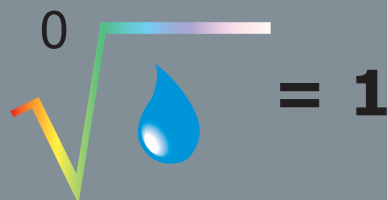


НИИ Клинической Реабилитации и Реабилитационных Технологий  
Научно-практический центр биомеханических методов  
восстановительного лечения и оздоровления «Золотая рецептура»



# БИОМЕХАНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

д.м.н., проф. Блюм Е. Э.

Методическое пособие для родителей и  
врачей-консультантов

Часть II



*Я выбрал медицину осознанно, так как люблю жизнь, люблю своих детей и учу их тому, что умею, и понял сам. Мои дети – моя любовь и моя персональная ответственность.*

Проф. Е. Э. Блюм

## **Содержание**

Биомеханическая диагностика и методы  
восстановительного лечения

В биомеханических методах лечения каждому участнику  
процесса расписаны роли

Родитель. Инструктор. Врач-методист

Что касается детской больной ранимой психики

Академическая медицина, восстановительная медицина,  
адаптивная медицина — это не одно и то же

От автора

Закон соответствия

## **Биомеханическая диагностика и методы восстановительного лечения уникальны и универсальны как сама природа!**

Понятий «инвалид» или «не инвалид» в биомеханике нет. Биомеханика никого не классифицирует и никому не выносит приговор, если «комплектность» организма сохранена. Биомеханическая диагностика — это только констатация факта биомеханических отклонений от нормы, конструктивной статодинамической расчетной нормы, математического биомеханического идеала, которого нет в природе, но выглядеть он должен так.

Человека можно относительно этой нормы по всему множеству биомеханических параметров протестировать и получить заключение о размере и характере отклонений.

Кто и как называет сумму и ва-

рианты этих отклонений, как формулирует диагноз — не наше дело. Не наше биомеханическое диагностическое дело! Нам это не нужно знать, потому что это не меняет сути биомеханической диагностики, и тем более не влияет на процесс восстановительного лечения — ни на стратегию, ни на тактику, ни на технику.

Определили список и размерность отклонений по всему перечню, далее аналитическая биомеханика дает нам законы и формулы как все найденные отклонения каждого индивидуально мальчика, девочки, папы, мамы, старичка или бабушки собрать в приоритетную последовательность. Что и почему, случилось?



Как размотался клубок причинно-следственных связей и как, в какой последовательности эти показатели восстанавливать, приближая к расчетной норме? Приоритетная последовательность необходима еще и потому, что все, сразу и одновременно двигать нельзя – нужно не только работать, но и отдыхать, восстанавливаться, перестраиваться.

Приоритетный ряд позволяет расписать весь стратегический и тактический календарный план, а затем поделить его на этапы:

*предварительный*  
*подготовительный*  
*основной*  
*заключительный*

### **Этап №1. Предварительный.**

Задачи:

- Подготовить работу всех внутренних жизнеобеспечивающих систем к возрастанию объема физических нагрузок.
- Подготовить структуры центральной и периферической нервной системы к пластическим нейродинамическим перестройкам.
- Подготовить психику пациента к восприятию структурных и функциональных перестроек в опорно-двигательном аппарате и его нейродинамическом обеспечении.
- Адаптировать пациента к новому режиму физической активности и отдыха.
- Очистить организм от шлаков, связанных с гиподинамией и лечением токсичными фармацевтическими препаратами (методики пре-

имущественно авторские).

- Адаптировать пациента к типу и режиму питания соответствующего новому объему физической активности.

Продолжительность данного этапа обычно составляет от двух до четырех недель.

### **Этап №2. Подготовительный. Самый сложный и продолжительный.**

Как правило, его начало «накладывается» на вторую половину первого, предварительного этапа. Задачи:

- восстановление биомеханической целостности всех сегментов опорно-двигательного аппарата
- соединение сегментов в элементарные функциональные биомеханические цепи

**Важность подготовительного этапа заключается в том, что именно на данном этапе биомеханическими и только биомеханическими методами полностью снимается спастика! Оперативные и медикаментозные «способы» снятия спастики полностью исключены!**

Полное устранение спастики достигается:

- путем восстановления балансов по силе и длине мышц-антагонистов
- за счет устранения мышечных контрактур и восстановления структуры мышечной ткани до обеспечения полных, свободных полноамплитудных пассивных движений во всех сегментах ОДА
- за счет устранения суставных

контрактур и восстановления соосности суставов и структуры артикулярных и периартикулярных тканей (методики только авторские)

С момента восстановления свободных и полноамплитудных движений во всех сегментах ОДА, начинается реализация второй задачи: интеграции сегментов в элементарные биомеханические цепи — «биомеханическая сборка тела».

