

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

# Пятиминутка

№ 1 (36) 2016

**Коммерческая  
и некоммерческая медицина:  
проблемы сосуществования**

**Научно-практические  
медицинские конференции  
на курорте Хевиз, Венгрия**

**Возможности сотрудничества  
медицины народной  
и классической**

**Качество жизни  
онкологического пациента**

**Психологические аспекты  
болевого синдрома**

**Дисбактериоз как актуальная  
проблема современной  
медицины**

**Российские лечебные  
минеральные воды**

**Стоматология без границ**



*Per aspera ad astra*  
*Через тернии к звездам*  
Сенека

АНОНС

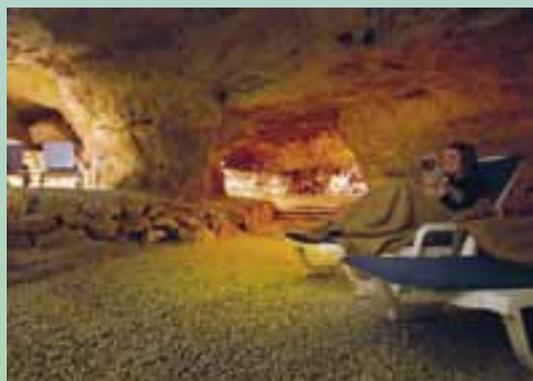
**Общество специалистов:**  
**«Международное медицинское сотрудничество»**  
**при Издательском Доме СТЕЛЛА**

информирует:

**Формируется группа часто болеющих детей и детей с респираторными аллергиями, в т. ч. бронхиальной астмой, для лечения в карстовой пещере и минеральных источниках курорта Тапольца (Венгрия), приглашаются также родители с детьми с целью оздоровления и отдыха, а также специалисты.**

Для группы будут проводиться семинары по пещерной терапии, правильному питанию, питьевому режиму, оздоровительным методикам и т. д.

- Проживание в отеле Hunguest Hotel Pelion\*\*\*\* superior.
- Даты поездки — 26 июня — 10 июля 2016 года.
- Курс пребывания на курорте — 14 дней.
- Программа предусматривает пребывание детей с родителями (или с другими родственниками).
- Лечение будет проводиться под контролем специалистов.
- Обеспечивается русскоговорящее сопровождение.
- Приглашаем к сотрудничеству врачей педиатров и детских аллергологов, пульмонологов, неврологов, эндокринологов и т. д.
- Возможно включение в группу специалистов с целью отдыха, оздоровления и совместного научного сотрудничества.
- По желанию предлагаются интересные туристические и культурные программы, а также участие в семинарах, встречах со специалистами.



**Справки по телефону: +7-921-589-15-82, e-mail: stella-mm@yandex.ru**

Учредитель и Издатель – ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА»  
Главный редактор и автор проекта – М. А. Мамаева, канд. мед. наук  
Зам. Главного редактора – В. И. Бондарь, доктор мед. наук

**Редакционный совет**

- 1. Акимов А. Г.**, кафедра Военно-полевой терапии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, д. м. н., СПб
- 2. Бондарь В. И.**, доктор медицинских наук, академик Академии медико-технических наук РФ, ведущий научный сотрудник лаборатории организации медицинской помощи детскому населению отдела социальной педиатрии, ФБГУ «Научный центр детей» РАМН, Москва
- 3. Долинина Л. Ю.**, доцент кафедры физиотерапии и гомеопатии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, кандидат мед. наук, СПб
- 4. Иванова Н. Е.**, зам. директора по научной работе Российского научно-исследовательского нейрохирургического института им. проф. А. Л. Паленова, Филиала ФГБУ «Федеральный Северо-Западный медицинский исследовательский центр», д. м. н., профессор, засл. врач РФ, СПб
- 5. Коновалов С. В.**, профессор 2 кафедры (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук, профессор, СПб
- 6. Петрова Н. Г.**, профессор, доктор мед. наук, зав. кафедрой сестринского дела СПбГМУ им. И. П. Павлова, СПб
- 7. Сергеев О. Е.**, зав. кафедрой экономики и управления учреждениями здравоохранения Санкт-Петербургского экономического университета, эксперт Общественной Палаты при Президенте РФ, советник Председателя Законодательного Собрания СПб, действительный государственный советник 1 класса, канд. мед. наук, профессор, СПб
- 8. Скрябин О. Н.**, главный хирург СПб ГПБУ «Клиническая больница им. святителя Луки», главный хирург Калининского района СПб, главный абдоминальный хирург СПб, д. м. н., профессор.
- 9. Слепян Э. И.**, профессор, научный руководитель Санкт-Петербургского экологического союза
- 10. Ханевич М. Д.**, зам. главного врача по хирургии — главный хирург Городского клинического онкологического диспансера, руководитель отдела хирургии и клинической трансфузиологии Российского НИИ гематологии и трансфузиологии, Засл. деятель науки РФ, Засл. врач РФ, академик РАЕН, д. м. н., профессор, СПб.
- 11. Эргашев О. Н.**, Главный хирург Ленинградской области, профессор кафедры госпитальной хирургии № 2 Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, д. м. н., СПб
- 12. Юрьева Р. Г.**, главный врач Городского реабилитационного центра для детей с психоневрологической патологией, специалист по детской реабилитации, кандидат медицинских наук, СПб

Дизайн, фото – Мамаев Д. А.  
Отдел рекламы – Шевчук Ю. А.

Адрес редакции: 191144, СПб, 8-ая Советская ул., 50, лит. Б, пом. 1-Н  
Фактический адрес: Санкт-Петербург, Лермонтовский пр., 144, 4 этаж, оф. 409.

Адрес для писем: 197373, Санкт-Петербург, ул. Планерная, 47, корпус 5, кв. 135. Тел./факс (812) 307-32-78.  
E-mail: stella-mm@yandex.ru

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия ПИ № ФС77-28496 от 06 июня 2007 г. ISSN 2071-0712

Авторские материалы не всегда отражают точку зрения редакции. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Полное или частичное воспроизведение или тиражирование каким бы то ни было способом материалов, опубликованных в журнале и/или на сайте журнала, допускается только с письменного разрешения редакции.

Номер подписан в печать: 27.03.2016  
Тираж: 10 000 экз. Заказ № 164  
© Издательский Дом СТЕЛЛА, 2016

Отпечатано в типографии «Невская книжная типография», 194044, Россия, Санкт-Петербург, пр. Большой Сампсониевский, 30  
тел./факс: +7 (812) 643-03-19 моб. тел.: +7 (911) 720-57-57  
<http://spbcolor.com/> [spbcolor@mail.ru](mailto:spbcolor@mail.ru)



**Уважаемые коллеги!**

В этом выпуске журнала традиционно мы уделяем большое внимание теме санаторно-курортного лечения и с гордостью освещаем наши конференции, которые удается организовывать в течение последних лет на курортах Венгрии.

Впервые обсуждаются темы: психологии боли, качества жизни онкологического пациента, а также тема взаимоотношений коммерческой и некоммерческой медицины, и далеко не первые — темы дисбактериоза и качества стоматологической помощи.

Мы продолжаем публикации, посвященные истории медицины, в т. ч. истории древней русской медицины, а также продолжаем тему возможностей сотрудничества медицины народной и классической.

Обращаем ваше внимание на информацию Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество», которое успешно функционирует при нашем издательстве, и мы приглашаем всех наших коллег к участию в международных конференциях и рабочих поездках по обмену опытом с зарубежными специалистами, все анонсы и объявления о будущих мероприятиях вы найдете на страницах журнала.

Мы всегда ждем ваших отзывов, мнений и предложений.

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

**Фото на первой обложке:**

**Генрих Иванович Турнер** — выдающийся ученый, врач хирург, организатор здравоохранения, основоположник отечественной научной ортопедии, основатель первой в России кафедры и клиники ортопедии и детского ортопедического института, крупный общественный деятель, заслуженный деятель науки, профессор (1858–1941). Очерк об этом удивительном человеке читайте на стр. 14.

**Информацию о журнале «Пяти минутка»**

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

# Читайте в следующем номере:

- Эмоциональное выгорание медицинских работников
- Психология и нумерология
- Нарушения сна
- Инновации в физиотерапии
- Дисбактериоз и иммунодефицит
- Тревожные состояния и депрессия

## ИНФОРМАЦИЯ О РАСПРОСТРАНЕНИИ И ПОДПИСКЕ НА ЖУРНАЛ «ПЯТИМИНУТКА»

### Распространение журнала «Пятиминутка»:

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

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

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

### Уважаемые читатели!

Чтобы подписаться на наш журнал, необходимо:

1. Заполнить квитанцию и перечислить деньги на расчетный счет ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА» с четким указанием платежа «Подписка на журнал «Пятиминутка» № 1–6 / 2016 г.»
2. Отправить копию квитанции об оплате по адресу: 197373, Санкт-Петербург, ул. Планерная, д. 47, к. 5, к. 135.

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

В письме должен быть указан почтовый адрес отправителя. Стоимость наземной доставки по России включена в общую сумму оплаты подписки. Стоимость 1 номера журнала — **150 рублей**. Стоимость годовой подписки (6 номеров) — **900 рублей**. Подписка может быть оформлена с очередного номера журнала.

## Уважаемые коллеги!

На страницах журнала «Пятиминутка» Вы можете поделиться с коллегами своим практическим опытом, результатами анализа научных данных, описать интересный случай из своей клинической практики, поразмышлять и принять участие в дискуссиях на актуальные темы современной медицины.

**Требования к публикациям:** объем не более 10 страниц печатного текста шрифт №12 через 1,5 интервала, не более 8 первоисточников в списке литературы для оригинальной статьи и не более 15 – для обзора литературы, нумерация источников по алфавиту. Под названием публикации Ф.И.О. автора, ученая степень, врачебная категория по специальности (если есть), место работы и должность. В конце публикации – телефон для связи.

**Тексты публикаций просим предоставлять на e-mail:** hegu@mail.ru с пометкой: статья в журнал «Пятиминутка».

## Приглашаем к сотрудничеству!

С уважением,  
главный редактор  
кандидат  
медицинских наук  
**МАМАЕВА**  
**Марина Аркадьевна**

# В НОМЕРЕ:

- Международное сотрудничество.** М. А. Мамаева  
Путешествия в Хевиз... [4–7]
- Медицинская психология.** Богданович В. Н.  
Ресурсные путешествия. Принцип [8–9]
- Санаторно-курортное лечение.** Грабенко Т. М.  
Психологические курорты Венгрии [10–13]
- Наши Учителя.** Бондарь В. И.  
Генрих Иванович Турнер — выдающийся ортопед и организатор отечественной системы призрения детей-калек [14–18]
- Онкология.** Филатова Е. И.  
Онкологический пациент:  
возможности улучшения качества жизни [19–21]
- Актуальная проблема.** Шевчук Ю. А.  
Коммерческая и некоммерческая медицина:  
проблемы сосуществования [22–23]
- Гастроэнтерология.** Мамаева М. А.  
Дисбактериоз как актуальная проблема современной медицины [24–26]
- Актуальная проблема.** Лебедева В. Д.  
Стресс и атеросклероз [27]
- Организация здравоохранения.**  
Бондарь В. И., Малькова Г. А., Модестов А. А.  
Деятельность центров здоровья для детей Северо-Западного федерального округа (по итогам 2013 г.) [28–35]
- Стоматология.** Др. Н. Пивец  
Стоматология без границ. И без страха... [36–39]
- Санаторно-курортное лечение.** Н. А. Гинзбург  
Питьевая вода «Сокольницкие ключи» [40–41]
- Психиатрия.** Крекер Ирене  
Голос свыше приказывает...  
(из записок практикующей медсестры) [42–43]
- Медицинская психология.** Кружковская И. О.  
Психологические аспекты болевого синдрома [44–50]
- История медицины.**  
Медицина языческой древней Руси [51]
- Непознанное.**  
Возможности сотрудничества  
медицины народной и классической [52–55]
- Событие.**  
Международный форум-выставка «Руками женщины» [56]

**Мамаева М. А.,**

кандидат медицинских наук,  
Руководитель Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА,  
Санкт-Петербург, Россия

## ПУТЕШЕСТВИЯ В ХЕВИЗ...

Начиная с 2012 года мы довольно большой группой регулярно ездим в Хевиз — прекрасный венгерский курорт, известный всему миру термальным лечебным озером, доступным для купания в течение всего года, т.е. курорт всесезонный. Когда приходится на презентациях отвечать на многочисленные вопросы, наибольшее удивление и даже недоверие аудитории почему-то вызывает утверждение о всесезонности большинства венгерских курортов, в первую очередь, конечно, Хевиза. Но это так на самом деле!

Возможно, именно по причине того, что не все еще так хорошо осведомлены о доступности лечебного озера для купания в зимний период, нам удастся довольно комфортно себя ощущать в Хевизе в феврале уже который год подряд. Именно в феврале в Хевизе мы проводим нашу традиционную конференцию, посвященную альтернативной медицине и возможностям сотрудничества медицины народной и классической. И февраль 2016 года тоже не был исключением. Наша дружная компания собралась в чудесном комфортном отеле «Европа Фит» с роскошным веллнессом и рестораном, а также хорошо оснащенным медицинским отделением, которым руководит Др. Вероника Молл, дочь знаменитого хевизского доктора Молла, изобретателя метода подводного вытяжения, который теперь используют буквально на каждом курорте Венгрии.

Из года в год доклады участников февральской конференции поражают широтой тематики и широтой взглядов на различные проблемы современной медицины и психологии. На этот раз также темы были заявлены просто глобальные: качество жизни онкологического пациента, программа работы с часто болеющими детьми, психология болевого синдрома, ветеринария как медицинская наука, опасные излишества в питании, новые технологии в физиотерапии, сотрудничество медицины народной и классической и т.д.

Но традиционной темой всех без исключения конференций, проводимых нашим издательством в Венгрии, конечно, является тема санаторно-курортного лечения и тема лечебно-оздоровительных возможностей венгерских курортов. Как обычно, был представлен обзор работы на-

шего Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» с венгерскими курортами и представлены сами венгерские курорты, в первую очередь, Хевиз, презентацию которого представил мэр города г-н Папп Габор и почетный посол г. Хевиз в России и странах СНГ г-н Эрдош Эндре. Как обычно, украшением конференции был доклад бывшего Государственного секретаря по туризму Венгрии, а ныне профессора Будапештской бизнес-школы г-на Ковача Миклоша, который принимал участие в разработке стратегии развития венгерского оздоровительного туризма. Также делегатам конференции были представлены презентации курорта Бюкфюрдо, который по праву называется курортом с «сильной водой», курорта Парадфюрдо, который находится в горах на севере Венгрии и известен природной мофетой и сразу тремя видами лечебной минеральной воды, и курорта Тапольца, который славится своей лечебной карстовой пещерой и минеральным источником, богатым кальцием. Именно на курорте Тапольца мы нашли место для оздоровления часто болеющих детей, а также пациентов, страдающих бронхолегочной и аллергической патологией, в т.ч. бронхиальной астмой. В июне 2015 года на курорте Тапольца получила курс оздоровления первая группа родителей с детьми из Санкт-Петербурга. Результаты поездки более чем успешные. Теперь такие группы формируются регулярно.

Ознакомительная поездка на курорт Тапольца была организована в рамках февральской конференции при помощи отеля Пелион, который находится как раз над лечебной карстовой пещерой. Во время этой поездки делегаты конференции увидели не только прекрасный комфортный отель с медицинским отделением, пещеру, веллнесс-зону с саунарием и тренажерными залами, но и сам красивый курортный городок, расположенный будто в сказочном месте среди потухших вулканов. Следующая оздоровительная поездка в Тапольцу родителей с детьми в сопровождении специалистов запланирована на 26 июня — 10 июля текущего года.

Приятным сюрпризом было знакомство с миниотелем «Villa Lira» на территории курорта Хевиз и его добродушной хозяйкой, нашей соотечественницей и землячкой

Ириной Легкой, которая к тому же является профессиональным педагогом по современным балльным танцам. Соответственно, в отеле Ирины есть музыкальная гостиная, где можно танцевать и обучаться этому искусству. Но это не единственная особенность отеля. Все номера являются просторными апартаментами с небольшими кухнями, где можно при желании самостоятельно приготовить еду, а на нижнем этаже обустроен небольшой оздоровительный центр, тренажерный зал и джакузи. В отеле есть все необходимое для жизни и отдыха: ресторан, холлы, просторные балконы с видом на пейзажи курортного городка. Во дворе имеются все условия для отдыха детей

и для семейного отдыха, например, можно приготовить шашлыки или барбекю на свежем воздухе.

В текущем году мы задумали организовать групповую поездку в Хевиз с тем, чтобы остановиться именно в этом миниотеле, включив в программу поездки непременно уроки танцев! Не исключено, что все это будут сопровождать, как всегда, интересные семинары психологов и курсы оздоровительных и эстетических процедур.

А февральская конференция 2017 года уже собирает заявки на участие. Присоединяйтесь к нашему Обществу специалистов «Международное медицинское сотрудничество» на благо себе и своим пациентам! ☺



## Villa Lira — просторные апартаменты в курортном городе Хевиз, Венгрия

Если вы любите уют и комфорт, если вам хочется насладиться красотой природы и пешеходные прогулки для вас в радость, если ваше желание — быть здоровым и счастливым, то мы рады будем вам в этом помочь и ждем вас в наших апартаментах VillaLira



О вилле, и о том, что ждет вас в уютном городе Хевиз вы можете узнать, посетив наш сайт [www.villalira.ru](http://www.villalira.ru)

**Связаться с нами вы можете:**

e-mail: [villalira.spa@gmail.com](mailto:villalira.spa@gmail.com)

skype: villalira.spa

viber: +36 20 332-00-35

whatsapp: +36 20 332-00-35

АНОНС

**Уважаемые коллеги!**

**Приглашаем принять участие в ежегодной  
международной научно-практической конференции:**

*Альтернативная медицина.  
Возможности сотрудничества медицины  
народной, природной и классической.*

**05–12 февраля 2017 года в г. Хевиз, Венгрия**

**В программе:**

- **Природные факторы в лечении заболеваний и оздоровлении организма. Курортология Венгрии. Термальные источники.**
- **Отличительные особенности курорта Хевиз. Уникальное термальное озеро Хевиз. Лечебные программы в Хевизе.**
- **Лечебные карстовые пещеры Венгрии. Курорт Тапольца.**
- **Альтернативная медицина во всем многообразии: Фитотерапия. Ароматерапия. Цветотерапия. Звукотерапия. Музыкотерапия. Гомеопатия. Фунготерапия. Сокотерапия и диетотерапия. Аппаратная медицина.**
- **Из глубины веков — забытая народная медицина. Куклотерапия. Сказкотерапия. Психологические практики, основанные на старых народных традициях. Восточная медицина. Лечебная сила музыки, пения, звука. Хиропрактика — возможности рук человеческих.**
- **Медицинская астрология и нумерология.**
- **Народные целители. Возможности сотрудничества медицины народной и классической.**
- **И многое другое...**

Целители и специалисты по альтернативной медицине проводят дополнительные семинары, встречи и консультации.

