять детей «группы риска», длительно и часто болеющих, а также детей, стоящих на диспансерном учёте.

Необходимо активно взаимодействовать с родителями, педагогами, поликлинической службой для своевременного получения информации о впервые выявленной хронической патологии у ребёнка, результатах очередной диспансеризации.

Поликлиническая служба должна оказывать помощь школьному врачу или медицинской сестре в проведении инвазивных методов контроля за эффективностью реабилитации (гастроэнтроскопия, клинический и биохимический анализы крови и мочи и др.) в случае их необходимости.

Только согласованные действия и взаимопомощь на разных уровнях помогут сохранить здоровье школьникам, создать оптимальные условия для их успешности в обучении и дальнейшей жизни.

**Г. Бородкина, Г. Бограш, О. Ваулина и др.**  
Коррекция здоровья учителей без лекарств

**Приложение****Комплекс занятий для детей с нарушением осанки****I. Упражнения с палкой**

1. Исходное положение: руки с палкой опущены вниз впереди туловища. Поднять прямые руки с палкой вверх, подтянуться, встать на носки (вдох), опустить руки с палкой (выдох).

2. Исходное положение: руки с палкой подняты вверх. С поднятыми руками наклоны влево и вправо.

3. Исходное положение: палка за плечами, руки согнуты. Выполняются повороты влево и вправо вокруг своей оси.

4. Исходное положение то же, что и в предыдущем упражнении, выполняются наклоны вправо и влево.

5. Исходное положение то же. Наклоны вперёд с поворотом туловища вправо и влево.

6. Исходное положение: руки с палкой опущены вниз позади туловища. Наклоны вперёд с поднятием рук вверх.

7. Палка спереди, руки прямые. Переброс палки назад (руки не сгибать).

8. Исходное положение: палка впереди, руки прямые, ноги шире плеч. Наклоны вперёд.

9. Исходное положение: палка впереди вертикально. Маховые движения руками сначала вправо, затем влево.

10. Исходное положение: прямые руки подняты вверх. Не перехватывая палку руками, вращательные движения (вертолётик).

**II. Упражнения лёжа на полу**

1. Исходное положение: ноги на ширине плеч, руки вытянуты вдоль туловища. Поднятие рук вверх, за голову (вдох), опустить руки (выдох).

2. Исходное положение: ноги на ширине плеч, руки разведены в стороны. Не отрывая ноги от пола, с поворотом туловища достать одну руку другой.

3. Исходное положение то же. Не отрывая рук от пола, одну ногу завести за другую.

4. Упражнение «ножницы». Быстрое попеременное поднятие левой и правой ног.

5. Исходное положение: ноги согнуты в коленях, руки вдоль туловища. Поднятие корпуса.

6. Исходное положение: ноги выпрямлены, руки вдоль туловища. Поднять прямые ноги и достать ими пол за головой.

7. Исходное положение: то же. Носки ног подтянуть на себя, поднять голову, «смотрим на ноги».

8. Упражнение «берёзка». Из исходного положения ноги прямые, руки под туловищем сделать стойку на лопатках.

9. Исходное положение: руки вытянуты вдоль туловища, ноги согнуты в коленях. Выполняется упражнение «велосипед» сначала в одну сторону, затем в другую.

10. Исходное положение: ноги согнуты в коленях и подтянуты под туловище, руки за головой. Выпрямить руки и ноги, поднимая при этом корпус.

11. Исходное положение: сидя «по-турецки», руки положить на пол впереди себя. Тянуться вперёд.

12. Исходное положение: лёжа на животе, руки вытяни вперёд. «Плыть» вперёд, руками не касаясь пола.

13. Исходное положение то же. Одновременное поднятие рук и ног под углом 30 градусов.

14. Исходное положение: лёжа на животе, руки вдоль туловища, кулаки сжаты. Приподнять прямые ноги под углом 30 градусов.

15. Исходное положение: лёжа на животе, согнуть ноги в коленях, обхватить их руками и тянуться вверх (корзиночка).

16. Исходное положение: лёжа на спине, полностью сгруппироваться. Качаться на спине (на позвоночнике).

17. Исходное положение: встать на колени, опора на кисти. Максимально прогнуть спину вниз, затем выгнуть вверх.

18. Исходное положение: то же. Вытянуть правую руку и левую ногу, затем наоборот.

**Г. Бородкина, Г. Бограш, О. Ваулина и др.**  
Коррекция здоровья учителей без лекарств