Решение этих двух задач позволяет реализовать цель подготовительного этапа — вертикализовать тело, в положении стоя с формированием нормальной пространственной конфигурации (осанки). Положение «сидя» является лишь промежуточным этапом для достижения этой цели.

Законы биомеханики гласят, что прежде чем начать делать первые шаги, пациент должен легко и свободно, без асимметрий и избыточного напряжения стоять с опорой на две стопы с минимальной поддержкой или балансировкой!

Далее становится возможным наращивание мышечной массы и, соответственно, расширение антигравитационной адаптации.



**Завершенным подготовительный этап, можно считать лишь тогда, когда пациент свободно удерживает тело:**

- на двух ногах
- на каждой ноге в отдельности
- многократно приседает, наклоняясь вперед и в стороны

Важно отметить — подготовительный этап является самым сложным и продолжительным. Сроки его рассчитываются и напрямую зависят:

- от возраста пациента
- от длительности течения патологических процессов, глубины и обширности моторных дефектов
- от адекватности и сохранности психики пациента
- от длительности и интенсивности усугубляющего течения ятрогенного (лекарственного) шлейфа
- от мотивационного фона сопровождающих лиц и опекунов
- от личной квалификации и заинтересованности в успехе врача-куратора и обслуживающего персонала.

### **Этап №3 — Основной.**

Основной этап плавно вытекает из предварительного.

Задачи основного этапа — обучение базовым биомеханическим стереотипам:

- ходьба без поддержки по горизонтальной поверхности
- ходьба в гору до 15 градусов
- ходьба под гору до 15 градусов
- балансировка при поворотах, разворотах, резких остановках.

**Цель этапа — опроизволивание базовых примитивных двигательных стереотипов. По завершении этапа пациент должен обходиться без опеки и поддержки.**

Освоение тонкой моторики и сложных двигательных стереотипов относится к следующим этапам **совершенствования функции движения**, это важно понимать, поэтому логика лечения предполагает жесточайший запрет не только на любые движения в неправильных патологических стереотипах, но и на тонкую и сложную моторику — обучение ей преждевременно, вредно, опасно, необоснованно.

Как только выработан календарный план работы и понятны приоритеты, составлен «Золотой индивидуальный биомеханический рецепт». Человека можно «отдать в ремонт» в *исполнительский цех*, где все делается индивидуально, по технологическим и методологическим законам. Где работают инструктора, врачи методисты и им помогают дисциплинированные, немногословные, но беззаветно ожидающие восстановления родители... (Идеальная картина).

**Прикладная биомеханика** — это набор технических приемов, укладок, усадок, приспособлений, фиксаторов. Это раздел, который обязан освоить каждый инструктор. *Куда плывем* — знает врач методист, а *как гребем* и правильно ли выполняем технику гребка при различных изгибах пути — это сложность, которую осваивает инструктор, имея к этому локомоторный талант исполнителя. Чем лучше

«гребут гребцы» инструктора и родители, тем быстрее следует лодка правильным рейсом и курсом.

Здоровый ребенок, а тем более ребенок с моторными нарушениями, настороженно-негативно реагирует на чужие руки. Чужие — не материнские, это понятно каждому! Дети до 7, 10, 12 лет практически не мотивированы, не понимают, что лечение им нужно, принесет пользу, а, тем более, что нужно трудиться, преодолевать, соблюдать режим. Именно поэтому родитель может быть введен как инструктор-исполнитель.

Итак, есть следующие варианты программ:

1. Вся работу с ребенком проводят профессиональные инструктора, родители принимают участие условное — поддержать, принести, ребенок в работе находится максимально возможное время: от 4 до 6 часов ежедневно.