Участники конференции получают возможность проживания в одном из наиболее уютных отелей всемирно известного венгерского курорта Хевиз — Hungest Hotel Helios\*\*\*\* с прекрасной велнес-зоной (бассейны термальные и обычные, в т. ч. открытый зимний бассейн, сауны, бювет с лечебной минеральной водой), с медицинским реабилитационным центром, а также возможность зимнего купания в термальном озере Хевиз.

В свободное время — по желанию — предлагаются экскурсии с посещением старинных венгерских замков, дегустацией вин, блюд национальной кухни, концертными программами, а также лечебные и оздоровительные программы.

Организаторы мероприятия: Издательский Дом СТЕЛЛА — Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество», Санкт-Петербург, Россия; мэрия г. Хевиз, Венгрия.

Заявку на участие можно отправить на e-mail: stella-mm@yandex.ru с пометкой «Конференция Хевиз».

**Справки по телефонам: (812) 307-32-78, +7-921-589-15-82**



**Февральская традиционная конференция в Хевизе, Венгрия**





**Богданович В. Н.,**  
врач, писатель, психолог,  
Санкт-Петербург, Россия,  
[www.osoznavanie.ru](http://www.osoznavanie.ru), e-mail: [kbvb@list.ru](mailto:kbvb@list.ru)

## РЕСУРСНЫЕ ПУТЕШЕСТВИЯ. ПРИНЦИП

Если из путешествия ты возвращаешься таким же, каким был ранее, значит, ты нигде не был, а потратил впустую свое время, силы, средства и не приобрел ничего нового. Вот история:

*«Как-то, один юноша отважился на путешествие к храму, в котором божество исполняло все желания. Он дошел до храма, потер стелу ладонями и попросил здоровья, богатства и храбрости, которых ему так не хватало. Когда он довольный вернулся домой, то его спросили:*

— Ну и как?

— *Все просто отлично! Дорога к храму была долгой и трудной, но тяготы закалили и укрепили мое тело. По дороге я помог одному путнику добраться до крова, он оказался богачом и дал мне много золота. В дороге на меня напали разбойники, а мне так было жаль расстаться с золотом, да и я изрядно поздоровел... пришлось их разогнать по кустам».*

Что произошло с юношей? Юноша использовал все те ресурсы, которые он только смог взять!

Под термином «ресурс» (франц. ressource — вспомогательное средство), понимаются денежные средства, ценности, запасы, возможности, источники дохода, в т. ч. экономические (материальные, трудовые, финансовые), природные, и любая часть всех природных условий и важнейшие компоненты окружающей среды, используемые нами в процессе жизни.

Сегодня, вопросы, связанные с возобновлением собственного ресурса, выдвинулись в число самых насущных вопросов современности. Представьте себе, вы находитесь в пункте А и очень хотите попасть в пункт Б, но что-то мешает. Не удается сделать это просто, нужно что-то дополнительное. Энергия. Транспорт. Ситуации. Люди. Свободные средства. Неодолимое желание. Случайность, которой мы сумели воспользоваться. В общем, ресурс.

Ресурсы — это то, что пока не используется. Но может пригодиться. Для экономики это технологии, нефть, люди, что-то ещё. У человека — то, что он пока не использовал для преодоления сложности организации поездки, например, из Санкт-Петербурга в венгерский курортный городок Хевиз. Это может быть его спокойствие, радость, вера в себя, ощущение подъема сил, обновления чувств,

восприятия новых запахов, цвета, а может быть, это будет давно забытое ощущение внутренней силы... То, что есть внутри, но... Но пока не используется. Ресурс — это то, что надо еще найти в себе, зафиксировать. Разведать и овладеть. Ресурсом может быть всё: убеждения, ценности, способности, качества, эмоции, умения, состояния, отношение к себе и к своему здоровью.

Ресурс — процесс диалектический, и то, что является ресурсом в одном месте, в другом может сильно помешать. Расслабленность очень полезна, когда вы хотите отдохнуть. Но если цейтнот на работе, то это состояние вредно. Все, что вам надо в этой жизни, уже есть в вас. Надо только это извлечь, и не лежать дома на диване, а в движении, в процессе перемещения из состояния А в состояние Б, как юноша из притчи! Главный вопрос: «А что является путем к тому замечательному храму, в котором я получу то, что хочу? И что я захочу потом, когда его заполучу?»

Наиболее важный ресурс, овладению которым нужно обучиться — это состояния. Они по структуре напоминают чемодан, в котором есть все. Если вы уверены в себе (состояние), то у вас будет доступ и к умению говорить, мыслить, общаться, принимать решения спокойно, и внутреннее убеждение, что «мне все по плечу!» Есть состояние — есть доступ и ко всему, что в нем заключено. Нет доступа — ресурс может проявиться спонтанно, в ситуации, и так же спонтанно исчезает вместе с ситуацией!

Человек — машина, механически творящая дела и приписывающая какие-то достижения собственной воле, которой у нее почти нет. Точнее, она есть, но недостаточно проявлена. Истинное проявление себя в собственной жизни всегда ведет к переживанию своего существования в настоящий момент. Это то, что скрыто, что ускользает с каждым мигмом и требует постоянных сознательных усилий помнить себя все время. Девиз семинара: «Распознай то, что перед тобой — и то, что сейчас скрыто, будет явлено тебе». Декларация громкая, но близка к правде. Не проживая всерьез день сегодняшний, мы не только его теряем безвозвратно, но и не живем полноценной жизнью, не пользуемся тем, что имеем в этот момент. Это касается процесса лечения на курорте Хевиз. Сколько раз я слышал на улочках этого города, как те, кто приехал всерьез

избавиться от застарелой хвори, механически принимают выписанное им лечение и ... И все. В мыслях они дома. Никуда не уезжали и переживают снова и заново те ситуации, которые их привели к хворям, болезням, недомоганиям. Они не в курсе того, что они эти состояния друг у друга активно поддерживают, упуская возможность не только избавиться от болезней с помощью лечебных процедур, но и в корне изменить свой стиль жизни (Modus Vivendi).

Понимаю, что особо этому никто не учит. Проще употребить «витамины жизни в баночке», но куда полезнее вкушать свою жизнь, как сочное яблоко — с удовольствием и в охотку. Такой стиль жизни позволяет быть успешным в социальном плане, позволяет строить и воплощать планы, управлять событиями и что-то активно изменять в себе к лучшему.

Умные и мудрые понимают, что деньги нужно тратить на себя, а не на процветание индустрии туризма и сувенирной продукции. Им надоело загорать в Турции или Египте. Они понимают, что «на самом деле все не так, как в действительности» и начинают искать чего-то иного и иногда впадают в другую крайность — Тибет, Непал, Мексика с куардеро (маг), который изготовит волшебный напиток из местных грибов и трав. Именно так происхо-

дит утрата смысла от путешествия, от лечения, от активного участия в процессе движения от болезни к здоровью физическому и душевному. Туризм превращает путешественника в собирателя фотографий и сувениров, а нам хочется большего. Того, что утолит жажду души и восполнит ресурс!

Тур-операторы обычно думают про продажи, а не про пользу от тура, это надо знать и помнить. Хочешь сделать хорошо — сделай сам! Внешний мир конечен, а внутренний бесконечен. Тот, кто мудр и успешен, кто понимает суть своего запроса, тот ищет и выбирает неспешно именно то, что ему и только ему надо, а что может быть интереснее для личности, как путешествие с пользой для своего здоровья?

Поездка в Хевиз как раз и может стать именно посылом к здоровью, к получению пользы для себя, толчком к возобновлению изрядно потраченного ресурса, если вы захотите овладеть навыками более полезного и полного проживания в Хевизе, получения максимальной пользы от процедур и от целительной силы местности. Это вам поможет не получить временное облегчение или снять симптоматику, боли, дисфункциональность, а вылечиться от недугов и хворей полностью. ☺

**Уважаемые коллеги!**  
**При Издательском Доме СТЕЛЛА организовано**  
**Общество специалистов:**  
**«Международное медицинское сотрудничество»**

**Основные направления работы:**

- лечение и реабилитация за рубежом
- возможности оздоровления за рубежом и в России
- совмещение оздоровительных и туристических программ
- рекомендации по выбору курорта, санатория, клиники согласно профилю заболевания
- консультации специалистов — авторов издательства
- проведение семинаров по зарубежной и отечественной курортологии
- организация поездок врачей по обмену опытом с зарубежными коллегами
- организация международных конференций в России и за рубежом

**Наше главное направление — Венгрия, страна термальных источников, уникальных курортов и высокоразвитого здравоохранения.**

***Приглашаем к сотрудничеству врачей разных специальностей***

Справки по тел. 8-921-589-15-82, e-mail: stella-mm@yandex.ru

**www.stella.uspb.ru**



**Грабенко Т. М.,**  
кандидат пед. наук, доцент,  
директор Центра обучения креативным технологиям  
и методам гуманизации бизнеса и образования,  
Санкт-Петербург, Россия

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КУРОРТЫ ВЕНГРИИ

**Ч**то может сделать психолог во благо человеку?  
Предложить ему остановить свой бег, посмотреть  
внимательно на дело рук своих, осознать потребно-  
сти души своей, выдохнуть расстройств и стрессы, вдох-  
нуть чистый, прозрачный воздух мечты, и... продолжать  
жить достойно, счастливо, созидательно!

Легко сказать. А как осуществить такие великие наме-  
рения, как показать человеку, что душа его прекрасна,  
как райский сад, что мысль целительна, а действия про-  
дуктивны?

Да, можно исследовать жизненные коллизии или исто-  
рию подопечного, анализировать посредством различ-  
ных психологических концепций, методов, техник, техно-  
логий. А, можно привести человека в волшебную страну  
и там... раскрыть перед ним (или организовать для него)  
пространство чудес.

Это чудо открытий произошло с участниками проек-  
та «Психологический курорт», посетивших Венгрию с 25  
апреля по 4 мая 2015 года.

### ЧУДО ПЕРВОЕ БУДАПЕШТ. ПЕСОЧНЫЕ ЧАСЫ

#### Размышления на тему эмоционального интеллекта

*Песочные часы — вся наша жизнь.  
В их верхней чаше — будущего блики,  
А в нижней чаше — прошлого шаги,  
И только в узкой точке,  
В нити сочлененья, проходит жизнь,  
В те краткие мгновенья  
Эмоцией наполнена она.*

Вот важная точка жизни — наше настоящее, именно  
в нем будущее переходит в прошлое, и каким станет это  
прошлое, — гордостью, победой, отчаяньем, поражени-  
ем — зависит от того, как проживаются именно эти мгно-  
вения, мгновения настоящего.

Можно говорить много, нанизывая одну «метафо-  
ру» на другую, но стоит остановиться перед этим чудом  
в Будапеште, и все выше сказанное так остро осознается,  
что становится реальностью.

Важность внимательного отношения к себе, точность  
эмоционального самоопределения в каждую минуту бы-  
тия и определяет очень важную, отправную способность  
эмоционального интеллекта, изучению которого и было  
посвящено наше путешествие в Венгрию.

Радость, интерес, удовольствие, гнев, грусть, стыд, вина  
и отвращение, обида, страх — реакции человека на собы-  
тийный ряд бытия, а управление ими и есть то качество  
жизни, которой постоянно пополняется наш жизненный  
опыт, определяющий ресурс для будущих реакций на жиз-  
ненные коллизии.

*Смотри в себя, ведь в это время  
Бежит неспешно жизнь сия.  
И в чашу нижнюю стекает  
Песчинка малая твоя.  
Она — из радости иль гнева,  
Она — из грусти иль вины,  
Она — свидетельство победы  
Или сомнения плоды.  
Крупницы эти драгоценны,  
Их благодатное тепло  
Становится приобретеньем,  
Когда достойно прожито!*

Нет эмоций недостойных, есть их некорректное прожи-  
вание, поэтому важно не только признать и принять свою  
эмоцию, сколь грамотно и безопасно для своего будущего  
ее прожить. А для этого надо выбрать те слова и действия,  
которые позволят и эмоцию прожить, и отношения сохра-  
нить, переведя их на иной уровень осознания и принятия.  
Это и есть вторая способность эмоционального интеллекта,  
которая формирует эмоциональный опыт, насыщает наше  
прошлое и определяет качественное проживание будущего!

**Общество специалистов**  
*«Международное медицинское сотрудничество»*  
*При Издательском Доме СПЕЛАА*

**ПРЕДЛАГАЕТ:**

**Для врачей**

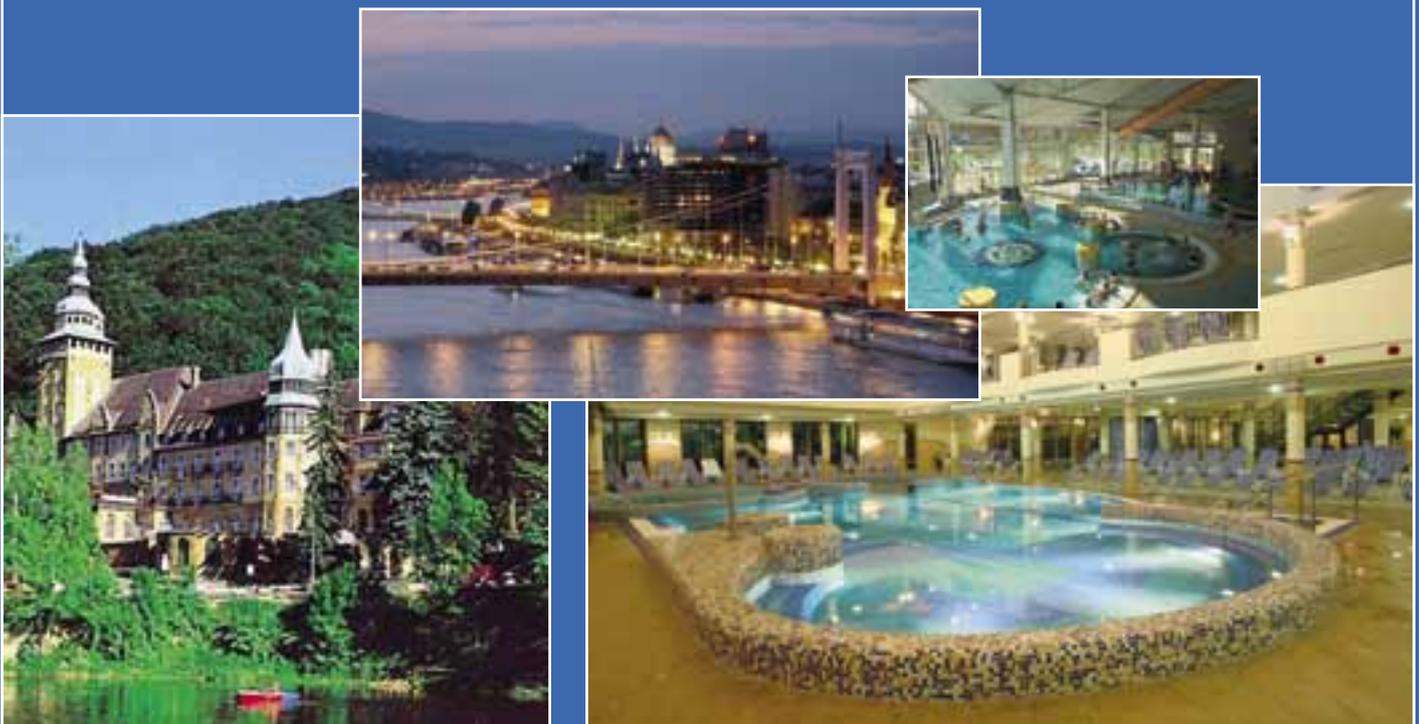
- Рабочие поездки по обмену опытом в Венгрию и др. европейские страны
- Участие в международных конференциях в России и за рубежом
- Участие в семинарах, посвященных санаторно-курортному лечению в России и за рубежом, программам медицинской реабилитации, альтернативной и народной медицине
- Участие в информационно-музыкальных мероприятиях из цикла «Медицина и музыка»
- Помощь в организации обучения на циклах профессионального усовершенствования по медицинской реабилитации, курортологии и физиотерапии
- Возможность консультативной работы в кабинетах по санаторно-курортному лечению и реабилитации
- Визовая поддержка при выезде за рубеж
- Литература по санаторно-курортному лечению и реабилитации
- Помощь в организации обучения иностранным языкам
- Профессиональные переводы текстов (английский, сербский, венгерский и др. языки)

**Для пациентов**

- Консультации по выбору профильного курорта с учетом показаний и противопоказаний
- Рекомендации по лечебно-оздоровительным программам на курорте
- Консультации по выбору лечебного учреждения за рубежом и объема медицинских услуг
- Информационная поддержка и сопровождение на всем протяжении поездки с целью санаторно-курортного лечения и отдыха, включая визовую поддержку

Справки по тел. +7-921-589-15-82, e-mail: [stella-mm@yandex.ru](mailto:stella-mm@yandex.ru)

[www.stella.uspb.ru](http://www.stella.uspb.ru)





## ЧУДО ВТОРОЕ ХЕВИЗ. CLUB DOBOGOMAJOR. РАЙСКИЙ САД Размышление на тему обретения женского счастья

Кто из нас не мечтал о Райском Саде? Мужчины хотят им владеть, чтобы привести туда любимую женщину, а женщины — получить его в дар, как свидетельство вечной любви и благоденствия. Древний миф Апулея об Амуре и Психее живет в коллективном бессознательном вечно! Постоянное стремление человека к обустройству своего жизненного пространства в цветах и растениях, среди животных и птиц на берегах рек, озер и морей — явное доказательство этому. А наши городские подоконники и балконы, лестничные площадки, кусочки земли мы неизменно превращаем в некое подобие Райского Сада.

Когда же мы оказались на территории клуба Dobogomajor, то было полное ощущение, что мы в гостях Амура, и с нами, уставшими от затяжных холодов, северянками случатся приключения Психеи. Нас окружили цветущие магнолии и глицинии, сирень и каштаны, сакуры, азалии, рододендроны и еще множество диковинных деревьев и кустарников, названий которых мы не знаем. Их ароматы вскружили нам головы, и мы задохнулись на мгновение от восторга!

Посему наш психологический клуб мы открыли сказкой, которую и стали изучать.

Напомню и вам, господа, ее сюжет.

Некогда жили у царя три дочери. Две из них страдали красотой земной, а третья — младшая и любимейшая Психея, страдала, бедняжка, красотой неземной. Ее — то все люди земли приняли за Богиню любви Венеру и стали приносить к ее ногам дары и жертвы. Психея поневоле стала объектом обожания и несла крест всеобщей любви, лишившись любви личной. Сестры были уже давно замужем, а Психея в свои цветущие годы была невероятно несчастна и одинока, ибо ни один смертный не смел приблизиться к ней даже на сотню ярдов. Обеспокоенный судьбой дочери, царь пошел с вопросом к Прорицателю, который и предсказал, что Психее предстоит замужество с тем, кто наносит раны жгучие, пламенем жутким палит, которого боги все опасаются, и Стиксу внушает он страх, мрачной подводной реке. От судьбы не уйдешь, и привести велено Психею на высокий утес и оставить там, в ожидании судьбы.