2. **Схема «51/49»**. Каждый рабочий день поделен на две части: часть необходимой и более сложной работы делают профессиональные инструктора, вторую часть ежедневной нагрузочной нормы осуществляют родители — то, что проще, что лучше получается, под их личную родительскую любовь и ответственность. Такая схема позволяет снизить стоимость напловину.

3. Вариант, рассчитанный на родителей особо ответственных. Схема предполагает два из шести рабочих дней в неделю работать полноценно в Центре с профессио-

нальными инструкторами по схеме «51/49», остальные четыре дня – дома самостоятельно. Вас поправляют, оберегают, вовремя проводят необходимые манипуляции, вовремя корректируют программу. Неделя за неделей, месяц за месяцем, уверенными шагами к цели, ни одного лишнего шага, все по биологическим законам и приоритетам.

В Центре три таких ребенка делят одно рабочее место: понедельник, вторник – 1/3, среда, четверг – 1/3, пятница, суббота – 1/3.

**4. Есть VIP вариант** для особо сложных детей и нестандартных родителей. Если Вы относитесь к данной категории, давайте обсуждать ваш случай.

Все схемы реальны и рассчитаны на родителей разной активности и дисциплинированности. Родители вправе по своему усмотрению менять схему работы и переходить с одной на другую.

Любая схема работы в Центре достаточно требовательна и обязывает родителей не расслабляться до тех пор, пока ребенок не наверстает дефицит развития и не встанет на ровные ноги с ровной спиной. Это **биомеханические методы** восстановительного лечения, а не адаптивное лечение детей-инвалидов, которое может вестись двухнедельными курсами 2-3 раза в год и быть достаточным.

Других схем нет, даже для иногородних: либо лечим биомеханическими методами, либо адаптируем к самообслуживанию. От старых неэффективных схем краткосрочного обучения для работы на дому

мы отказались полностью, из-за непредсказуемости результатов и несовместимости биомеханических и некоторых других методик.

Биомеханические методы лечения предполагают также биомеханическую исходную диагностику и документирование позитивного результата. Все методы основаны на фото-, видео- тестировании. Эта диагностика проводится в Центре и доступна родителям.

Все не биомеханические диагностические тесты должны проводиться лучшими независимыми экспертами столицы и на лучшей аппаратуре, их реализуют сами родители, в Центр приносят только дубликаты.

Для личных врачей семьи могут быть проведены отдельные консультации по эффективному сотрудничеству и совместимости методик биомеханического лечения и семейного оздоровления.



## В биомеханических методах лечения каждому участнику процесса расписаны роли

**Родитель.** Это его ребенок, он сам выбирает врача и клинику, он генеральный ответственный за правильный или ошибочный выбор. Жизнь спросит, ребенок спросит, совесть спросит только с родителей. И они обязаны дать ответ: «О чем думали?», «Чем руководствовались?», «На кого надеялись?», «Кому доверяли?», «Кого перепроверяли?». И если ответ: «Только на самих себя» — это логично!

Роль родителя многополярна, его безграничная любовь должна сочетаться с логикой, прагматизмом, родительской дальновидностью, желанием все понять, оценить, перепроверить, переосмыслить. Только нерадивых родителей, и чаще родительниц, приходится «вгонять в ум», выводить из театрального образа «страдалицы», «Самой любящей мамы», «Невинной жертвы чужих ошибок и глупостей», «Несчастной женщины с неудавшейся судьбой», «Дурочки, ничего не смыслящей в медицине и неспособной понять даже элементарное», роли барыни, которой работа и уход за ребенком утомительны и вызывают усталость.

В Биомеханических методах лечения родитель должен все пробовать и учиться делать, во все мелочи вникать, с инструкторами и врачами сотрудничать в своих же личных интересах. Чем больше он понял и качественнее научился, тем проще

ему организовать работу с ребенком на дому.

**Инструктор** — это основной исполнитель всей реабилитационной программы, он и родитель работают в тандеме. Родитель следит за безопасностью, гигиеной, отдыхом, психосоматическим ответом ребенка на нагрузки. Инструктор отвечает за правильность, объем, качество, плотность, безопасность каждодневных тренировок.

**Врач-методист** видит все и всех, следит за поведением и участием родителей, за качеством освоения ими инструкторских навыков, за дисциплиной инструкторов, за их техникой и качеством работы.