А судьба у Психеи была великая, особая. Ей предстояло стать женой Амура, пройдя при этом немало испытаний, узнать сестринское коварство, испытать великую любовь и смертельную тоску, пережить вину, стыд, обиду, страх, дойдя до самого пика отчаяния, выдержать гнев и невыносимые испытания Венеры, уйти в летаргический сон, не усмирив желание обретения вечной красоты и молодости, в итоге стать богиней и родить миру дочь по имени Наслаждение.

Но пока, в преддверии всего этого, суждено ей, бедняжке — счастливице, оказаться по воле Амура в его Райском Саду и в его Дворце. И Сад, и Дворец, как предтеча всех событий, явились ей такими:

«Психея, тихо покоясь на нежном, цветущем лугу, на ложе росистой травы, отдохнув от быстрой перемены в чувствах, сладко заснула. Вдоволь подкрепившись

сном, она встала с легкой душой. Видит рощу, большими высокими деревьями украшенную, видит хрустальные воды источника прозрачного. Как раз в самой середине рощи, рядом со струящимся источником, дворец стоит не человеческими руками созданный, а божественным искусством...

...Поистине блаженны, дважды и многократно блаженны те, кто ступает по таким самоцветам и драгоценностям! Привлеченная прелестью этих мест, Психея подходит ближе, расхрабрившись немного, переступает порог дворца и вскоре с восхищенным вниманием озирает все подробности прекрасного зрелища. Пока она с величайшим наслаждением рассматривала все это, вдруг доносится до нее какой-то голос, лишенный тела: «Что, — говорит, — госпожа, дивишься такому богатству? Это все принадлежит тебе. Иди же в спальню, отдохни от усталости на постели: когда захочешь, прикажи кушанье приготовить. Мы, чьи голоса ты слышишь, твои рабыни, и будем усердно прислуживать тебе, и как только приведешь себя в порядок, не замедлит явиться роскошный стол». Психея ощутила блаженство от божественного покровительства, и, вняв совету невидимого голоса, купанием смывает с себя остаток усталости. Тут же видит подле себя полукруглый стол, как о том свидетельствовал обеденный прибор, приготовленный для трапезы, охотно возлегает на него. И тотчас вина, подобные нектару, и множество блюд с разнообразными кушаньями подаются, будто гонимые каким — то ветром, а слуг нет...»

Можете нам поверить, что на целых десять дней мы стали Психеями.

Психея — богиня души. И посему, основное наше занятие было посвящено исследованию своей жизни, своих потребностей, ресурсов, желаний, осознанию ранее неосознанных стереотипных действий, анализу хитросплетений судеб. Мы мечтали, играли, творили. Были и детьми, и мудрыми взрослыми одновременно.

Особое внимание было уделено вопросам эмоционального интеллекта, который, как невидимый слуга, сопровождает нас повсюду. Мы вдохновенно обсуждали темы управления эмоциями, темы любви и привязанности, эмоционального здоровья.

Вольготно расположившись на цветущем лугу, мы формировали и развивали телесно ориентированные практики эмоциональной саморегуляции человека, постигали азы психогимнастики и лечебной физкультуры.

Мы освоили:

- Авторский комплекс упражнений, направленный на восстановление и увеличение объема подвижности в суставах, коррекции работы опорно-двигательного аппарата.
- Технологии формирования идеального тела.

И получили разработки индивидуальных лечебных комплексов для коррекции физического и психического здоровья.

Для нас наш Райский Сад — это то место, где человек имеет возможность, отдавшись божественной заботе и покровительству, безопасно исследовать себя, править себя, учить и воспитывать себя, рождать в себе Наслаждение.

И это настоящее чудо!

**ЧУДО ТРЕТЬЕ  
ОЗЕРО ХЕВИЗ. ЖИВИТЕЛЬНЫЕ ВОДЫ**

**Размышление на тему о благодарности к целительному пространству, где «мир хорош, и я хорош!»**

О городе — купальне Хевиз, и о целительном озере знает почти каждый третий житель Земли. О нем так много информации и в журналах, и в книгах, и в путеводителях, и в Интернете, что повторяться смысла нет.

Поэтому в купальнях и на берегах озера, на улочках курортного городка слышна русская, украинская, английская, немецкая, испанская, французская речь. Воистину, человечество, погружаясь в тягучие воды Хевиза, как бы возвращается в утробу матери, в околоплодные живительные воды.

«Ты хорош, и мир хорош!», — вот что нашептывают эти воды, невидимые слуги здоровья, каждому, кто попадает

сюда. Поэтому и невозможно оторваться от этого волшебства, и год от года, мы весной устремляемся сюда, чтобы подобно Психее, смыть усталость зимы и забот и вдохновенно расцвести вместе с весной и всеми цветами этой земли.

Обрести, удержать и развивать рай в своей душе, грамотно распознавая свое эмоциональное состояние в каждую минуту бытия, принимая и понимая смысл происходящего, доверяясь божественному покровительству, растворяя свое сознание в пространстве прекрасного, устремляясь в созидание достойного научило нас это необыкновенное путешествие в Венгрию — страну психологического курорта.

Мы приглашаем и вас, дорогие наши читатели, разделить радость наших грядущих открытий и наслаждений!

Будем счастливы, Господа! До встречи на «Психологических курортах» Венгрии! ☺

**Уважаемые коллеги!  
Издательский Дом СТЕЛЛА  
организует информационно-музыкальные  
мероприятия для врачей из цикла**

# **«Медицина и музыка»**

**в обстановке исторических литературно-музыкальных салонов  
Санкт-Петербурга**

**В программе: научный семинар, концерт, фуршет.**

**В семинарах принимают участие авторы журналов «Пятиминутка»  
и «Все, о чем Вы хотели спросить педиатра».**

**Обсуждаются самые актуальные темы современной медицины.**

**В концертах участвуют ведущие артисты, певцы,  
музыканты Санкт-Петербурга.**

**Приглашаем врачей всех специальностей!**

**За более подробной информацией обращайтесь по тел.:**

**(812) 307-32-78; 8-921-589-15-82**

**e-mail: stella-mm@yandex.ru**

**Анонсы мероприятий: [www.stellamed.info](http://www.stellamed.info)**



**Бондарь В. И.,**  
д.м.н., академик АМТН,  
ФГАУ «НЦЗД» Минздрава России, Москва.

## ГЕНРИХ ИВАНОВИЧ ТУРНЕР — ВЫДАЮЩИЙСЯ ОРТОПЕД И ОРГАНИЗАТОР ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ПРИЗРЕНИЯ ДЕТЕЙ-КАЛЕК

Осталось всего 2 года до 160-летнего юбилея со дня рождения выдающегося ученого, врача, хирурга, организатора здравоохранения, основоположника отечественной научной ортопедии, основателя первой в России кафедры и клиники ортопедии и детского ортопедического института, крупного общественного деятеля, действительного статского советника, заслуженного деятеля науки, профессора Генриха Ивановича Турнера — 29 сентября 2018 г. Богатое научное наследие Генриха Ивановича нашло отражение в его более чем 200 научных трудах, обобщенных в более чем 400 печатных работах, и множится год от года плодотворной деятельностью последователей, сотрудников созданных им коллективов, многочисленных учеников, развивающих его богатейшее наследие.

Воспользуемся возможностью узнать, как появился его род в России, и откуда выкристаллизовалась Личность выдающегося ученого, практика, организатора и неустанного радателя о пользе столь ущемленной и ущемляемой во всем части населения России (имперской, советской и постсоветской) — детей-калек-инвалидов, со слов самого Генриха Ивановича:

*«Я родился в Петербурге в сентябре 1858 г. Отец мой (Джон Турнер — прим. автора) прибыл в Россию из Англии в 40-х годах, приглашенный пивоваренным заводом в качестве инженера-механика. Он происходил из зажиточной семьи, проживавшей в окрестностях Лондона. Моя мать, его вторая жена, принадлежала к многочисленной семье, предыдущее поколение которой прибыло в Петербург также из Англии. Таким образом, в моих жилах протекает неподмешанная английская кровь. Основ-*

*ным фактором, оказавшим влияние на всю нашу семью, была ранняя смерть моего отца. Водоворот жизни в непривычном окружении широкого русского гостеприимства подорвал его работоспособность и, в конце концов, сгубил его при помощи туберкулезной пневмонии. Руководительницей семьи из трех братьев и сестер, среди которых по возрасту, 13 лет, я был в середине, осталась наша мать. В настоящее время, когда я подошел вплотную к старости, когда время покрыло дымкой забвения бесчисленные детали всего мною пережитого, все более и более отчетливо встает передо мной образ этой женщины, которая своим примером привила мне мою любовь к жизни, мою способность борьбы с лишениями, мою энергию. Она оправдала своим характером правдивость изречения Соломона: «Наставь юношу при начале пути его: он не уклонится от него, когда и состареет».*

*Это «наставление» не было словесным. Оно заключалось в примере героизма среди тяжелых условий жизни и неисчерпаемой до самозабвения заботливости о подрастающих детях. Юные умы наши в то время не задумывались над источником, из которого добывались средства для нашего содержания. Теперь только, оглядываясь назад, я рисую себе душевные переживания, поддерживаемые тагием материальных сбережений, которые, по-видимому, были сделаны вдумчивой предусмотрительной женщиной в годы короткого былого довольства. Бодрость ее, не ослабевшая при физическом и душевном переутомлении, распространялась на всю семью. В тесной холодной квартире, расположенной на окраинной немощеной улице, при толстом слое льда, зимой покрывавшем стекла окон изнутри, и при условиях, когда белый хлеб (ситник)*

*был праздничной роскошью, — не было места унынию.»*

Таким образом, образование детей было не самой простой проблемой, решенной рано овдовевшей матерью Генриха Ивановича, ставшей главой многодетной семьи. Становятся понятны истоки свойственных Генриху Ивановичу трудолюбия, стремления бежать праздности, умения творчески решать проблемы, исходя из скромных возможностей реальной жизни, и желание защитить интересы, помочь самой обездоленной части населения, но обладающей неизмеримым потенциалом, которому только надо грамотно дать возможность реализоваться, — детям-калекам.



После успешного окончания I Санкт-Петербургской гимназии в 1876 г. 18-ти лет Генрих Иванович был зачислен слушателем Петербургской Медико-хирургической академии, которую окончил с отличием в 1881 г. В итоге, помимо профессионального уровня, который им повышался до последних дней, и широчайшей эрудиции, Генрих Иванович владел почти всеми европейскими языками, любил и легко музицировал (в его кабинете всегда находилось фортепьяно и всякий раз, после операций, порой прямо в халате, он садился и играл, давая отдых рукам и душе), рисовал (сохранились походя сделанные им рисунки и наброски), резал по дереву..., а творческое техническое, образное мышление позволило ему разрабатывать собственные и усовершенствовать существовавшие приспособления и оперативные подходы, без чего немислимо творческое развитие хирургии, тем более, когда речь идет о «биологической инженерии», с каковой призвана работать ортопедия, тем более, в условиях развивающегося организма ребенка-калеки.

Плодотворная научно-практическая деятельность Генриха Ивановича началась еще в период обучения. Дальнейшая его работа проходила в качестве ассистента хирургической лечебницы Александровской общины сестер Красного креста совместно с тогда еще будущим профессором Императорской Военно-медицинской академии Николаем Александровичем Вельяминовым (1855–1920 гг.), в 300-коечном хирургическом отделении Обуховской больницы под руководством известного русского врача и хирурга, основоположника флебологии в нашей стране Алексея Алексеевича Троянова (1848–1916 гг.), а также в хирургическом отделении Николаевского военного госпиталя под руководством крупного хирурга-практика, штатного доцента Карла Карловича Рейтера (1845–1890 гг.).

Спектр научных интересов Г.И. Турнера на ранних этапах деятельности при чрезвычайной широте поражает профессиональной глубиной проникновения в проблемы. Достаточно сказать, что его работа, посвященная лечению рубцовых контрактур пищевода, была отмечена в 1890 г. золотой медалью им. Н.В. Склифосовского, а защищенная им в 1894 докторская диссертация была уже посвящена анатомическим изысканиям в области слепой кишки и червеобразного отростка. В 1895 году ученый совет Медико-хирургической академии присвоил ему зва-

ние приват-доцента, а уже через год его утверждают в должности профессора.

Им были приобретены широкая профессиональная эрудиция, разнообразные поднятые до виртуозного уровня практические навыки и творческий научный, аналитический опыт в хирургическом лечении самых различных состояний, требовавших хирургического вмешательства. Учитывая проделанный путь, приход его в ортопедию нельзя считать случайным: он видел реальную возможность возвращения и обретения полноценной жизни такими пациентами, в то время в значительной части обрекаемых на выпадение из социума, но это требовало творческого осмысле-

ния и применения имевшихся на тот момент возможностей хирургии и ее целенаправленного развития в русле решения специфических проблем конкретной области ее применения — от, прежде всего, наиболее частых видов поражения, до эксклюзивных случаев. Приобретенные знания и навыки он творчески развивал и применял, как в разработке принципов и приемов хирургической коррекции при поражениях опорно-двигательного аппарата, так и осложнений хирургического лечения и восстановительного периода вплоть до преодоления сложностей при социализации таких пациентов. Масштабный научно-практический и организационный, государственного уровня, подход в решении абсолютно прикладной животрепещущей проблемы и принес Генриху Ивановичу Турнеру признание, как выдающемуся отечественному ортопеду.

Разносторонняя деятельность Генриха Ивановича на ниве отечественной ортопедии характеризуется такими, ставшими классическими, трудами, как усовершенствование гипсовой техники Пирогова, работами об искривлении шейки бедра, о бехтеревской болезни позвоночника, о туберкулезном спондилите, о клинических формах послеоперационной жировой эмболии и многими-многими другими, ставшими необходимым этапом в развитии не только хирургии в целом, но и сопряженных с ней дисциплин — этапов долечивания и реабилитации. В последние годы жизни он занялся разработкой круга вопросов, связанных с нервными осложнениями при травмах, в поисках разгадки причин, лежащих в основе нарушения процессов заживления переломов, и путей обратного развития некоторых трофических расстройств.

**Им, одним из первых, были указаны необходимость и пути перехода от узких позиций механотерапии к утверждению лечебной гимнастики и массовому спорту, как мощному профилактическому средству (и это когда понятия о физической культуре фактически еще не существовало).**

Устремления Г.И. Турнера к решению проблем детского калечества получили свое реальное воплощение в 1894 г., когда он какое-то время, до возникновения «несогласия в убеждениях», по приглашению проф. Н.А. Вельяминова трудился и приобретал опыт в ортопедическом отделении Максимилиановской лечебницы. На его базе в 1897 г. по инициативе проф. Н.А. Вельяминова его ученицей док-



Публичная лекция д-ра Г. И. Турнера в Соляном городке (рисунки с натуры Э. Соколовского).

тором И.И. Чарномской была создана мастерская для обучения калек ремеслам. В последующем, это заведение приросло открытым на пожертвования 01 апреля 1900 г. на берегу Балтийского моря близ г. Виндава (ныне Вентспилс, Литва) санаторием им. императрицы Александры Федоровны, где с 1903 г., с продолжительностью курса от 3-х до 6 месяцев, находилось до 40 детей с костным туберкулезом в возрасте от 2 до 12 лет в зимнее время и до 70 — в летнее с хорошим положительным эффектом от комплексного лечения. Большая часть этих детей лечилась бесплатно, часть — частично оплачивала, и лишь незначительное число получали лечение платное. Со временем, попечительский совет обеспечивал и бесплатный проезд на лечение в санаторий и обратно. Данное заведение явилось первым опытом целенаправленной социализации калек в нашей стране. Опыт, приобретенный в нем Генрихом Ивановичем, позволил ему проникнуться важностью и благодарностью решения проблем поэтапного лечения детей-калек в комплексе с параллельно проводимыми мерами, нацеленными на последующую их социализацию, в т.ч. и путем профессионального обучения. Он активно включился, а со временем, как творческая, государственно мыслящая, деятельная личность, и возглавил движение за целесообразное призрение детей-калек в дореволюционной, а потом и молодой Советской России, в СССР.

В 1904 г. проф. Г.И. Турнер, к тому времени признанный ортопед и травматолог, возглавлявший созданную им в 1900 г. первую в истории России кафедру и клинику ор-

топедии, был приглашен в первое в истории России профилированное учреждение для детей калек, учрежденное 2 декабря 1890 г. Василеостровским отделом Петровского Общества синего креста попечения о бедных и больных детях (членом которого он состоял) «Приют детей-калек и паралитиков» на Лахтинской, 12. Это заведение, существовавшее на средства частной благотворительности, первоначально давало призрваемым в нем детям только кров и питание, с приходом Генриха Ивановича характер деятельности учреждения коренным образом изменился. Возглавляемая им ортопедическая клиника начала активную работу с воспитанниками приюта с замечательными для тогдашней России результатами. Генрих Иванович был в курсе успехов в деле целесообразного призрения детей-калек в Западной Европе и в мире и широко использовал эти знания, взяв за основу и опираясь, прежде всего, на датский и немецкий опыт. Это находит отражение в анализе положения призрения детей-калек в России и пожеланиях, высказанных им в 1910 г. в выступлении на I Съезде русских деятелей по общественному призрению «Основные начала призрения калек как такой категории неимущих, которая подлежит обязательному призрению со стороны государства»:

*«1. В России рациональное призрение детей-калек является делом почти не початым. О существовании специальных детских приютов кроме Петербургского, не известно.*

*2. Правительственных начинаний в этом смысле пока совсем не существует.*

*3. Призрение детей-калек не имеет исключительной целью обеспечить даровой приют, но стремится помочь им в исправлении и облегчении физических уродств, в воспитании и обучении наукам и ремеслам.*

*4. Печальной стороной организации богаделен является пребывание детей-калек совместно со взрослыми. Это обстоятельство следует считать одним из самых вредных.»*

И далее, — «желательно и необходимо» (здесь формулируется то, что было принято в законодательном виде, так называемой «прусской нормой» в 1920 г. — прим. автора):

*1. Желательно собрать наиболее полные сведения о числе и видах калек в Государстве.*

*2. Организация помощи детям-калкам — дело государственной важности, а по сему желательно участие в нем как правительственных, так и общественных организаций (данное положение было принято III-ей Международной конференцией по вопросу о калечных детях в Будапеште в 1936 г., как наилучшая система помощи — государство + общественные организации — прим. автора).*

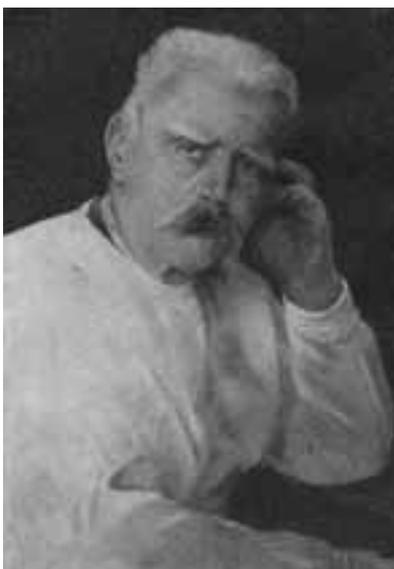
*3. Следует различать 2 типа учреждений для калек — институты с клиниками и приюты для не способных к труду калек, но и в них должно быть врачебное наблюдение.*

*4. Правительство и частные учреждения должны помогать в приискании для бывших питомцев приютов занятий — трудоустройства.»*

**Необходимо отметить, что в Германии, после того как доктор Rosenfeld (Мюнхен) путем арифметических расчетов было установлено, что вложение в реабилитацию детей-калек окупается вдвое за вре-**

**мя их активного труда и частичного и полного самообеспечения и самообслуживания, — начала активно создаваться самая лучшая в мире система целесообразного призрения детей-калек.**

Началось все с 1905 г. с создания доктором Konrad Biesalski Союза по борьбе с увечностью и Общества призрения увечных, при котором был создан приют для призрения увечных детей первоначально всего на 8 коек. Следующим шагом было проведение в 1906 г. по инициативе и поддержке упомянутых обществ, а также при участии и под эгидой Общества ортопедов-хирургов важнейшей акции — полной переписи детей-калек в стране. Это позволило установить, что до 85% таких детей, при условии их целенаправленного призрения — полностью (т.е., повзрослев, становятся полностью самостоятельными благодаря обучению правильно подобранной профессии) или частично социализируемы. Это побудило законотворческую деятельность, направленную на решение проблем целесообразного призрения детей-калек в отдельных субъектах Германии и в стране в целом. Венцом и образцом для Германии и всего мира был признан принятый в 1920 г. Пруссией закон. В нем были обобщены все имевшиеся к тому моменту отечественные и зарубежные опыт, аналогичные законы и системы призрения. С его введением дети-калеку в возрасте до 15 лет подлежали опеке Комитета заботы о подрастающем поколении, которому надлежало заботиться об избавлении детей от увечья, о лечении, воспитании и приучении к труду, и только в крайнем случае — их призрение. Имевшиеся в распоряжении Комитета окружные врачи обязывались выявлять таких детей в округе через врачей, акушеров, учителей и т.д., последние, под страхом существенных штрафных санкций, обязаны были сообщать о каждом ребенке. Санкциям подвергались и родители, не добросовестно относящиеся к исполнению своего долга перед такими детьми. Дважды в год окружной врач обязывался проводить дни обследования, когда дети-калеку осматривались и им определялся объем необходимой помощи: стационарная, амбулаторная, помещение в воспитательно-школьное учреждение или призрение. В итоге, начавшаяся в 1905 г. в Германии с 8 коек система в короткие исторические сроки к 1926 г., насчитывала 78 стационаров по призрению общей коечной мощностью 10877 и 32 диспансера с медицинским персоналом общей численностью в 1056 человек и хозяйственным персоналом — до 1805 чел., и это, не считая частные объединения, существовавшие на средства отдельных меценатов и пожертвования. Из сопоставления дат становления самой прогрессивной Германской системы призрения с датами учреждения элементов подобной системы в России и процитированного выступления Г.И.Турнера (1910 г.), следует, что он был в курсе передовых достижений и последних веяний в избранной им области, в чем-то шел параллельно им, а в чем-то и опережал, творчески применяя зарубежный передовой опыт в существующей действительности нашей страны.



В стремлении приведения службы целесообразного призрения детей-калек в соответствие передовым достижениям Генрих Иванович критически характеризует ситуацию в нашей стране на примере уклада приюта на Лахтинской,12, где, на момент выступления, больные туберкулезом находились вместе с остальными калеками. С прискорбием он констатировал, что в существующем виде эти учреждения — «складочное место» для бездоленных детей. *«Облегчение перехода в лучший мир является грустным результатом благих начинаний, парализуемых несоответствием между имеющимися силами и размахом деятельности. Недостаток врачебной помощи и соответствующих для нее обстановки подвергает этих детей в условия покорности своей судьбе, отданной в руки тех, кто желает им добра, но стеснен недостатком средств».*

Со временем, из приюта на Лахтинской,12 вырос пятисоткоечный Научно-исследовательский детский ортопедический институт имени Г.И.Турнера, отметивший в декабре 2015 г. свое 125-летие. А в структуру, сопоставимую по идеологии с созданным гораздо раньше под Берлином проф. К. Biesalski центром, он сформировался к 30-м годам, но коечной мощностью на тот момент всего в 130 коек. Однако трудно переоценить роль данного учреждения для нашей страны: институт на многие годы оставался практически единственным в своем роде на огромную страну, являя собой пример как оптимального этапного лечения, так и широких возможностей социализации таких детей и абсолютной целесообразности такого подхода.

Доклады проф. Г.И.Турнера 1910 г., а, в последствии, на 17 лет позже (1927 г.), — проф. Соломона Владимировича Кофмана, одного из основоположников фтизио-ортопедии в г. Одесса, — как нельзя более полно характеризуют положение, установившееся на многие годы в отношении к проблеме призрения детей с ограниченными возможностями в нашей стране — подвижничество и «отсутствие прочного бюджета», вследствие пренебрежительного отношения к финансированию проблемы государством. С приходом Советской власти полностью исчезла благотворительность, составлявшая важнейшую часть в поддержке данной части населения и учреждений, их призревающих. У государства на многие годы постоянно были, в том числе и по объективным причинам, более важные проблемы. Отношение к калекам трагично характеризует то, как поступили с людьми, покалеченными в Великой отечественной войне, свезя их в Соловецкий лагерь, слегка преобразив его, но, по сути, сослав туда героев. Чего уж говорить о детях, не имеющих заслуг перед государством и народом. Циркуляры и Постановления об открытии в крупных городах домов увечного ребенка, не будучи подкрепленные материально, выполнялись крайне медленно и воплощались весьма формально. И тем драгоценней то, что удалось сделать, создать, развернуть Генриху Ивановичу Турнеру, явив стране образец этапной системы целесообразного призрения детей-ка-



лек с проблемами в системе опорно-двигательного аппарата во главе с профильным научно-исследовательским институтом — научно-практической базой наработки передового опыта и кузницей профильных кадров.

Что касается другой части детей-инвалидов: с нарушениями зрения, слуха, речи, умственного развития, — проблемы их также решались, по мере развития системы призрения, через богадельни, приюты, позже — интернатные учреждения. При этом подвижники на ниве рационального призрения детей-калек первой половины XX века Г.И. Турнер, (1927) и М.З. Левинсон-Мазель (1930) отмечали, что, по сравнению с детьми физически отягощенными, для детей слепых, глухих, немых, глухо-немых и с легкой степенью умственной отсталости имеется и расширяется сеть школ в структуре Наркоматов образования и соцобеспечения, конечная цель которых — обеспечение социализации таких детей с путем представления возможности активного труда во взрослой жизни в рамках приемлемых профессий с последующим их трудоустройством. Однако лишь в 1979 г., видимо, когда стало окончательно ясно, что светлое будущее откладывается на необозримый срок, — в нашей стране нормативно был введен термин ребенок-инвалид, и такие дети обрели официальный статус с закрепленным за ними правом на социальную пенсию. И с 1980 г. началась вестись официальная статистика, но только тех детей, которым назначалась пенсия, что не понятно каким образом соотносится с реальным числом детей-инвалидов.

Разноплановая научно-практическая, организационная и подвижническая деятельность Генриха Ивановича была высоко оценена как до, так и после революции: он был пожалован чином действительного статского советника (чин IV класса, уровня директора департамента, губернатора, равен генерал майору в армии, часто назывались штатскими или статскими генералами, обладатели этого ранга автоматически получали потомственное дворянство). Этот чин сам по себе — свидетельство замеченного и отмеченного государством выдающегося организаторского таланта Генриха Ивановича, масштаба научного гения и плодов неустанных трудов его на благо страны, что подтверждают и ордена Св. Анны и Св. Станислава, а также звание Заслуженного деятеля науки (1927 г.), и орден Красной звезды, полученный им уже при Советской власти. Его имя было присвоено его детищам — ортопедической клинике Военно-медицинской академии и детскому ортопедическому институту, на стенах медицинских учреждений, где довелось работать этому удивительному человеку, свершенного которым хватило бы на многие иные жизни, были открыты памятные доски, а во дворе кафедры ортопедии Военно-медицинской академии в 2000 г. установлен бюст... Но... лучшим памятником Генриху Ивановичу стала бы отлаженная, четко функционирующая система призрения детей-инвалидов, начиная от активного их выявления и полного учета и заканчивая целенаправленной их социализацией, которой были бы



подчинены лечению и реабилитация на всех этапах: амбулаторно-поликлинический — стационарный — санаторно-курортный, — чего, к огромному сожалению, нет по настоящее время, начиная с полномасштабного учета таких детей. В то время как учтенное их число в стране исчисляется несколькими сотнями тысяч с легкой тенденцией к росту при сокращении численности детского населения, реальное их количество может достигать нескольких миллионов (исходя из опыта развитых стран с гораздо лучшей эпидемиологической ситуацией, где такие дети составляют 10–12% от детского населения).

Не стало Генриха Ивановича 20 июля 1941 года, он был похоронен в Санкт-Петербурге на Большеохтинском кладбище. Но память об этом выдающемся, по масштабам его личности и наследия, человеке, плоды трудов его — живы, и имя его остается в одном ряду с его великими современниками, подвижниками на поприще медицины и такой дорогой ему и нам всем (и как врачам, и как родителям) области — педиатрии.

Горько говорить, но то, как прошел для страны и медицинской общественности его предыдущий юбилей, есть отражение отношения и к детям-инвалидам в стране: Россия впадает в беспамятство, теряет свои моральные маяки на все времена, ориентиры для живущих и грядущих поколений! Хочется, чтобы такие люди продолжали жить для всех россиян благодарной памятью, как доктор Фридрих-Йозеф (Федор Петрович) Гааз (24.08.1780–16.08.1853), чья могила на Немецком кладбище в Москве в любой день, когда не приди, всегда усыпана цветами, Бог с ним государством, но это — **Наша Память, Наше Богатство!** Нельзя их отдавать навязываемому нам забвению... Только тогда, со временем, станет так, как мечтали такие люди: чтобы благоденствовали **Наши Дети... Наши Люди... Наша Страна...** ☺

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Г.И. Турнер. Избранные произведения. / Под ред. Проф. Д.А. Новожилова. — МЕДГИЗ, Ленинградское отделение, 1958, 218 с.
2. Бондарь В.И. Реабилитация детей-инвалидов: становление понятий, пути развертывания службы // Права ребенка. — 2004. — № 1 (10). — С. 15–24.
3. Бондарь В.И., Гудинова Ж.В., Иванова А.Е. Дети-инвалиды, к вопросу о региональных особенностях их учтенного количества // Бюллетень института общественного здоровья, 2007, вып. 4, с. 62–74.
4. Бондарь В.И. Генрих Иванович Турнер — организатор государственной системы призрения детей калек. // Медицинская профессура СССР. — М., 2009, с. 51–53.
5. Бондарь В.И. Забота о слабом — архаизм или необходимость? Права ребенка-инвалида в нашей стране нарушаются уже с нарушения его права на присвоение данного социального статуса. // Пяти минутка, 2009, № 1 (6), с. 4–8.



**Филатова Е. И.,**  
кандидат медицинских наук, доцент,  
заведующая радиотерапевтическим отделением № 2,  
Санкт-Петербургский городской клинический  
онкологический диспансер, Санкт-Петербург, Россия

## ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ: ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

**В** Санкт-Петербурге на учете у районных онкологов состоит 125 000 онкологических пациентов. Ежегодно в нашем городе выявляется 18 000 новых случаев онкологических заболеваний. Сложно представить, что чувствует человек, услышавший диагноз «рак». Реакция у пациентов бывает диаметрально противоположной. Кто-то считает это приговором и готовится к худшему, кто-то, наоборот, настраивается на борьбу с тяжелым недугом и победу.

Борьба с болезнью будет эффективной, если незамедлительно обратиться в специализированное медицинское учреждение, обладающее всеми возможностями применения современных методов лечения рака: хирургией, химиотерапией и лучевой терапией, где в самом начале лечения профильная комиссия из высококвалифицированных специалистов определит индивидуальный план лечения и последовательность необходимых мероприятий. Кроме того, на каждом этапе врачи отделения будут заботиться не только об избавлении пациента от онкологического заболевания, но и о сохранении и улучшении качества его жизни.

На догоспитальном этапе, наряду с врачами поликлиники, в Городском клиническом онкологическом диспансере к работе с пациентом и его родственниками подключаются медицинские психологи. На базе поликлинического отделения (2-ая Берёзовая аллея, д.3/5) создана медико-психологическая реабилитационная служба под руководством медицинского психолога Светланы Александровны Проценко, где оказывается психологическая помощь онкологическим пациентам в виде индивидуального, семейного и группового консультирования. Индивидуальное консультирование помо-

жет справиться с состоянием беспомощности и одиночества, которое обычно возникает после того, как человек узнаёт об онкологическом диагнозе. Во время консультирования появляется возможность отыскать в себе внутренние и внешние ресурсы для приобретения контроля над болезнью. Основная цель семейной терапии — снижение общесемейного эмоционального напряжения, адаптация семьи к ситуации болезни онкологического пациента. Медицинские психологи при необходимости сопровождают пациента и его родственников на всем протяжении лечения, а также после его окончания. Но не только они заботятся об улучшении переносимости больными таких тяжелых методов, как, например, химиолучевое лечение, в котором нуждаются до 70% онкологических пациентов.

Врачи радиотерапевтического отделения № 2 постоянно стремятся к улучшению результатов лучевой терапии онкологических больных, путем совершенствования методик облучения. Большое внимание в нашем отделении уделяется качеству жизни пациентов, а, следовательно, профилактике и лечению ранних лучевых реакций и поздних лучевых повреждений. Для достижения этой цели в отделении разработан и постоянно используется целый комплекс мероприятий сопроводительной терапии.

В течение последние 5 лет в нашем отделении нашли широкое применение отечественные салфетки и гидрогелевые материалы «Колетекс», представляющие собой биоактивные полимеры природного происхождения с введенными в них лекарственными препаратами.

Пожилым, ослабленным больным со злокачественными новообразованиями женских



половых органов, которым, в силу различных обстоятельств, проведение химиолучевого лечения с применением парентерально вводимых радиосенсибилизирующих цитостатиков невозможно, мы применяем салфетки «Колетекс» с 5-фторурацилом, обладающие цитостатическими свойствами и радиомодифицирующим эффектом, основанным на способности синхронизировать клеточный цикл. Преимущества аппликационного применения салфеток «Колетекс-5-фтур» заключаются в высокой концентрации препарата в опухолевой ткани, пролонгированным действием в течение 1–3 суток, простотой применения и отсутствием токсичности. Это позволяет использовать данную методику как при наружном, так и при контактном облучении.

При местном применении препарата была отмечена его высокая эффективность в лечении раннего лучевого эпителиита, что позволяло избежать перерывов при проведении сеансов брахитерапии. В течение года местную химиотерапию получают около 100 пациенток с плоскоклеточными опухолями женской половой сферы и анального канала.

С этими же целями используется «Колетекс» с метронидазолом, часто в чередовании с «Колетексом-5-фтур». Применение салфеток с метронидазолом обеспечивает местную транспортировку лекарства-радиомодификатора и выборочное воздействие на радиочувствительность опухолевых и нормальных клеток. Салфетки с метронидазолом, создавая высокую концентрацию препарата в опухоли, обладают выраженным радиосенсибилизирующим действием при полном отсутствии токсического эффекта. 80% пациентов отделения включены в программу применения салфеток «Колетекс» с метронидазолом.

Широкое применение в отделении получили прекрасно зарекомендовавшие себя салфетки «Колетекс» с альгинатом натрия и димексидом, предназначенные для профилактики и лечения ранних лучевых реакций и поздних лучевых повреждений при проведении лучевой терапии злокачественных новообразований прямой кишки, предстательной железы, мочевого пузыря, опухолей головы и шеи и женских половых органов. Они используются нами в виде аппликаций при реакции со стороны кожи, а также вводятся в полости в виде микроклизм, инстилляций и полосканий.

За последние 5 лет в отделении получили лучевую терапию более чем 4000 пациентов со злокачественными новообразованиями различных локализаций, большей части которых рекомендовано применение салфеток и гелей «Колетекс» с альгинатом натрия и димексидом.

Нашли достойное место в нашей практике салфетки «Колетекс» с аминокaproновой кислотой. Простота применения, хорошая фиксация

гемостатического препарата на ткани и образование кровяного сгустка имеет большое значение для быстрой остановки кровотечения.

Для инфицированных поверхностных опухолей и ранних лучевых эпидермитов мы широко используем салфетки «Колетекс» с прополисом, которые обладают прекрасными сорбционными и антибактериальными свойствами, а также способствуют активации процессов регенерации и эпителизации тканей.

Наиболее частым осложнением лучевой терапии рака молочной железы являются ранние сухие и влажные эпидермиты, доставляющие страдания пациенткам и приводящие к вынужденным перерывам в лечении. В течение последних лет при облучении этих опухолей на протяжении всего курса мы используем препарат «Колетекс» с мочевиной. Представляя собой гель для наружного применения и обладая выраженным противовоспалительным, антимикробным и ускоряющим репаративные процессы в коже действием, препарат позволяет проводить полный курс облучения даже пациенткам с высоким риском повреждения кожи при значительном объеме молочной железы и сопутствующем сахарном диабете.

Применение комплекса мероприятий сопутствующей терапии позволяет нам проводить курсы лучевой терапии даже при местнораспространенных опухолях у пациентов с выраженной сопутствующей патологией и обеспечивать им хорошее качество последующей жизни.

Еще одним важным фактором, способствующим улучшению качества жизни наших пациентов, является наличие в Городском клиническом онкологическом диспансере отделения восстановительного лечения, руководимого доктором Беженар Жанной Ивановной. Основные направления работы отделения: профилактика и лечение послеоперационных осложнений, ликвидация осложнений радикального лечения (операций, лучевой и химио-гормонотерапии), лечение сопутствующих заболеваний, мешающих проведению специального лечения в полном объеме. В составе отделения имеются физиотерапевтический кабинет с возможностями электролечения, светолечения, магнитотерапии, ингаляций, прессотерапии, массажный кабинет, кабинет лечебной физкультуры. Медицинский персонал отделения помогает пациентам с опухолями молочной железы, тела и шейки матки, гортани, кожи и других локализаций избавиться от последствий лечения, таких как лучевой плексит, нарушения лимфооттока, боли в области послеоперационных рубцов, нарушения дыхания, тромбофлебиты, полинейропатии и др. и вернуться к нормальной полноценной жизни. Все это и многое другое помогает нашим пациентам понять, что рак — это не приговор, рак — это болезнь, которую можно и нужно победить.