Это дирижер оркестра, старший над всеми участниками, его право отстранить от работы, провести замены, исправить программу и технику, снять или увеличить нагрузки. Как любой надсистемный профессионал и организатор, врач-методист наделен и ответственностью и властью. Он обязан знать все касающиеся ребенка вопросы и вне Центра, именно эти знания позволяют ему оценивать процесс развития и лечения ребенка целостно и делать методологические выводы.

Все, что происходит в других клиниках и центрах нас интересует только на предмет анализа плюсов и минусов методик, техник, препаратов, побочных действий. Именно знание всего, что делается в «мире

ДЦП» позволяет нам контролировать сочетаемость и не сочетаемость методов, даже если наши профессиональные знания идут в разрез с родительскими, бытовыми.

Родителей понять можно — они хотят бежать через две ступени, они готовы обмануть себя и других, лишь бы быстрее ребенок сел, пошел и побежал. Именно ускоряя и забегая вперед, от отсутствия терпения — сажают, когда сам не сидит, водят — когда сам не стоит. Криво, косо, преждевременно, как попало, лишь бы быстрее. Врач-методист объясняет, отрезвляет до тех пор, пока это в его силах. Если ситуация выходит из-под контроля и родители лгут, совмещают несовместимое, затягивают и неосознанно вредят детям, врач-методист обязан сотрудничество прекратить, так предписывает методологическая инструкция.

Родители, обманывая нас, обманывают только природные биологические законы и аксиомы, на которых построена биомеханика. Выигрывая за счет искусственного перепрыгивания, через стадии пос-



тупательного развития и восстановления, тем самым они вносят путаницу в развитие, а это исправить можно только тройными время- и трудозатратами.

Биомеханический вариант лечения сложный, долгий, трудоемкий, ответственный, дорогостоящий. Не всем он подходит, не для всех он понятен и доступен. Но это не значит, что некуда податься — все лечат, везде лечат, выбор огромен, на любой вкус, на любую логику, по любой цене.

Свое мнение о плюсах и минусах других центров наши сотрудники и врачи не комментируют — этого требует этика. Только родители решают, что делать, а что нет.

## Родитель. Инструктор. Врач-методист

Родитель — не врач-методист, но он может быть инструктором, выполняя работу на 30-50%. Для того, чтобы стать профессиональным инструктором, с полуслова понимать врача-методиста и чувствовать больного, нужен талант, биомеханический дар, особый склад психики, и ежедневный тренинг на рабочем месте, под контролем врача-методиста.

Инструктор работает — чувствует разных больных, разные ситуации и программные задания, а родитель замкнут только на своем ребенке, ему не с чем сравнивать. Именно поэтому, его предел это 50%, а точнее 49%, от опыта и техники даже среднего профессионального инструктора.

Врачом-методистом стать можно, имея знания **всех разделов** биоме-

ханики, пройдя дорогу инструктора, от стажера до мастера высшей инструкторской квалификации, но это годы познания и практического труда. Именно поэтому инструктор — это не врач-методист, а только специалист, владеющий техникой исполнителя, но не знающий курс и стратегической дороги, и ответов на вопросы «куда идем?» и «почему идем именно туда?». **А правильная дорога у каждого больного — своя, единственная!**

Путь к выздоровлению — это ствол дерева, по которому нужно взбираться к вершине, но отличить ствол от ветви порой очень сложно, единственная стратегическая ошибка — и можно уже никогда не найти дороги к вершине. Поэтому работа



дома, даже с профессиональным инструктором, не может превышать 49% времени. А работа ребенка с родителем, исполняющим роль инструктора — не более 40% времени. Иначе можно спутать четкую дорогу к цели с бесконечным блужданием в лесу и тогда сам метод и цель и возможность будут дискредитированы

## Что касается детской больной ранимой психики

Родители, сами работающие с ребёнком, этот вопрос не поднимают: качание слабых мышечных групп в уступающем режиме — процесс безболезненный, так как не предполагает превышение возможностей ребёнка, амплитуд. В этих техниках вообще нет воздействия на спастичные, сильные мышцы, лишь на слабые и паретичные.

Если родители сами работают — они это знают. Проблемы возникают только с родителями-наблюдателями. Они, с одной стороны, даже не желают сами попробовать работать, с другой — артистично демонстрируют свою театральную заботу и любовь, нагнетая детскую истерию.