## НАПРАВЛЕННАЯ ДОСТАВКА ЛЕКАРСТВ К ОЧАГУ ПОРАЖЕНИЯ

### Колегель

Гидрогелевые материалы с лекарственными препаратами

- с диоксидином и лидокаином
- с димексидом и альгинатом натрия
- с деринатом и лидокаином
- с альгинатом натрия, е-аминокапроновой кислотой и лидокаином
- с альгинатом натрия, димексидом и интерлейкином — 1 бета (в т.ч. эффективны при папилломовирусной инфекции кожи и вирусе простого герпеса)

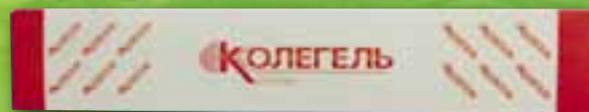
### Колетекс

Лечебные салфетки и пластыри:

- с фурагином
- с диоксидином и лидокаином
- с гентамицином, гидрокортизоном, димексидом и мексидолом
- с прополисом
- с деринатом
- с прополисом и фурагином
- с мочевиной противоотечная
- с хлоргексидином

### Успешное применение в таких областях медицины, как:

- Первая помощь
- Хирургия
- Флебология
- Ревматология
- Оториноларингология
- Стоматология и челюстно-лицевая хирургия
- Дерматовенерология
- Гинекология и акушерство
- Проктология
- Онкология и радиология



Сделано в России

Производитель — ООО «КОЛЕТЕКС» г. Москва. Сайт: [www.coletex.ru](http://www.coletex.ru)

Официальный диллер — ООО «Аврора». Оптовая продажа: тел. (812) 448-36-31, 922-37-53

e-mail: [avrora-peterburg@mail.ru](mailto:avrora-peterburg@mail.ru). Сайт: [www.avroramedical.ru](http://www.avroramedical.ru)

Розничная продажа: тел. аптек: 327-10-08, 346-04-44, 786-11-48, 554-20-07, 387-62-31

РУ № ФСР 2007/00894 от 15.10.2007 г., Патент РФ № 2352359 от 24.10.2007 г.

# ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ



Шевчук Ю. А.,  
преподаватель ПСПбГМУ им. Акад. И. П. Павлова,  
Санкт-Петербург, Россия

## КОММЕРЧЕСКАЯ И НЕКОММЕРЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА: ПРОБЛЕМЫ СОСУЩЕСТВОВАНИЯ

Из истории известно, что отдельные отрасли некоммерческого здравоохранения возникли еще в период раннего Средневековья. Отдельные лечебные учреждения, больницы и госпитали находились под эгидой церкви и существовали на доходы от пожертвований частных лиц. Впоследствии к финансированию медицинских учреждений стали подключаться государственные и муниципальные власти. Из центральных и местных бюджетов выделялись существенные суммы на нужды медицинского образования, вакцинации, здравоохранения, научных исследований. К началу XX в. во многих странах действовала развитая система некоммерческого здравоохранения. Казалось, что время частной медицины прошло, и ей на смену пришла государственная, некоммерческая медицина.

В целом ряде государств социалистического лагеря после Второй мировой войны была выстроена система здравоохранения, в которой не было места медицинскому бизнесу. Идеологи некоммерческой медицины указывали на недостатки частного здравоохранения, которые, казалось, подрывали сами основы лечебного дела. Так, например, указывалось, что коммерческий интерес врача ограничивал доступ к качественным медицинским услугам малоимущих граждан, приводил к навязыванию дорогостоящего лечения и лекарственных препаратов, нарушению медицинской этики и клятвы Гиппократова.

Устранить эти недостатки и злоупотребления была призвана государственная медицина, в которой сам коммерческий интерес и предпринимательская инициатива врача изначально исключались организационными и административными мерами.

Многолетний опыт функционирования системы здравоохранения, основанной только на государственной и муниципальной форме собственности лечебных учреждений, показал, что некоторые недостатки частной ме-

дицины действительно удается нейтрализовать. Однако в государственном здравоохранении начинают увеличиваться и появляются пороки иного характера — безынициативность, халатность, снижение врачебной дисциплины, ненадлежащее отношение к своим обязанностям и пациентам. В условиях хронической нехватки средств государственная система здравоохранения страдает от дефицита лекарственных препаратов, кадрового дефицита, особенно, среднего и младшего медицинского персонала, недостатка профильных лечебных учреждений.

Подобные условия порождают «внутреннее предпринимательство» медицинских работников, которое носит, разумеется, незаконный характер.

Интересный факт — в среднем по стране, затраты государства на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) (в основном, в виде современного оборудования) выше в 1,5–2 раза, чем в средней частной клинике. Это касается всех видов ВМП, включающей в себя лечение и диагностику по целому ряду профилей: абдоминальную хирургию, акушерство и гинекологию, гастроэнтерологию, онкологию, нейрохиргию, трансплантацию органов и тканей, сердечнососудистую и торакальную хирургию, эндокринологию и т.д. Получается, что государственные учреждения здравоохранения эксплуатируют это высокотехнологичное оборудование в 5 раз менее эффективно, чем частные медицинские центры.

Нельзя также оставлять в стороне вопрос о платежеспособности как населения в целом, так и отдельных групп людей, страдающих теми или иными заболеваниями. В условиях низких доходов населения стимулы для развития частной медицины в значительной степени снижены. Потенциальные пациенты не в состоянии оплачивать дорогостоящие операции, диагностику и услуги высокопрофессиональных специалистов. В то же время системы обязательного и добровольного медицинского страхова-

ния при недостаточных отчислениях в соответствующие бюджеты юридических и физических лиц также функционируют неудовлетворительно. Аналогичным образом проблемы государственного и частного финансирования касаются всей медицинской инфраструктуры — аптечного и фармакологического бизнеса, образования и рынков труда медработников, системы обеспечения лекарственными препаратами инвалидов и людей преклонного возраста. Бюджетные ограничения вынуждают государство сводить к известному минимуму перечень предоставляемых бесплатных и льготных препаратов для всех категорий граждан. А это означает, что больные получают более дешевые и менее эффективные процедуры и препараты, чем могли бы получить за наличные деньги.

Иными словами, некоммерческая медицина почти в полной мере ориентирована на государство и на средства государственного бюджета, которые всегда ограничены.

Поэтому вопросы, которые ставит жизнь, необходимо обсуждать на самом высоком государственном уровне. Ведь совершенно понятно, что делить медицину на рыночную и государственную принципиально неверно. Заняв обширную часть медицинского рынка, коммерческая медицина стала частью системы здравоохранения стра-

ны, выполняя общие задачи по оздоровлению населения, зачастую выполняя эти задачи существенно лучше. Привлекая частные медицинские центры к работе по ОМС, можно, сэкономив огромные государственные средства, увеличить доступность высокотехнологических медицинских услуг для широких слоев населения.

Практика работы медицинской отрасли во многих странах мира свидетельствует, что в наибольшей степени потребностям населения отвечает та система здравоохранения, которая прочно стоит на двух ногах — как на государственной, так и на частной медицине, которые гармонично дополняют друг друга. Конкуренция между этими двумя сегментами здравоохранения помогает выявлять наиболее жизнеспособные и передовые формы организации медицинской деятельности, определять перспективные и приоритетные направления развития отрасли. ☺

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Журнал «Коммерческая и некоммерческая медицина», сентябрь, 25, 2011
2. Коробов АА. Парадоксальная диагностика. Больше не значит — лучше.

### Уважаемые коллеги!

*Издательский Дом «СТЕЛЛА» и Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество»*

приглашают вас к участию в семинарах по темам:

**«Новые достижения современной медицины»,  
«Зарубежные курорты и зарубежная медицина»,  
«Альтернативная и традиционная медицина»**

На семинарах представляются эксклюзивные авторские проекты и практические разработки отечественных и зарубежных специалистов — авторов научно-практического журнала «Пятиминутка».

#### Темы семинаров:

- Часто болеющие дети
- Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)
- Термальные курорты Венгрии
- Спелеотерапия (пещерная терапия)
- Правильная вода и правильное питание
- Биоэнергетика — дистанционная диагностика и лечение
- Народные целители
- Кошкотерапия

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

**Мамаева М. А.,**

кандидат медицинских наук,  
Руководитель Общества специалистов «Международное  
медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА,  
консультант Медицинского центра «О-три» при Институте  
восстановительной медицины, Санкт-Петербург, Россия

## ДИСБАКТЕРИОЗ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

В настоящее время в среде врачей можно услышать диаметрально противоположные мнения о проблеме дисбактериоза. Одни врачи относятся к данной проблеме с определенной долей фанатизма, делая из этого состояния дисбаланса микрофлоры организма настоящего «монстра» современности, другие считают эту проблему надуманной, не заслуживающей внимания. А некоторые коллеги высказывают наиболее странное мнение: «Дисбактериоз есть у всех, лечить его бесполезно, а потому заниматься этим не имеет смысла».

Кто прав? Вероятно, никто. Как говорится, правда лежит где-то посередине.

Но стоит задуматься, почему несколько десятилетий назад проблема дисбактериоза не только не звучала, но мало кто вообще знал о ее существовании, и почему сейчас так много споров о дисбактериозе не только в научных, медицинских кругах, но и среди просвещенных пациентов? Иными словами, откуда эта проблема к нам пришла?

Эра антибиотиков началась не так давно. Но именно тогда, с применением первых пенициллинов, человечество впервые столкнулось с побочными действиями антибиотикотерапии. Одно из них — дисбактериоз. С появлением новых поколений антибиотиков и бесконтрольным применением их дисбактериоз как явление получил самое широкое распространение. В результате с этой проблемой столкнулись не только гастроэнтерологи, педиатры и терапевты, но и гинекологи, урологи, стоматологи и другие специалисты, т.к. дисбактериоз — как правило, не строго локализованное состояние.

Антропогенное воздействие на природу привело к ухудшению экологии и, что самое печальное, к нарушению экологии питания. Пища современного человека значительно отличается от того рациона, который употреблял человек в 18–19 вв. и даже в 20 веке. Применение химических удобрений в овощеводстве, кормовых добавок в животноводстве, синтетических пищевых добавок при производстве продуктов питания привело к тому,

что значительно увеличилось количество обменных нарушений в организме современного человека, что создает дополнительные условия для развития дисбактериоза.

Наконец, в последние 2–3 десятилетия в связи с усилением процессов миграции населения, бурным развитием туризма, устремлением наших соотечественников на дорогие южные зарубежные курорты с непритязательной кухней, врачи столкнулись с большим количеством последствий перенесенных нашими туристами кишечных инфекций и отравлений. Одним из таких последствий, конечно, является дисбактериоз кишечника.

Напомним, что манифестация дисбактериоза кишечника, как правило, сопровождается очень неприятными симптомами: метеоризмом, нарушением стула, чаще склонностью к жидкому стулу со зловонным запахом, болями в животе по типу кишечных колик. На этом фоне нередко проявляются кожные аллергические реакции вплоть до экземы, лечение которых, как правило, дает лишь кратковременный эффект. Дисбактериоз кишечника может также проявляться запорами, что ведет, помимо неприятных ощущений, к хронической интоксикации организма. Как следствие, кожные покровы становятся сухими, приобретают серый оттенок, под глазами появляются «тени», отечность, отмечается повышенная утомляемость, слабость, понижение настроения и т.д.

Длительно не корригируемый дисбактериоз может быть причиной не только аллергических реакций, но и снижения иммунитета и частой простудной заболеваемости, особенно, у детей, а также выраженной патологии со стороны органов пищеварения.

Учитывая все выше сказанное, становится очевидным, что проблему дисбактериоза не стоит игнорировать. Поэтому при выявлении признаков дисбактериоза рекомендуется своевременная и грамотная коррекция дисбаланса микрофлоры, а при угрозе развития дисбактериоза — профилактика с помощью эффективных пре- и пробиотиков.

Прежде чем обсуждать те или иные методы коррекции дисбаланса микрофлоры, хотелось бы обратить внимание

на необходимость диагностических мероприятий, в частности, посева кала на дисбактериоз с одновременным определением чувствительности выявленной условно патогенной и патогенной микрофлоры к кишечным антисептикам, бактериофагам, пробиотикам. Результат такого анализа поможет правильно составить программу коррекции.

В целом, программа коррекции дисбактериоза состоит обычно из следующих этапов:

1. Энтеросорбция — от 3–5 до 10 дней, в зависимости от проявлений дисбактериоза, его степени.
2. Этиотропная коррекция — бактериофаги и энтеросептики, в зависимости от результатов посева на чувствительность флоры, — по 7–10 дней курс одного препарата. Иногда приходится назначать несколько последовательных курсов бактериофагов / энтеросептиков.
3. Пребиотик — до 3 недель, с целью создания благоприятной питательной среды для нормальной микрофлоры.
4. Пробиотики, т.е. препараты, содержащие представителей нормальной микрофлоры организма, от 2–3 недель до 2–3 месяцев, иногда более продолжительный курс.

Если данная последовательность нарушается, то порой коррекционные мероприятия теряют всякий смысл.

Энтеросорбция необходима как этап очищения кишечника от накопившихся токсинов, аллергенов и других совершенно не нужных организму веществ, а также для подготовки «территории» для собственно коррекционных мероприятий.

Требования к современным энтеросорбентам: хорошая эффективность, высокие сорбционные качества, минимум побочных действий, к примеру, отсутствие влияния на моторику кишечника, избирательное выведение веществ, к примеру, сохранность минералов и витаминов в организме, хорошие вкусовые качества, отсутствие возрастных противопоказаний, удобные формы выпуска, легкость дозирования. В последнее время стали очень популярны гелевые и эмульсионные формы энтеросорбентов, удобные для применения у пациентов любого возраста.

Второй этап проводится сразу после энтеросорбции. Если выявленная флора имеет чувствительность к определенным энтеросептикам и одновременно к бактериофагам, то предпочтение отдается бактериофагам, т.к. это продукт натурального происхождения, своеобразное «биологическое оружие», при этом следует назначать именно тот штамм бактериофага, на который выявлена чувствительность. Имеет значение даже производитель.

После этиотропного воздействия на патогенную или чрезмерно разросшуюся условно патогенную флору закономерно следует этап насыщения просвета кишечника питательными веществами и волокнами, жизненно необходимыми для роста и развития нормальной микрофлоры, для которой после двух предыдущих этапов, наконец, появляется дополнительное пространство.

И, наконец, когда и пространство готово, и питательная среда, наступает самый главный этап коррекции дисбактериоза — насыщение организма нормальной микрофлорой. Только при заранее созданных для нее благо-



[www.relalive.ru](http://www.relalive.ru)

**РЕЛА Лайф®**

Пробиотик с первого дня жизни

**Источник лактобактерий *Lactobacillus reuteri*, выделенных изначально из женского грудного молока**

- Всего 5 капель в день
- Не требуют хранения в холодильнике
- Не имеют выраженного вкуса и запаха



RU 77-99-88-003.E.008754.09.15 от 02.09.2015

**НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ**

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ

РЕКЛАМА



приятных условиях микрофлора способна не только задержаться в кишечнике, но и развиваться, выполняя свои природой обусловленные функции: участие в процессе пищеварения, поддержании иммунитета и т.д.

Считается, что самые эффективные пробиотики — в жидкой форме. Именно в таком состоянии микрофлора лучше сохраняет свои свойства и, попадая в просвет кишечника, практически сразу включается в работу. Одним из наиболее хорошо зарекомендовавших себя является препарат «РЕЛА ЛАЙФ»® финской компании VERMAN. Это жидкий пробиотик, который легко дозируется — суточная доза составляет 5 капель. Основным компонентом препа-

рата является представитель нормальной лактофлоры — *Lactobacillus reuteri* Protectis™ (*Lactobacillus reuteri* DSM 17938). *Lactobacillus reuteri* — одна из наиболее изученных лактобактерий в мире, эффективность которой подтверждена данными более 100 клинических исследований. Возрастных ограничений капли «РЕЛА ЛАЙФ»® не имеют и рекомендуются детям с первых дней жизни. Рекомендуемый курс — 1 месяц. Обычно для эффективной профилактики и коррекции дисбактериоза достаточно двух курсов в год.

Своевременное выявление дисбиотических нарушений и грамотная их коррекция способствуют поддержанию здоровья на должном уровне. ☉

### АНОНС

**Общество специалистов:**

*«Международное медицинское сотрудничество»  
При Издательском Доме СПЕЛАА*

**Информирует о начале нового направления работы  
в рамках международного сотрудничества:**

## ЗАРУБЕЖНАЯ НЕДВИЖИМОСТЬ

- Покупка жилой и нежилой недвижимости (с коммерческой целью или с целью постоянного и временного проживания) на территории, прежде всего, самых известных курортов Венгрии, включая столицу – город Будапешт.
- Полное юридическое сопровождение «под ключ».
- По желанию – обеспечение последующего дистанционного управления зарубежной недвижимостью (сдача в аренду, оплата коммунальных услуг и налогов и т.д.).

Венгрия — страна-курорт в центре Европы, обладающая огромным богатством природных оздоровительных факторов, прекрасным климатом и красивыми пейзажами, страна заповедников и исторических достопримечательностей, страна гостеприимного жизнерадостного народа, страна европейского сервиса и качественной медицины.

Это очень уютное место для отдыха и проживания пенсионеров, а также для деловых людей, нуждающихся в оздоровлении и быстром восстановлении сил.

**Наш деловой партнер — WESTINVEST Group  
(«Недвижимость в Европе», [www.westinvest.org](http://www.westinvest.org))**

**Справки по тел. 8-921-589-15-82,  
e-mail: [stella-mm@yandex.ru](mailto:stella-mm@yandex.ru)  
[www.stella.uspb.ru](http://www.stella.uspb.ru)**



Лебедева В. Д.,  
СПб ГБУЗ «Городская больница № 40»,  
Санкт-Петербург, Россия

## СТРЕСС И АТЕРОСКЛЕРОЗ

Стресс — это совокупность общих неспецифических реакций в ответ на действие повреждающего фактора, требующего мобилизации организма в целях поддержания гомеостаза.

В основе стресса лежит активация гипоталамических структур. Интенсивность стресса может быть оценена по подъему уровня КРФ и АКТГ, которые возрастают при стрессе примерно в два раза (А. И. Робу, 1982; Л. Ш. Зайчик, Л. П. Чурилов. 2008).

Длительный стресс чреват повреждением внутренних органов, при этом решающую роль играет сильнейшая адренергическая импульсация, сопровождающаяся снижением катехоламинов в головном мозге (Hidaka et al 1979).

Хронический психоэмоциональный стресс является одним из факторов риска атеросклероза, так как избыток глюкокортикоидов приводит к гиперхолестеринемии и увеличению синтеза в печени атерогенных липопротеинов низкой плотности и ведет к развитию вторичного иммунодефицита, сопровождающегося снижением уровня белка (А. В. Рубцевенко, 2006).

После перенесенного стресса показатель кальциевой контрактуры существенно возрастает вследствие работы мембранного кальциевого насоса, вызванного избытком кальция в сарколемме кардиомиоцитов (Nagles, 1979).

При стрессе секреция АКТГ повышается при подавлении синтеза катехоламинов с позицией теории «обратной связи».

В эксперименте на крысах была подтверждена известная гипотеза о соподчиненности подсистем супраренального и тиреоидных комплексов по вертикали: гипоталамус — гипофиз — эндокринная железа (Дж. К. Пальмер, 1982; А. И. Робу, 1982; Дж. Ф. Росси; А. Цанкетти, 1960).

При каждом стрессорном воздействии избыток катехоламинов влечет за собой активацию пол- и деосфолина, которые повреждают мембраны клеток (Меерсон, 1982). Повреждение липидного слоя приводит к изменению фосфолипидного и жирового состава биослоя мембраны, к уменьшению уровня ненасыщенных жирных кислот. В результате воздействия пол- накапливается активная форма кислорода (АФК), повреждающая клеточные мембраны.