Это первый грустный симптом «Родителя в ображе жертвы», с них проку не будет. Только совуствие к детям иногда срывает врача на резкие замечания. Зачем пришли? Ведь суть и логику Вам объясняли, демонстрировали – работа со всеми детьми ведётся в общем зале, без дверей и кабинетов.

Делайте операции – под наркозом стресса нет. Гипсуйте, если считаете нужным гипсовать, носите «костюм». Делайте насечки на мышцах, вставляйте в спинной мозг электроды, делайте инъекции. Лечите иглотерапией, массажем, плаванием, прыгалками, ходунками. Качайтесь на мечах, делайте мануальные вправления, совмещайте различные методы. Если верите! Если поняли, что поможет! Вы – родители, Вам думать, принимать решение.

Мои дети на тренировки в Центрах ходят регулярно, это для них

сделаны все папины открытия, их я обязан на всякий случай научить лечить биомеханические, неврологические, ортопедические патологии гуманно, сохранно, эффективно, безопасно. А в здоровом теле – дух здоровый, в больном – больной. И не я это сказал, я это понял. Я учился лечить и занимаюсь наукой для себя, для семьи. Поэтому моя наука построена не на теориях и гипотезах, а на биологических законах и аксиомах!

На западе этих детей не лечат вообще, их признали просто необычными, не такими, как все, им создают комфортный микромир – общество себе подобных. Но не всех устраивает такой гуманный, но бесперспективный подход. Есть те, кто не только мечтает, но и делает всё, чтобы него дети не были «исключительными»

## **Академическая медицина, восстановительная медицина, адаптивная медицина — это не одно и то же**

В медицине авторитетно можно заявить только: «Эта болезнь, этот диагноз неизлечим! Но на симптоматическую помощь все имеют равные права!» Авторитетно заявить: «Мы вас 100% чуть раньше или чуть позже обязательно вылечим» смелость никто не берет! Но так обстоят дела только когда идет речь об академической стандартизированной запроотоколированной медикаментозной медицине и хирургии. Результат

может быть только статистический и только среднестатистическому больному дается гарантия успеха и неудач в соотношении 90 к 10, 75 на 25.

В восстановительной медицине и в частности при лечении биомеханическими методами эффективность лечения, гарантии успеха, уверенную позитивную динамику и отсутствие побочных последствий гарантирует не медицина в целом,

не клиника, не метод, а только конкретный именной врач конкретному пациенту, взятому на индивидуальное лечение под личную ответственность.

Именно эти отличия врачей, стоящих на букве стандарта лечебных схем утвержденных Минздравом от врачей восстановительной медицины, где персональные знания, опыт и техники врача стоят выше, чем общетеоретические и общепрактические знания, категории и звания.

Больной идет на Имя, на профессиональный авторитет и честность специалиста, все остальное вторично.

В восстановительной медицине каждый врач знает свой профессиональный потолок и свою рыночную цену и ценность. В восстановительной медицине нет практики каждого отвечать за всех и говорить: «Этот случай неизлечим». Каждый говорит от своих возможностей - «Это я вылечу, а это «случай» врачей более высокого профессионального уровня» (я только перворазрядник, а вам нужно к гроссмейстеру).

Мы объяснили принципы и отличия академической медицины от восстановительной (прикладной). Но плох тот перворазрядник, который не мечтает решать задачи гроссмейстерского уровня и только по этой причине возможны некоторые нарекания в адрес биомеханических методов восстановительной медицины.

На вершине профессионализма в восстановительной медицине лечатся и вылечиваются 99% из ста, 999 из тысячи. Нельзя только без-

возвратно терять время, отпущенное биологическими законами на восстановительный период.

Помните! Любая травма, любое заболевание, любое медикаментозное и хирургическое лечение оставляют после себя дезинтеграцию и разрушения и без завершающего цикла восстановительного лечения полное выздоровление невозможно, так как остаются «слабые звенья» и «порочные патогенетические круги», которые делают болезнь хронической, а от травм остаются посттравматические осложнения и ограничения.

У восстановительной медицины есть только один минус — это лечение активное, с личным участием, трудо- и времязатратно.

(Восстановительное лечение и реабилитация практически синонимы).