При стрессе ввиду избыточной адренергической импульсации к сосудистой стенке, происходит сокращение мышечного слоя сосудистой стенки, что приводит его в тетаническое состояние, при этом эндотелий подвергается деформации, вслед за этим происходит агрегация тромбоцитов, на основе которой в присутствии холестерина формируется атеросклеротическая бляшка после распада липопротеинов.

АФК атакует ДНК, РНК и белки. Процесс заканчивается апоптозом клеток (А. В. Рубцевенко, 2006).

Исходя из всего вышесказанного, напрашивается вывод, что стресс следует отнести к одной из разновидностей вторичного иммунодефицита, а поэтому воздействие на процесс атеросклероза лежит в сфере психологии в том числе...



О курортах Венгрии, о лечебных и оздоровительных программах, показаниях и противопоказаниях для санаторно-курортного лечения, а также о достопримечательностях Венгрии вы можете узнать в книге

### «Курорты Венгрии глазами российских специалистов»

Книга вышла в свет в октябре 2015 года

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



**Бондарь В. И.,**  
доктор мед. наук, академик  
АМН, ФГАУ «НЦЗД»  
Минздрава России

**Малькова Г. А.,**  
МЗ РФ, Москва, Россия

**Модестов А. А.,**  
доктор мед. наук, профессор,  
ФГАУ «НЦЗД» Минздрава  
России

## ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА (ПО ИТОГАМ 2013 Г.)

Центры здоровья для детей (ЦЗД) начали активно разворачиваться в нашей стране с 2011 г. Происходит это в рамках мирового, обозначенного для национальных систем здравоохранения документами ВОЗ и ООН тренда на последовательную борьбу с неинфекционными заболеваниями, вышедшими на ведущие позиции среди причин смертности в мире [10]. Данная стратегия органично ложится на давно закрепившуюся в нашей стране и поддерживаемую на всех уровнях профилактическую доктрину отечественного здравоохранения. Первоначально принятый пакет нормативных документов по центрам здоровья обслуживал практически исключительно интересы взрослого населения страны и лишь декларативно был обращен к детскому. Потребовались дополнения и поправки основного по этим подразделениям Приказа МЗ СР РФ от 19.08.2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака», последовавшие сразу следом за его выходом в свет [1–7]. Попытка адаптации нормативной базы под особенности детского контингента позволила запустить процесс развертывания и деятельности ЦЗД, но не приспособила под детей с 0 лет штатное оборудование, штатное расписание, формы отчетности..., — что сохраняется по настоящее время [12, 14]. И Северо-Западный Федеральный округ (С-З ФО) в этом важнейшем вопросе — заложник ситуации в стране в целом [13, 14].

Нами были обработаны собираемые, согласно Письму МЗ РФ от 18.02.2011 г. № 15–2/10/2–1642 (о предостав-

лении информации о деятельности Центров здоровья для детей), данные отчетности ЦЗД С-З ФО за 2013 г. Выбор года обусловлен тем, что, если в 2011 г., год активного развертывания сети ЦЗД в стране, открылись 194 подразделения, то 2012 г. добавил всего лишь несколько ЦЗД, а в 2013 г. их количество достигло 204, с 2014 года на территории нашей страны работают 228 ЦЗД.

Находившиеся в первые годы в вынужденно стихийном поиске путей и форм решения задач практической деятельности в конкретных разнообразных условиях на местах, что не прописано сколь-нибудь определенно в имеющейся по настоящий момент нормативно-методической базе, учреждения к 2013 году наработали какие-то предпочтительные для них алгоритмы работы, что позволяет предположить некоторую стабилизацию их положения, определенность в работе и в характере подаваемых отчетных данных. Полученные за этот год данные, на наш взгляд, более соответствуют реалиям деятельности ЦЗД, как штатного подразделения, вразумительности сформированной нормативной базы и адаптации ее к местным условиям.

С-З ФО объединяет обширнейшие территории севера и северо-запада европейской части России. Это четвертый по площади ФО страны (9,9% ее территории), который расположился на 1 677 900 км<sup>2</sup>. На конец 2013 г. в его 11 субъектах, включая административный центр округа — Санкт-Петербург, было развернуто 22 ЦЗД, что составляло 10,8% от числа ЦЗД в стране (204) или 3-е место среди ФО. Распределились они следующим образом: Санкт-Петербург — 7 ЦЗ, Республики Карелия — 1 ЦЗ и Коми —

2, Ненецкий автономный округ, входящий в Архангельскую обл., — 1 ЦЗ, Архангельская — 2, Вологодская — 2, Мурманская — 2, Ленинградская — 2, Новгородская — 1, Псковская — 1 и Калининградская области — 1 ЦЗ. Таким образом, на 1 ЦЗД в С-З ФО приходится 76 268,1 км<sup>2</sup> площади округа (что, как и общая площадь округа, также — 4-е место по РФ по убыванию [12]), реально же с учетом, что 7 ЦЗД расположены в столице округа, — больше. Но диаметр окружности такой площади равен 311,7 км и это далеко не максимальное расстояние между двумя наиболее отдаленными точками на территории, приходящейся на 1 ЦЗД, т.к. периметр ее, далеко не похож на окружность, и расстояния между населенными пунктами — не прямые линии. Это необходимо учитывать с поправкой на виды коммуникаций между населенными пунктами, наличие и порядок движения общественного транспорта, наличие необходимого транспорта в распоряжении ЦЗД, чтобы иметь представление о реальных условиях деятельности центров, определяясь с возможной активностью населения в их посещении и реальными возможностями ЦЗД добраться до каждого прикрепленного к нему ребенка.

При среднегодовой численности детского населения в возрасте 0–17 лет на начало 2013 г. 2 263 108 (8,5% от всего детского населения страны или 6-е место), плотность его проживания в С-З ФО, составила 1,4 чел/км<sup>2</sup> (5–6-е места среди ФО с четырехкратным отрывом от предыдущего места), при этом, в нем отмечается самый высокий среди ФО удельный вес городского детского населения в стране — 93,3% [12]. Хотя в сельской местности проживало всего 6,7% детей, но это — 151 628, да и детское население, проживающее в частных домовладениях городов, удельный вес их в различных городах весьма варьирует, — стремится по плотности проживания к таковому в сельской местности.

Исходя из общей численности, на 2013 г. 1 ЦЗД приходился на 102 869 детей (7-е, предпоследнее место среди ФО, по убыванию), при этом, условия деятельности ЦЗД далеко не однородны в зависимости от соотношения городского и сельского детского населения на обслуживаемой территории, плотности его проживания, в то время как Положением о данном виде подразделений предполагается, что их деятельностью должны быть охвачены все дети в возрасте 0–17 лет с I–II группой здоровья на всей территории страны.

Учитывая, что технически и методически ЦЗД не оснащены для выполнения стоящих, согласно Положению, перед ними задач относительно детей до 5–6 лет, и не в полной мере их возможности соответствуют детям до 10 лет, из сферы деятельности ЦЗ выпадает 36,6%+27,9%=64,5% детского населения С-З ФО (Табл. 1). Между тем, причины развития широкого спектра неинфекционных заболеваний восходят, порой, и связаны с факторами риска сопутствующими ребенку с перинатального периода и раннего детского возраста. Так, до 3-х лет формируется пищевое поведение, и имеются данные, что закладывается число адипоцитов, а в дальнейшем они лишь растут в размерах, таким образом, формируется склонность к ожирению — состоянию, являющемуся причиной развития целого ряда заболеваний неинфекционного ряда, да и ко многим другим алиментарно обусловленным состояниям, чреватые в детском возрасте искажениями развития, имеющими продолжение в неинфекционной патологии в старших возрастных периодах. Да и склонность к инфекционным заболеваниям, как следствие относительной нестойкости иммунной системы, также, часто имеет своими причинами неинфекционные факторы, в том числе и такие, как алиментарный. Навыки здорового образа жизни должны закладываться еще до принятия решения о том,

Таблица 1

Контингент осмотренных в 20-ти ЦЗД детей от 0 до 17 лет Северо-Западного ФО по состоянию на 31.12.2013 г.

Возраст	Численность детского населения		обратившиеся в центр здоровья, в том числе												
			всего		на 1000 детей соотв. возр.	самостоятельно		с родителями, законными представителями		направлены ЛПУ по м.ж.		из стационара		направлены медработниками обр. учреждений	
	абс	%	абс	%		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Всего, в т.ч.	2 263 108	100,0	47 481	100,0	21,0	3326	7,0	19 705	41,5	4 760	10,0	32	0,1	19 658	41,4
0–4 года	726 328	36,6	2 462	5,2	3,4	0	0,0	2 182	88,6	170	6,9	3	0,1	107	4,3
5–9 лет	630 188	27,9	18 288	38,5	29,0	103	0,6	10 051	55,0	1 317	7,2	11	0,1	6 806	37,2
10–14 лет	557 378	24,6	15 112	31,8	27,1	465	3,1	5 748	38,0	1 965	13,0	8	0,1	6 926	45,8
15 лет	110 601	4,9	3 679	7,7	33,3	680	18,5	716	19,5	426	11,6	4	0,1	1 851	50,3
16–17 лет	238 614	10,5	7 908	16,7	33,1	2 069	26,2	976	12,3	882	11,2	6	0,1	3 968	50,2
Повторно	2 263 108	100,0	3 162	6,2	1,4	465	14,7	688	21,8	236	7,5	0	0,0	1 397	44,2
Итого	2 263 108	100,0	50 611	100,0	22,4	3 782	7,5	20 361	40,2	4 996	9,9	32	0,1	21 055	41,6



чтобы завести ребенка, и далее — с зачатия и первых дней его жизни, — через формирование стереотипов здорового образа жизни у родителей, семьи ребенка и уже через них — и у ребенка. В сложившихся же условиях ЦЗД вынуждены идти в обратном порядке: от ребенка к родителям.

Осмотренные в С-3 ФО на конец 2013 г. 47 481 детей составили 2,1% от всего детского населения округа (табл. 1), но это лишь — 6,4% от числа детей, отнесенных к I-ой группе здоровья на тот момент, без обязательной к осмотру II-ой. С-3 ФО находится на последнем 8-м месте среди ФО страны [12], как по проценту осмотренных от всей детской популяции, так и от общего числа детей, отнесенных к I-ой группе здоровья. Этому имеются объективные причины: развитие сети ЦЗД в округе шло с заметной задержкой относительно остальных.

По охвату ЦЗ детского населения (на 1000 детского населения) — 42,8% лидировала Республика Коми, минимальный же уровень, 3,3%, зафиксирован в Ленинградской области и низкие, хотя и большие, значения, 8,1% — в Новгородской области. Но, в любом случае, это опять же свидетельствует о недостаточном количестве развернутых ЦЗ в субъектах, указывает на их низкую мощность и активность, а также отсутствие необходимой степени гибкости в поисках адаптированных под местные условия форм работы с учетом плотности проживания детского населения и, соответственно, площади обслуживания и особенностей коммуникаций между населенными пунктами.

Повозрастное распределение осмотренного детского населения и его удельный вес относительно числа детей в каждой возрастной группе, представленное в таблице 1, свидетельствует о несоответствии его повозрастному распределению населения в С-3 ФО. Но если среди осмотренных преобладали дети 5–9 лет и 10–14-ти, с большим отрывом от 16–17-летних (что определялось в значительной степени возрастным диапазоном группы), то в пересчете по степени охвата в возрастных группах, при довольно плотно распределившихся показателях, преобладали дети школьного возраста, начиная с 15- и 16–17-лет. По степени охвата в возрастных группах (по убыванию) в стране также лидировали 15-летние, но затем располагались 10–14-летние, за ними — 16–17-летние, уровни же показателей почти вдвое и более превышали таковые в С-3 ФО.

Обращает внимание то, что удельный вес повторных визитов существенно ниже средних значений по стране, что свидетельствует, что, либо имеются какие-то особенности в системе оплаты повторных визитов, что не стимулирует их фиксацию, либо оплата их и организация решаются плохо, но тогда встает вопрос о порядке работы Школ при ЦЗД и отслеживании порядка и качества реализации индивидуальных планов, которые назначались в 90,2% случаев всех первичных обращений. В субъектах ФО удельный вес повторных визитов колебался от 0,0 в Калининградской и Ленинградской областях, 0,2 и 1,4% в Республике Коми и Псковской области — до 19,3% в Архангельской. Следует отметить, что по действующим отчетным формам нельзя судить о количестве повторных визитов на одного ребенка и о числе детей повторно посещавших.

К сожалению, нормативной базой не прописан порядок заполнения граф отчетной формы, указанной в приложении к упомянутому письму № 15–2/10/2–1642, в итоге произошла трансформация смысловой нагрузки фиксируемого факта: от самостоятельно принятого решения ребенком о посещении центра — до самостоятельного посещения центра (в смысле без сопровождения, что очень важно: от возможности сбора анамнеза до доведения результатов обследования ребенка и рекомендаций до семьи) и создается впечатление, что имеются закономерные разнотоллки при заполнении. Графы по побудительным первопричинам обращения должны заполняться так, как это предусмотрено Учетной формой № 025-ЦЗ/у-2 «Карта Центра здоровья», откуда это заносится в утвержденную Приказом МЗ СР РФ № 597 Отчетную форму № 68, где имеется расшифровка показателя в названии графы [2, 5]. Это демонстрирует, что при отсутствии инструкций по порядку заполнения документов, при переходе от одной формы к другой, учитывая роль человеческого фактора, имеется возможность изменения трактовки названия показателя. А в результате, в Российской Федерации, согласно обобщенным за 2013 г. данным 1,3% от числа посетивших ЦЗД детей 0–4 лет в чем-то были самостоятельны (!) (то ли в принятии решения о посещении, то ли пришли без сопровождения, что в равной мере не может соответствовать действительности). Последующие графы также не соответствуют по содержанию Форме № 68, где речь идет не о сопровождении ребенка кем-то, а кому принадлежала инициатива посещения (близким ребенком, врачам ЛПУ, стационара или образовательного учреждения), в случае направления ребенка медиками (ЛПУ или стационара) — не понятны мотивы: обследование по программе ЦЗД или интересуют данные отдельного исследования, которого нет в учреждении, допустим, биоимпедансметрии.

В С-3 ФО «самостоятельных» детей среди 0–4-летних не оказалось, как, по логике, и должно быть. Мы воспроизводим название граф так, как они приведены в приложении к упомянутому письму, предполагая, что цифры, соответствуют данным отмечаемым в формах, закрепленных Приказом № 597. Такое положение — следствие поспешности принятия управленческих решений по ЦЗД и указывает на необходимость доработки нормативной базы в том числе — в плане уточнения подлежащих фиксации критериев: от регистрационных до отчетных форм.

Удельный вес тех детей, чье посещение было самостоятельным (табл. 1) соответствовал среднему по стране, в то же время — в первых двух возрастных группах он был ниже, что абсолютно правильно, т.к. как сложно представить принятие самостоятельного решения о посещении, так и нельзя приветствовать самостоятельный визит в ЦЗД детей в возрасте 0–9 лет. В остальных возрастных группах пропорции самостоятельных детей примерно близки к средним значениям по стране. В субъектах ФО удельный вес «самостоятельных» детей колебался от 0,0 и 0,6% в Псковской и Мурманской областях, до 15,9% — в Санкт-Петербурге, что, скорее всего, отражает возможности самостоятельно добраться до ЦЗД, которые в крупном городе гораздо шире.

Среди повторных обращений удельный вес «самостоятельных» детей составил 14,7%, что более чем в 2

раза выше средних значений по стране и вдвое выше, чем среди первично обратившихся по округу. Возможно, по каким-то причинам потребовалось присутствие родителей на приеме в ЦЗД, чем и были обусловлены ряд повторных приемов. В субъектах колебания составили от 0,0 в Республике Карелия, Калининградской, Ленинградской, Новгородской и Псковской областях и 1,2% в Вологодской до 35,3% — в Санкт-Петербурге, что утверждает в мысли, что в данном случае показатель отражает доступность ЦЗД, которая наиболее высока в мегаполисе. Остается сожалеть, что нет возможности расшифровать состав контингента повторно обратившегося в ЦЗД, и причины повторных визитов.

Среди мотивировавших детей к посещению ЦЗД в С-3 ФО преобладали, примерно в равных пропорциях родители и медицинские работники образовательных учреждений, что настораживает относительно вдвое более низкой, чем в среднем по стране, активности медиков из ЛПУ по месту жительства. В то время как уровень активности медиков образовательных учреждений в мотивации к визиту в ЦЗД, в среднем по стране, находился примерно на том же уровне, что и в С-3 ФО, между близкими ребенком и ЛПУ она распределялась на равном, но вдвое более низком, чем у родителей С-3 ФО, уровне, т.е., в среднем по стране активность медработников ЛПУ по месту жительства вдвое выше, а родителей — вдвое ниже, чем в среднем по С-3 ФО. Из стационаров ЦЗД С-3 ФО направлялись единицы, и их удельный вес был вдвое меньше, чем в среднем по стране: учитывая, что контингент, подлежащий осмотру в ЦЗД ограничен I и II группами здоровья, которые не должны бы нуждаться в госпитализации, а по выписке — явно не должны, какое-то время относиться к указанным группам, — низкие значения показателя закономерны. Здесь вскрывается иная, и не только этическая, но и прикладная, важная с точки зрения продуманных профилактических мер, дилемма: сколь правильно, особенно когда это касается детского контингента, проводить дискриминацию в медицинском учреждении детей по состоянию здоровья в то время, как преобладающие среди методов ЦЗД, прежде всего, соматометрические методики обследования важны в плане оценки развития ребенка, что является важным критерием адекватности проводимых ребенку терапевтических и коррекционных мероприятий. Наверное, ЦЗД необходимо ориентировать на обследование всех детей, попадающих на прием, будь то в организованных коллективах, будь то обратившихся индивидуально. Единственно, рекомендации по образу жизни для детей с проблемами в здоровье должны исходить от специалистов, под наблюдением которых

ребенок находится, и обследование в ЦЗД даст им дополнительные аргументы.

Хотя повозрастное распределение удельного веса случаев причастности к визиту в ЦЗД С-3 ФО близких детей шло аналогично средним значениям по стране, закономерно убывая от младшего к старшему возрасту (по мере роста самостоятельности детей), но значения их — заметно выше по всем возрастным группам, что свидетельствует о наличии большей мотивированности семей детей в С-3 ФО к посещению их детьми ЦЗД, чем в среднем по стране, но при повторных визитах картина была обратная, и причины последнего следовало бы уточнить. При этом на местах колебания удельного веса детей, посетивших ЦЗ с членами семьи, составило от 6,4 и 7,2% в Мурманской и Архангельской областях соответственно — до 76,9, 90,1 и 94,4% в Калининградской области, Республиках Карелия и Коми соответственно. Количество повторных визитов, состоявшихся в сопровождении членов семьи, в 5 территориях ФО составило 0,0% (это, помимо Калининградской и Ленинградской областей, где повторных визитов не было зафиксировано вообще, — Республика Карелия, Мурманская и Псковская области), и все 58 повторных визитов в Новгородской области (100,0%) происходили в сопровождении родителей или их законных представителей, следующей по частоте повторных визитов с членами семьи, со значением 78,0%, шла Республика Коми (32 ребенка из 44), далее, с большим отрывом — Санкт-Петербург — 37,5%.