Недопустимо путать **восстановительную медицину** и **адаптивную медицину**. Задача адаптивной медицины, как и социальной реабилитации, приспособить к самообслуживанию и посильному труду людей, хронически больных и локомоторно ограниченных, научить их чувствовать себя полноценными и социально комфортными.

И последнее.

Ориентироваться на рынке академической медицины просто - иерархия выстроена Минздравом.

Ориентироваться на рынке восстановительной медицины сложно: нет обмена личными наработками и опытом среди профессионалов. Каждый специалист ревностно охраняет свои эксклюзивные знания. Истинные профессионалы избегают публичности и рекламы.

На Западе есть в медицине неко-

торые особенности из-за высокого гарантированного социального и материального статуса врача. На Западе реабилитацию и восстановительное лечение подчинили унификации и стандартизации. Человека заменили аппаратом и прибором - так требует усредненный страховой прейскурант. На Западе не выгодно и нецелесообразно культивировать индивидуальный подход, эксклюзивность методик и личный технический и методологический профессионализм. Там, на Западе времена талантов и гением одиночек и цеховиков безвозвратно ушли, поэтому на Запад нужно ехать лечиться только

- медикаментозно
- оперативно
- приборно
- и за достойным медицинским сервисом.

## От автора

Недостатки метода я все знаю сам и лучше меня их никто не прокомментирует:

1. Мы работаем в Москве, поэтому все негативы дорогого мегаполиса очевидны.

2. Мы обязываем родителя участвовать в процессе лечения, а это тяжело физически, требует внимания, точности, терпения, ответственности, физического здоровья. Это не для отстраненных и не для пассивных наблюдателей, не для ленивых и вялых. Да, ответственность за объем вложенного труда

неприятна, хотелось бы контролировать, указывать, а от нас только требовать ответственности за правильность исполнения и методологию и последовательность.

3. Мы все говорим как есть не оставляем вариантов для иллюзии быстрого успеха; все рассчитывается, все очевидно.

- Раньше начал – прекрасно.
- Качественно работал – молодец.
- Выработал положенный объем дневной, недельной, месячной на-

грузки — получи результат, нет — все претензии к себе любимому.

- Четко определено как нужно обращаться с ребенком, что можно, а что нельзя и почему нельзя; нарушил запрет — получил откат, виноват сам. А хотелось бы без жестких инструкций с допусками на неграмотность и неосведомленность — опять минус.

4. Хотелось, чтобы техники были проще, не так индивидуально специфичны, хотелось бы не так сложно, а нельзя, и оправдания, что я не врач, не специалист, придется забыть.

5. С очевидностью работа в зале демонстрирует, что у «качественных» родителей успех налицо, у витиеватых и несобранных успехи медленные, оправдания, причины, почему работал плохо можно адресовать только к себе — опять минус методу.

6. Дорого! Это вообще такой ми-

нус методу, что и вникать, желания нет. Правильно! Кому 50-80 долларов в час дорого, тем нужно решать проблему там, где методики проще, примитивнее, где лечение курсами по 1-2 недели.

Цена, озвученная на сайте — это минимум и это не от нас зависит, мы не можем еще больше упростить процесс, и так сделано все возможное. Не верю, что методика, позволяющая не только скомпенсировать инвалидизацию, а дать шанс к выздоровлению, может стоить меньше.

Совет один: с любой степенью тяжести обращаться в первый месяц, в первые три месяца, до полугода, до года, а не после того, как время упущено в погоне за более дешевыми вариантами лечения. Не мы виноваты, в том, что упущенное время сделало свое дело и вам за него платить тройным тарифом временных и физических затрат.

## Закон соответствия

Дети должны соответствовать статусу родителей,

а родители должны соответствовать статусу детей.

Если этого соответствия нет, родители стесняются, прячут, извиняются и находят оправдание за неудачных или неудавшихся, не соответствующих родительскому успеху, признанию, интеллекту, состоянию детей. Дети это чувствуют и понимают, но какие есть!

Аналогично: успешные, звездные

дети скрывают, избегают, оправдываются за своих примитивных и безуспешных родителей. Приписывают им качества, которыми последние не обладают.

Этот страшный, но вездесущий закон соответствия мешает больше всего вовремя родителям увидеть детские недочеты в физическом, интеллектуальном, социальном, психическом сексуальном развитии, взрослении, формировании и становлении.