При вдвое более низкой частоте направления детей в ЦЗД медиками ЛПУ по месту проживания детей С-3 ФО, чем в среднем по стране, и повозрастное распределение по данному показателю имело свои особенности. Так, если по стране чаще всего направлялись ЛПУ дети 0–4 лет, что не совсем оправдано, учитывая возможности ЦЗД относительно таких детей, то в остальных возрастных группах уровни показателя располагались довольно плотно с колебанием от 21,0 до 25,2%. Колебание по территориям направляемых ЛПУ в ЦЗД детей составило от 0,0% в Республике Коми и Псковской области и 0,1% Архангельской, до 35,0% — в Новгородской. Понятно, что активность работы ЦЗД в С-3 ФО с ЛПУ по месту жительства детей следовало бы повысить, продумав мотивирование к более плотному взаимодействию. Почти в 5 раз активность работников ЛПУ была ниже средних значений по стране при повторных визитах, что также требует уточнения причин. При повторных визитах в 6 субъектах уровень показателя составил 0,0%, в остальных — колебание происходило от 0,6 — в Мурманской области, до 20,3% — Вологодской.

Из стационаров в ЦЗД округа детей практически не направляли, общее число таких детей по Северо-Западному ФО составило всего 32



человека (0,1% от всех первичных обращений за рассматриваемый год) и все 32 — в Республике Карелия. Такое положение — вполне логично, если учесть, что основной контингент ЦЗД — дети с I и II группами здоровья, а значит, — не те, кто требует госпитализации. По данному показателю ситуация в округе близка к ситуации в стране в целом. Среди повторных визитов таковых в С-3 ФО не фиксировалось.

И активность медработников образовательных учреждений С-3 ФО в направлении детей в ЦЗД была близкой к средним значениям по стране, и если в младшей возрастной группе она была втрое ниже, что определяется степенью организованности детей 0–4 лет и возможностями штатного оборудования ЦЗД относительно данной возрастной группы, а среди 5–9-летних — стремилась к средним, заметно не достигая таковых, то в последующих возрастных группах, она, достигнув средних значений, начинала даже превышать в пределах 2%. Активность медицинских работников образовательных учреждений субъектов ФО в направлении детей в ЦЗ колебалась в широких пределах: от 0,0 и 2,4% — в Республиках Коми и Карелия, 7,9 и 10,9% Ленинградской и Калининградской областях и до 82,1, 85,7 и 90,5% — в Псковской, Архангельской и Мурманской областях соответственно. При повторных визитах превышение средних значений по стране было двукратным, против чего не может быть принципиальных возражений, но хотелось бы, чтобы хотя бы на местах анализировались причины повторных направлений в ЦЗД: дообследование, обследование в динамике реализации индивидуальных планов, уточнение рекомендаций после консультаций у специалистов, посещение Школ здоровья... В субъектах колебание показателя составило от 0,0% — в 6 из них, 11,6% — в Санкт-Петербурге, до 72,4 и 81,0% — в Вологодской и Мурманской областях.

Уровни показателей, характеризующих активность семей детей, медицинских работников ЛПУ и образовательных учреждений, убеждают в том, что ресурс ЦЗД в деле взаимодействия с населением, образовательными и медицинскими учреждениями в ФО в плане разъяснения целей и задач подразделений такого рода, а также их возможностей, — реализован недостаточно. Повышению заинтересованности в обследовании детей в ЦЗД будет способствовать более активный обмен информацией о здоровье ребенка между ЦЗД и лицами и учреждениями, несущими за него непосредственную ответственность и обеспечивающими его здоровье в повседневной жизни.

Обследование детей, проведенное в ЦЗД С-3 ФО, выявило (табл. 2), что 32,8% от общего числа первично посетивших — здоровы, в то время как в Архангельской области здоровых детей было 2,8% от числа первично обратившихся в ЦЗ (от 4,8% среди 0–4-летних и до 0,0% — 15-летних), а в Республике Карелия 4,9% (от 7,0 до 2,6% среди 0–4- и 16–17-летних соответственно), в Мурманской области таковых насчитывалось 59,4% (от 69,9 до 53,8% среди 5–9- и 15-летних), а в Новгородской — 65,5% (84,6 и 54,4%, соответственно среди 0–4 и 10–14-летних). Необходимо дополнительное изучение причин подобного разброса показателя с уточнением их в субъектах. Высокие значения могут быть как результатом гиподиагностики, так и преимущественного обследования контингента

летних оздоровительно-образовательных учреждений и спортивных школ и секций. Среднее же значение показателя по округу — всего на 2,1% ниже среднего показателя по стране. Но если в среднем по стране повозрастной уровень показателей последовательно снижался от 41,2% у детей 0–4 лет до 32,0% у 16–17 летних, то в С-3 ФО максимальная дистанция показателя была между уровнем у детей 5–9 (у которых значение было на 5,0% ниже среднего в их возрастной группе в стране) и 15 лет (с превышением среднего по стране на 4,5%).

У остальных обследованных были выявлены функциональные изменения в пропорциях соответственно обратных тому, как это имело место у здоровых детей (табл. 2): с минимальными значениями у 15-летних (с дистанцией в –5,1% от средних по стране в возрастной группе) и максимальными у 5–9-летних (дистанция — +3,8%). В территориях показатель колебался от 34,5 и 40,6% в Новгородской и Мурманской областях — до 95,1 и 97,2% в Республике Карелия и Архангельской области. Такой разброс, помимо территориальных особенностей в состоянии здоровья детей, может быть обусловлен и особенностями деятельности самих ЦЗД: возрастная структура охваченных контингентов детей, а также трактовкой показателей.

Среди повторных визитов здоровыми оказались меньше, чем по первично обратившимся и меньше, чем по всем возрастным группам, но на 6,1% больше, чем в среднем по стране (с колебаниями от 0,0% в Псковской области и Республике Карелия, а также областях, где повторных посещений зафиксировано не было, 2,4% — в Республике Коми и 6,0% — в Архангельской области и до 65,5 и 81,0% в Мурманской и Новгородской областях). И если удельный вес детей с функциональными нарушениями в этой группе не достигал такового среди первично обратившихся (с колебанием в субъектах от 0,0% в территориях, где повторных обращений не было вообще и в Республике Карелия и Псковской области, 19,0% — в Новгородской и до 94,0% — в Архангельской области, причины такой широкой вариации требуют отдельного исследования), то превышение относительно средних значений по стране составило 11,8%. Трактовать данные показатели можно лишь предположительно, т.к., как отмечалось, повторные визиты не расшифрованы: ни по количеству повторных обращений на одно лицо, ни по причинам, ни в возрастном аспекте.

Не смотря на то, что треть контингента прошедшего через ЦЗД С-3 ФО была расценена как здоровые, назначения индивидуальных коррекционных планов потребовалось в 90,2% случаев (от 44,1 — в Ленинградской и 66,4 в Псковской областях до 100,0% в Республиках Карелия и Коми, Архангельской и Новгородской областях), что на 5,4% выше, чем в среднем по стране. Естественно, когда 100% обследованного контингента требует назначения индивидуальных коррекционных планов, — возникает осторожность в обоснованности назначений или определения состояния как — «здоров», но тут же следует согласиться, что состояние, даже когда ребенок «здоров» требует грамотного поддержания этого здоровья, чтобы сохранить это здоровье и укрепить. Кроме того, среди здоровых — не известен процент детей, имеющих факторы, предрасполагающие к развитию тех или иных патологических состояний, не проявляющихся

пока клинически, но чреватых развитием заболеваний и уже требующих целенаправленных профилактических мер (коррекция распорядка дня, питания, двигательного режима ...), в том числе и дети с вредными привычками. Если исходить из частоты назначения индивидуальных планов, то остается 9,8% (около четверти от признанных здоровыми) детей, чье состояние, по итогам обследования, не вызывало опасений и не требовало вмешательства ЦЗД и специалистов других ЛПУ, что почти вдвое ниже среднего показателя по стране. Правда, индивидуальные планы вряд ли назначались детям, направляемым в стационар (если не рассматривалось само направление как индивидуальный план), но таковых было от 0,9 до 1,7% в различных возрастных группах (в среднем — 1,2%, табл. 2).

Повозрастное снижение удельного веса случаев назначения индивидуальных коррекционных планов происходило скачкообразно (на 5,0%) от 0–4- к 5–9-летним, с последующим замедлением к 15-летним и некоторым скачком — на 3,6% к 16–17 годам, что несколько противоречит динамике средних значений по стране, где постепенное снижение от 86,4% у 0–4-летних сменяется более резким — на 3,9% к 15-летним, а к 16–17 годам происходит повышение на 3,1%. Без указания причин назначения индивидуальных планов — сложно оценить имеющиеся различия и возможные причины тому. Наверное, правильной было бы, чтобы отчетные формы отражали причины, понуждающие к назначению индивидуальных коррекционных планов, а также и перечень мероприятий, в них входящих, т.к. это дало бы возможность для каких-то аргументированных целевых территориальных профилактических мер с привлечением возможностей, как территории, так и самого населения, с организационными возможностями и образовательных учреждений, и ЛПУ.

При этом частота назначения индивидуальных коррекционных планов при повторных визитах (колеблющаяся от 0,0% в территориях, где повторных обращений не было (Ленинградская и Калининградская области), Республике Карелия и Псковской области и 58,5% в Вологодской области, до 83,0 и 90,8% — в Санкт-Петербурге и Мурманской области и по 100,0% — в Республике Коми (41 ребенок) и Новгородской (все 58 детей) области) в округе была на 22,6% выше средних значений по стране. При подобном сборе отчетных данных не представляется возможным судить, было ли это первичное назначение индивидуального коррекционного плана после, допустим, дообследования в ЛПУ, или речь идет о коррекции назначенных при первичном визите индивидуальных планов, причины чему также могут быть различны, что также обедняет возможности анализа собираемых данных и снижает эффективность принимаемых на их основании решений.

При более высоком удельном весе назначения индивидуальных планов первично обратившимся детям С-Ф ФО, чем в стране, на консультацию к специалистам ЦЗД направлялось на 4,2% детей меньше, с чем это связано — судить не представляется возможным, равно как и оценить: хорошо это или должно тревожить. Повозрастная динамика в меньшей мере соответствует таковой по выявлению функциональных нарушений, чем в среднем по стране с меньшими значениями к 16–17 годам на 12,0% (!). Сложно объяснить подобное положение накоплением с возрастом контингентов, прошедших консультативный прием специалистами ЦЗ, т.к. служба, как таковая, существует с начала 2011 года, и многие центры открылись в более поздние сроки. Скорее всего, все-таки речь идет о недостаточной укомплектованности ЦЗ необходимыми специалистами. В субъектах округа уровни показателя расположились между 0,0 (Архангельская, Калининградская и Новгород-

Таблица 2

Результаты деятельности 20-ти ЦЗД детей 0–17 лет в С-З ФО

Возраст	из них выявлено				назначено индивидуальных планов		направлено					
	здоровых		с функциональными расстройствами				к врачам-специалистам ЦЗД		в АПУ		в стационар	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Всего, в т.ч.	15 566	32,8	31 915	67,2	42 818	90,2	11 058	23,3	15 666	33,0	586	1,2
0–4 года	802	32,6	1660	67,4	2381	96,7	620	25,2	663	26,9	43	1,7
5–9 лет	5580	30,5	12 708	69,5	16 774	91,7	4439	24,3	6190	33,8	192	1,0
10–14 лет	4971	32,9	10 141	67,1	13 549	89,7	4090	27,1	4815	31,9	230	1,5
15 лет	1428	38,8	2251	61,2	3288	89,4	742	20,2	1186	32,2	49	1,3
16–17 лет	2784	35,2	5115	64,7	6785	85,8	1126	14,2	2812	35,6	72	0,9
Повторно	872	27,6	1905	60,2	2144	67,8	509	16,1	226	7,1	0	0,0
Итого	16 437	32,5	33 780	66,7	44 921	88,8	11 526	22,8	15 892	31,4	586	1,2



ская области) и 8,5% (Санкт-Петербург) и 44,0–67,8% (Республика Карелия и Псковская область соответственно).

При повторных же визитах дети к специалистам ЦЗД направлялись несколько чаще, чем в среднем по стране (на 2,4%), с колебанием уровней в субъектах от 0,0% в поименованных ранее территориях, где повторно обращавшихся зафиксировано не было, и в Архангельской, Новгородской и Псковской областях и 3,0% — в Вологодской, — до 84,8 и 100,0% в Мурманской области и Республике Коми. Причины тому (помимо того, что служба находится в процессе развертывания и не установлен единый оптимальный алгоритм действий по всем пунктам оказываемой данными подразделениями помощи, неуклюжести специалистами, а также того, что не везде решен вопрос об оплате повторных визитов) — не очевидны и требуют дальнейшего исследования. В случае высокого процента направлений к специалистам ЦЗД при повторных визитах можно предположить и реализацию ими каких-то из позиций индивидуальных коррекционных планов и/или последовательный контроль их выполнения, что можно только приветствовать, правда, речь идет всего о четвертой части числа лиц, которым назначены индивидуальные коррекционные планы, а значит, эта разница может и, в какой-то мере, косвенно свидетельствовать об отношении к назначениям, как со стороны детей и ответственных за них взрослых, так и со стороны самих ЦЗ и территориальных ЛПУ.

Услуги ЛПУ понадобились на 9,7% чаще, чем услуги специалистов ЦЗД (табл. 2). Эта цифра ниже средней по стране всего на 1,2%, но опять же не представляется возможным судить о причинах направления к каким специалистам или на дополнительное обследование, возможно, это позволило бы аргументировать усиление штата ЦЗД какими-то специалистами или обосновать прохождение дополнительной специализации штатными сотрудниками. Более того, возможно, часть детей были направлены к специалистам и ЦЗД, и ЛПУ. Повозрастная динамика показателя в большей степени соответствовала таковой при выявлении функциональных расстройств, оставаясь почти вдвое ниже, с той лишь разницей, что самые высокие значения его отмечались у 16–17-летних. Вариации по субъектам — от 0,0 и 11,3% в Республике Карелия и Новгородской области до 55,5 и 75,2% — в Архангельской и Калининградской областях. Удельный вес направляемых в ЛПУ среди повторных визитов был почти втрое ниже, чем в среднем по стране, и более чем вдвое, чем направляемых к специалистам центров. В субъектах разброс значений составил от 0,0% там, где повторных обращений не фиксировалось, и в Республиках Карелия и Коми, Архангельской, Новгородской и Псковской областях, 9,2% — в Мурманской и до 16,9% — в Санкт-Петербурге. Остается открытым вопрос о том, какие специалисты ЛПУ наиболее востребованы, возможно, имело бы смысл укомплектовывать ими ЦЗД на постоянной основе или на период наиболее интенсивной деятельности, но в представляемом варианте отчетность не позволяет судить об этом.

В направлении в стационар нуждалось 586 детей, что составило 1,2% от первично обратившихся. Эта цифра в 6 раз превысила средние значения показателя по стране, что не должно рассматриваться как нечто, требующее срочного исправления, т. к. нет возможности судить о при-

чинах направления в стационар (госпитализация по состоянию ребенка, дополнительное обследование/консультация в условиях амбулаторного приема или дневного стационара...). В основном, это были дети, проживающие в Республике Карелия — 582 ребенка или 12,9% соответственно, и повозрастная градация данного показателя отражает контингент данного субъекта, 2 — в Республике Коми и по 1 — в Вологодской области и Санкт-Петербурге, что не превысило в этих субъектах 0,1%. Этот показатель, наряду с предыдущим, — свидетельство важной дополнительной функции ЦЗД: выявление детей по состоянию нуждающихся в дополнительных обследованиях, вплоть до госпитализации, — детей, по тем или иным причинам, выпадающим из поля зрения участковой педиатрической службы. Собственно, по выходе ЦЗД на уровень полномасштабной деятельности с охватом всего контингента детей, на них ляжет эта важнейшая функция, оставив участковым педиатрам работу по лечению, долечиванию и их контролю, и обследование детей с проблемами в здоровье по обращаемости и по направлениям. Возможно, когда направление в стационар будет исключительно для госпитализации, — данный показатель войдет в число критериев эффективности деятельности ЦЗД, его профилактической активности. Повозрастная динамика показателя шла от максимального значения в первой возрастной группе, с резким падением к 5–9 годам, подъемом у 10–14-летних и последовательным снижением к 16–17 годам. Подобная динамика позволяет предположить, что часть родителей детей 0–4 лет, при обращении в ЦЗД, были заведомо мотивированы настораживающими их отклонениями в здоровье детей.

В рамках реализации мировой тенденции государственных систем здравоохранения на борьбу с неинфекционными заболеваниями и факторами к ним предрасполагающими, что отражено в целом ряде основополагающих документов ООН и ВОЗ, в нашей стране проводится развертывание сети центров здоровья для взрослых и детей, в задачи которых и входит планомерная работа по снижению этого класса заболеваний, путем их раннего выявления, в том числе на этапе предрасполагающих факторов, среди которых и табакокурение, и употребление алкоголя.

На конец 2013 г. 22 ЦЗД С-3 ФО охватили своей деятельностью пока только 2,1% всего детского населения округа, что составило 6,4% в пересчете на количество детей с установленной I группой здоровья. Следует отметить, что С-3 ФО шел с некоторым отставанием в активности развертывания службы ЦЗД в сравнении с остальными округами, что и отражает его последнее место в рейтинговом списке Федеральных округов по этому показателю. При таком проценте охвата, когда мощность и активность деятельности сети ЦЗД следует повысить в десятки раз, — нет возможности судить о том, в какой мере полученные результаты деятельности ЦЗД отражают действительное положение в детской популяции. Целый ряд вопросов, возникающих по деятельности по принципам ее реализации сетью ЦЗД в округе, имеют системный, общегосударственный масштаб, требующий тонкой вразумительной нормативной коррекции, но это, с учетом невозможности учесть из центра всех нюансов на местах, не исключает, а только подчеркивает необходимость инициативы

на местах. В частности, соотношение объемов работы по месту дислокации ЦЗД и на выездях, какой вид транспорта предпочтителен, каким образом решать вопрос по работе Школ здоровья в удаленных населенных пунктах с низкой плотностью детского населения, вопросы достаточности штатного оснащения и расписания условиям деятельности ЦЗД на местах.... — и не надо ждать одного универсального решения из Центра для всей страны, т.к. условия, как жизни населения, его состав, так и деятельности ЦЗД, — очень различны, а, значит, и ЦЗД на местах должны активно адаптироваться прямо в процессе развертывания их сети под конкретные условия. В значительной степени ситуацию упростило бы создание головных региональных и окружного ЦЗД, на которые была бы возложена миссия аналитических и методических центров, а, возможно, и центров усиления ниже стоящих структурных единиц. Надо подумать о целесообразности создания централизованных баз транспортных средств, мобильных ЦЗД с последующим их поочередным направлением на усиление ЦЗД на местах.... Все это требует творческого подхода в решении проблем на всех уровнях в целях скорейшего охвата деятельностью данных подразделений всех детей страны во всем их возрастном диапазоне. ☉

#### Использованные документы и литература

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации N 302н от 10 июня 2009 года «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 18 мая 2009 года N 413». <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/salary/37>.