Этот закон – фундамент всех конфликтов родителей и детей, детей и родителей и даже целых поколений.

Дети из группы риска, выжившие благодаря медицине, практически все оказываются примерно в равных условиях – все ниже нормы, всем без правильной помощи извне биомеханическими методами коррекции и активации не выйти в «нормальные люди». Для всех этих детей ранняя низко квалифицированная повивальная помощь, правильная коррекция и уход лучше и оптимистичнее, чем поздняя и очень профессиональная. Именно из-за разного отношения к детям и осознания родителями своего родительского места, одних детей

быстро корректируют и включают в правильный уход и развитие, других опекают, но ничего не предпринимают, занимая выжидательно-наблюдательно-ошибочную позицию. Родители детей группы риска практически сразу, с момента попадания в эту группу, делятся на эти два диаметрально противоположных лагеря по отношению к своей родительской роли.

Первые активно, трезво спасают ситуацию. Вторые пассивно и астенично наблюдают и ожидают, не предпринимая реальных действий: мы были в поликлинике, нам невропатолог прописал, успокоил, назначил массаж и массажистку. Перекладывая проблему и ответственность с себя на медицину, на науку, на условия, на беспомощность и незнание предмета.

**ИТОГ:** те, кто активно желает видеть в своих детях свое продолжение, находят выход и выходят из тупика. Пассивные думают больше о том, «что скажут люди», родные, сослуживцы и что они покажут, когда уже шило в мешке не утаишь. И эти думы их угнетают и парализуют мысли и поступки. Они никогда не осознают в этом, но их «магическое мышление» замыкает ход мыслей только на том:

- как им не повезло
- кто в этом виноват
- жизнь уходит и проходит
- кому я такая нужна
- какие это большие ограничения и неудобства

Смотрю я на таких родителей и вижу, не о ребенке думают, не его восстановить всеми силами хотят,

а о себе, своих стесненных свободах. И хочется посоветовать от всей души: не грустите, не корите себя и судьбу, наймите 2-3 няньки – честных, работающих, любящих, организуйте их работу с ребенком дома и в Центре, а сами только наблюдайте и контролируйте, как идет процесс восстановительного лечения.

Все правильно организуете, поймаете всех зайцев сразу:

- ребенка восстановите
- свою жизненную карьеру не упустите
- с совестью и посторонними наблюдателями не будете противоречить.

А в итоге будет достойно найден выход из безвыходной для многих

семей ситуации.

**Вывод:** Инвестировать труд, время, знания в развитие, созревание и взросление детей – необходимый процесс и для родителей, у которых дети родились в срок с оценкой 9-10, и для родителей, чьи дети родились недоношенными и травмированными с оценкой 3-5. Все равно вникать, разбираться в медицине, педагогике, воспитании, оздоровлении придется, чтобы честно любить и гордиться друг другом – дети родителями, а родители детьми! А чей труд, время и знания вложены, не суть важно – ваши личные или чужие. Профессиональная свита может сделать больше, чем родные дилетанты, но организовывать и контролировать нужно всегда.







Адрес: Москва, ул. Ленинский просп., 131

Тел.: (495) 438 01 45 (46), 772 27 44

Проезд: ближайший – маршрутка 22 от м. Юго-Западная останавливается во дворе нужного дома. Проходите под арку (перед Вами оказывается Ленинский проспект), наша дверь справа, крайняя перед углом здания.

Вывеска “кафедра Клинической реабилитации”

Ост. “Теплостанский пр.” на Ленинском проспекте напротив здания:

А 816, 272 от метро Юго-Западная – 1 ост.

А 227, 707, 816, 802 от метро Юго-Западная – 3 ост.

А 611 от метро Юго-Западная – 4 ост.

А 816 от метро Калужская – 4 ост.

А 281 от метро Юго-Западная – 5 ост.

А 144 от метро Юго-Западная – 6 ост., от метро Теплый Стан – 8 ост.

А №144 от метро Юго-Западная и от метро Теплый Стан – 9 ост.

А 720 от метро Юго-Западная – 6 ост.

А 818 метро Теплый Стан – 9 ост.

Также можно доехать до ост. “9 микрорайон Теплого стана” от метро Теплый стан на авт. 144 и 282 и от метро Ясенево на авт. 642.