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации N 597н от 19 августа 2009 года «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака». <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/930>.

3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 8 июня 2010 года N 430н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 года N 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака». <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/1031>.

4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 марта 2010 года N 152н «О ме-

рах, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака». <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/1031>.

5. Письмо МЗ РФ от 18.02.2011 г. № 15-2/10/2-1642 (о предоставлении информации о деятельности Центров здоровья для детей).

6. Приказ Минздравсоцразвития России N 328н от 19 апреля 2011 года «О внесении изменений в приложения N 1-5 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 года N 597н» <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/spa/71>.

7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 сентября 2011 года N 1074н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 года N 597н». <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/1164>.

8. ГОСТ Р 52623.1-2008. Технология выполнения простых медицинских услуг функционального обследования.

9. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. Всемирная организация здравоохранения. 2010.

10. Московская декларация, принятая по итогам работы Первой глобальной Министрской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (28-29 апреля 2011 года). <http://www.minzdravsoc.ru/health/zozh/71>.

11. А. А. Модестов, В. И. Бондарь, С. А. Косова, Г. А. Малькова. Центры здоровья для детей как основа модернизации профилактического направления в педиатрии. // Заместитель главного врача, лечебная работа и медицинская экспертиза. — 2014, №5 (96). — С. 22-28.

12. В. И. Бондарь. Центры здоровья для детей: кампанейщина или фундамент новой системы медицинской помощи детям? // Idoctor. — 2015, №6 (34). — С. 10-13.

13. В. И. Бондарь, А. А. Модестов, Г. А. Малькова, С. А. Коган, Р. Н. Терлецкая. Центры здоровья для детей: итоги 2013 года и перспективы развития. // Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 20: сборник научных трудов / Под. ред. з.д.н. РФ, д.м.н., проф. Вишнякова Н. И. — СПб.: — 2015. — С. 246-250.

14. В. И. Бондарь, С. А. Коган, А. А. Модестов. Нормативная база как потенциал развития службы Центров здоровья для детей (ЦЗ). Сборник материалов. XVII Конгресс педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», Москва, 14-16 февраля 2015 года. — М. — 2015, с. 26.



**Др. Н. Пивец,**  
главный врач стоматологической клиники «DENTSANA-TA»,  
г. Шопрон, Венгрия

## СТОМАТОЛОГИЯ БЕЗ ГРАНИЦ. И БЕЗ СТРАХА...

Туризм с лечебной целью — это уже каждодневная реальность. Всё чаще люди используют свой отпуск не только для путешествий, для получения новых впечатлений, для отдыха, но и для улучшения своего здоровья. Едут в страны ближнего и дальнего зарубежья, наслышавшись о целебных свойствах природных оздоровительных факторов или о замечательных врачах соседней страны. Не исключением является и Венгрия, которая славится не только термальными источниками, лечебными грязями, мофетами и пещерами, но и качественной стоматологией.

Соотношение цены и качества стоматологии Венгрии привлекает пациентов из многих стран мира, чтобы воспользоваться услугами именно венгерских стоматологов. Всё чаще и чаще российские граждане приезжают к венгерским стоматологам наравне с немцами, австрийцами, итальянцами и др.

Не является исключением и наша клиника ДЕНТСАНА-ТА, расположенная на границе между Австрией и Венгрией в старинном и очень красивом городе Шопроне. Обычно к нам приезжают по рекомендации пациентов, уже воспользовавшихся нашими услугами. Путь не близкий, но он того стоит...

Работы по протезированию производятся в самые короткие сроки, а посещение стоматолога занимает всего в общей сложности 2–3 неполных дня из отпуска, проведённого у нас в Венгрии. Имплантации делают признанные специалисты в этой сфере. Используются самые современные материалы, которые применяют стоматологи соседней Германии, Австрии и др. передовых стран, где стоматология развита на высочайшем уровне. На все работы даётся гарантия, которая строго соблюдается. Работы делаются самые сложные, но при этом по цене выгодные для пациентов...

Закономерно у многих возникает вопрос: а что же делать, если, вернувшись домой, по прошествии некоторого времени потребуется сделать рентгенологическое обследование для контроля или же, к примеру, избавиться от зубного камня, провести профилактические процедуры? Неужели из-за этих манипуляций снова ехать в Венгрию? Вот тут-то и приходит на помощь договоренность

о взаимном сотрудничестве между венгерской и российскими клиниками. Заботясь о своих пациентах, клиника «ДЕНТСАНА-ТА» поддерживает такое сотрудничество со стоматологическими клиниками в городах России, чтобы пациенты чувствовали себя в безопасности, вернувшись домой после стоматологических процедур в другой стране.

Проблемы, с которыми к нам обращаются пациенты, действительно, бывают тяжелыми, требующими довольно сложной работы... Так, например, пациент из Москвы обратился с тяжёлой формой стираемости зубов. По роду своей профессиональной деятельности он находился в состоянии постоянного стресса. Как следствие — зубы были стёрты практически на две трети. При этой форме патологии показано полное протезирование всего рта. В Москве была обещана работа в течение года... Мы сделали за две недели... Контрольные снимки и чистки зубов от зубного камня проводились в Москве в клинике, сотрудничающей с нами. А теперь и в Санкт-Петербурге наши пациенты могут обратиться в клинику, с которой мы работаем по договору.

Ни в коем случае не преуменьшаю профессиональные знания и опыт наших российских коллег, но случаи, действительно, бывают разные. Вот еще пример. Один известный человек из Санкт-Петербурга лечился у нас после 5 лет неудачных попыток поправить свою челюстно-жевательную систему на Родине... И у нас лечение по объективным причинам заняло в общей сложности полтора года и включило в себя три приезда этого пациента к нам. В итоге пациент доволен окончательным результатом! Случай был не стандартный — с имплантатами и двусторонним наращиванием кости. По текущим осмотрам, профессиональной чистке зубов и контрольным рентгенологическим обследованиям этот пациент сейчас может обращаться в клинику в Санкт-Петербурге, сотрудничающую с нами, впрочем, как и все пациенты из Санкт-Петербурга, которые приезжают к нам для сложного стоматологического лечения и требуют последующего наблюдения.

Доверие к нашей клинике очень важно для нас и поэтому выбор партнёра — не бывает случайным. Это сотрудничество врачей на международном уровне. При этом

в Венгрии пациенты получают сложные врачебные работы, а в России — наблюдение, текущие лечебные дела и профилактику. Пациенту все гарантировано. Он может быть спокоен за свое здоровье, так как со всех сторон подстрахован. Сохранение здоровья пациентов — это главное в сотрудничестве врачей. С такой гарантией люди смело могут приезжать в Венгрию для сложных вариантов лечения, протезирования, будучи уверенными, что и на Родине их ждёт гарантированная квалифицированная врачебная поддержка.

В завершении хочется несколько слов уделить городу, где расположена наша клиника. Старинный и очень красивый город Шопрон, расположенный на границе Венгрии и Австрии, интересен не только своим географическим расположением и средневековой эстетикой. В городе, где проживает более 60 тыс. жителей (для Венгрии город не маленький), очень чистый воздух, много зелени, есть лечебные термальные источники, как и во многих местах Венгрии, не даром в Шопроне располагается легочной санаторий и большая городская купальня, а, как известно, купальни в Венгрии — это настоящие оздоровительно-

реабилитационные комплексы с большим количеством лечебных программ. В городской купальне Шопрона главное направление — лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата.

В силу географического положения Шопрон интересен и своими туристическими маршрутами, позволяющими ознакомиться не только с достопримечательностями Западной Венгрии, например, уникальными старинными замками, но и соседних стран — Австрии, Словакии и т.д. Интересны экскурсии с дегустациями вина, поскольку Шопрон входит в состав одного из важнейших винных регионов Венгрии.

Сочетание стоматологического лечения, общеоздоровительных программ, культурных и туристических программ делает отпуск многих людей насыщенным, осмысленным и полноценно полезным.

**По вопросам стоматологического лечения в Венгрии обращайтесь в Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество», тел +7-921-589-15-82, e-mail: stella-mm@yandex.ru**

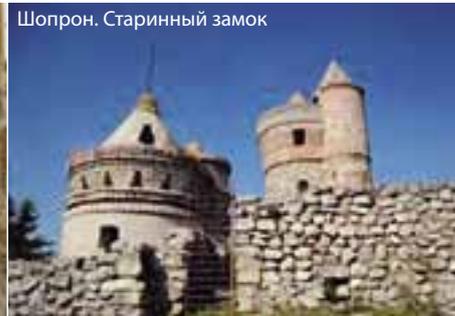
Шопрон. Вид города



Шопрон. Улица



Шопрон. Старинный замок



Клиника ДЕНТСАНА-ТА. Рабочие будни



# О КЛИНИКЕ «ДЕНТАЛИЯ» — ПАРТНЕРЕ ВЕНГЕРСКОЙ КЛИНИКИ «ДЕНТСАНА-ТА»

В настоящее время партнером венгерской клиники «ДЕНТСАНА-ТА» является стоматологическая клиника «ДЕНТАЛИЯ», удобно расположенная в центре Санкт-Петербурга в двух шагах от Ст. М. «Пушкинская». Клиника имеет свои традиции, четко соблюдает профессиональные принципы и оказывает стоматологические услуги на самом высоком уровне от протезирования до гигиены полости рта. Клинику «ДЕНТАЛИЯ» всегда отличал комплексный подход к оценке состояния стоматологического здоровья пациентов. Поэтому врачи стоматологи этой клиники работают в содружестве со специалистами других медицинских учреждений — гастроэнтерологами, эндокринологами, нутрициологами и т.д., т.к. состояние зубов и десен во многом зависит от работы других органов и систем организма, в частности, от состояния пищеварительной системы, обмена веществ, стиля питания человека и от образа жизни в целом.

В клинике «ДЕНТАЛИЯ» работают квалифицированные врачи стоматологи, гигиенисты, используются самое современное оборудование и материалы, практикуется внимательное и заботливое отношение к пациентам. Вероятно поэтому, эту клинику считают семейной, там принимают пациентов любого возраста и с любым достатком — для каждого человека подбирается индивидуальная программа лечения согласно возрастным показаниям и с учетом материальных возможностей.

Главный врач клиники Ковалев Вадим Валерьевич, врач с большим опытом работы, так говорит о своих принципах в стоматологии:

«Я считаю, что в стоматологии нет безвыходных ситуаций. Всегда можно и нужно вылечить и восстановить зубы. Жить без зубов в наше время — позор. Ведь стоматология — это самая развивающаяся наука, и методов лечения сейчас великое множество. Наше кредо — это разработка для каждого пациента индивидуального плана лечения. Например, то, чем я занимаюсь многие годы, — ортопедическая стоматология — это настоящее творчество. Каждому пациенту в наше время можно предложить до пяти и более планов протезирования. Главное — выбрать наиболее оптимальный план для данного

пациента, т.е. мы используем индивидуальный подход, исходя из показаний, противопоказаний к тому или иному методу, а также учитывая финансовые возможности пациента. Многие наши граждане сегодня не очень-то богаты, а зубы, тем не менее, надо лечить. В любой ситуации мы должны оставаться, прежде всего, врачами, и наш главный принцип — «Не навреди!». Я считаю, что каждый пациент, независимо от начального состояния его полости рта и от материальных возможностей, должен от нас уйти с хорошими, здоровыми зубами и с хорошим настроением. Наверное, это и есть главная особенность нашей клиники, наша «изюминка», если можно так сказать».

В наше время бесплатной стоматологии практически уже нигде нет, мы живем в реальном мире... Поэтому из всего, что может предложить коммерческий сектор здравоохранения, конечно, следует выбирать качественное и надежное.

В «ДЕНТАЛИИ» есть и совершенно уникальные методики. Например, новейшая американская система отбеливания зубов Amazing White, которая отличается простотой и безопасностью в использовании, а результатом отбеливания зубов обычно доволен даже самый требовательный пациент.

## Отличительные особенности системы Amazing White:

- Сама процедура отбеливания зубов проходит безболезненно.
- Время проведения полной процедуры отбеливания — 1 час
- Мгновенный визуальный эффект сразу после каждого сеанса
- Высокая эффективность: отбеливание на 7–9 тонов по шкале Bleaching Guide и на 3–4 тона по шкале Vita
- Продолжительность и сохранение результата отбеливания от 6 мес. до 2-х лет (при должном уходе)
- Возврата цвета на 100% не происходит.

Лечение кариеса или заболеваний десен, реставрация зубов или имплантация — для большинства людей это является буквально больной темой. Издавна показателем успешности и статусности человека являлась именно красивая улыбка, и к этому стремят-

ся практически все, но сделать первый шаг к стоматологии могут лишь некоторые. Очень важный момент, который в первую очередь интересует человека — это выбор стоматологической клиники и врача стоматолога. Именно от профессионализма специалистов, от качества их работы и используемых материалов зависит желание пациента обратиться за помощью вновь. Прежде всего, должно возникнуть доверие. С большой уверенностью можно сказать, что стоматологическая клиника «ДЕНТАЛИЯ» — это одна из самых современных клиник Санкт-Петербурга, обратиться в которую — значит не испытывать в будущем никаких проблем с зубами.

Первый опыт международного сотрудничества стоматологических клиник Венгрии и России складывается в рамках Общества специалистов «Международное медицинское сотрудни-



чество» при Издательском Доме СТЕЛЛА, и мы уверены, что такое сотрудничество имеет все перспективы для дальнейшего самого широкого развития. ☺

**Пародонтолог  
Меньшикова  
Наталья  
Владимировна  
считает:**

Новейшая американская система отбеливания зубов Amazing White привлекательна простотой и безопасностью в использовании, а результатом отбеливания зубов будет доволен даже самый требовательный пациент



- Процедура отбеливания зубов безопасная и безболезненная
- Время проведения полной процедуры отбеливания — 1 час
- Мгновенный зрительный эффект сразу после каждого сеанса
- Высокая эффективность: отбеливание на 7–9 тонов по шкале Bleaching Guide и на 3–4 тона по шкале Vita
- Продолжительность и сохранение результата отбеливания от 6 мес. до 2-х лет (при должном уходе)
- Возврата цвета на 100% не происходит



## ДЕЛИКАТНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Каждый месяц действует новое специальное предложение на лечение

СТОМАТОЛОГИЯ  
**ДЕНТАЛИЯ**  
пер. Б. Казачий, 11  
ежедневно с 9.00 до 22.00  
тел.: 310-15-38  
8-981-738-72-57



Специальное предложение к летнему сезону

# СКИДКА 50% НА ПРОЦЕДУРУ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ

В подарок зубная паста с отбеливающим эффектом и эксклюзивная зубная щетка

Реклама



**Н. А. Гинзбург,**  
биохимик, Центр оздоровительного питания,  
Великий Новгород, Россия,  
e-mail: n-ginzburg@ya.ru

## ПИТЬЕВАЯ ВОДА «СОКОЛЬНИЦКИЕ КЛЮЧИ»

Весной 2014 года мой сосед-профессор заметил, что очень ценит воду «Сокольницкие ключи». Проанализировав эту воду в разных химических лабораториях, я была изумлена: это была очень даже правильная вода с показателями pH 7,9 и E= -130 мВ. Она приближалась по свойствам к воде из г. Вены (Австрия), где я встречала 2012 год. Венская вода оказалась эталонной: pH 8,2 и E= -130 мВ.

С тех пор мы стали рекомендовать воду «Сокольницкие ключи» как образцовую. Действительно, люди на этой воде быстрее восстанавливаются, да и стоит она недорого.

Искренне хвалю эту воду. Вот, например, таксисту Сергею рассказала об этой полезной воде и о том, что надо пить по 200 мл сырой воды за 30 минут до еды, около 600–800 мл в сутки. Через месяц Сергей поделился радостью, что эту вкусную воду пьют его родители, друзья и его семья. У всех с тех пор повысилось настроение. (Конечно, ведь промылись 75 триллионов клеток в интерстициальном пространстве, которые радуются, что им стало чисто и уютно). Таксист удивлялся, что у жены и маленькой дочки так просто исчезли проблемы с кишечником, которые их беспокоили ранее. Да, так и есть — эта вода «Сокольницкие ключи» не только вкусная, но и целебная.

Ранее высокое качество этой воды отмечалось в журнале «Пятиминутка» [1] и в книге «Курорты Венгрии глазами российских специалистов» [2]. Тайну лечебных венгерских вод помог раскрыть химический состав «Сокольницких ключей». Но где и как производят эту дивную водичку?

Лужский район Ленинградской области известен как край родниковых, целебных вод. В Луге в начале XIX века был открыт пансионат «Сокольницкие ключи» и налажен выпуск природной артезианской воды.

Спустя много десятилетий произошло возрождение утраченного производства прекрасной воды. А случилось это так. Город Луга расположен в уникальных природно-климатических условиях, и свойства подземных вод в этих местах всегда рассматривались как целебные. В 2006 году у Даутова Равиля Ахметовича — Генерального директора группы компаний «Лактика» (г. Великий Новгород), в которую входят АО «Лактис» и АО «Лужский молочный комбинат», возникла идея о реконструкции подземного источника, находящегося на территории «Лужского молочного комбината» и создании цеха по выпуску питьевой воды.

На площадке АО «Лужский молочный комбинат» началась масштабная реконструкция. Для начала было необходимо очистить источник от песка и ила, отремонтировать саму скважину, подготовить водохранилище, привести в рабочее состояние трубопроводы и механизмы по подъему воды с глубины 255 метров. Затем провести ремонтные работы в помещении, где предполагалось размещение цеха розлива воды и оснащение современным технологическим оборудованием.

В итоге, было приобретено отечественное оборудование по водоподготовке в г. Санкт-Петербурге у фирмы «Центр технологий XXI века». Машиностроительным заводом «Ленпродмаш» специально для Лужского молочного комбината было спроектировано и изготовлено автоматическое оборудование для линии розлива воды. Оно включает узлы по производству, выдуву бутылок, блок по газированию воды, фасовке и укупорке бутылок в тарное место.

Два года шла масштабная работа по подготовке проектно-технологической документации на скважину, цех, а также получению всех необходимых разрешительных документов на производство воды, лицензий и свидетельства о Госрегистрации. Для этого питьевая вода была изучена во многих научно-исследовательских институтах и аккредитованных лабораториях Роспотребнадзора по различным показателям физико-химического состава, уровню минерализации, микробиологической и радиационной безопасности.

И вот в 2008 году на АО «Лужский молочный комбинат» произошло долгожданное открытие производственного участка по разливу питьевой воды в бутылки.

Вода, поднятая из недр, проходит необходимые технологические этапы очистки и водоподготовки и разливается в чистых условиях в бутылки объемом 0,55 л, 1,5 л, 5 л.

Есть еще «изюминка» — особо маленькая порционная фасовка по 125 мл в индивидуальный стаканчик. Эта линия была введена в эксплуатацию в 2012 году специально для сотрудничества с фирмой, которая осуществляет поставки питания для авиарейсов в Объединенные Арабские Эмираты. Аккуратно упакованные в картонные коробки, такие стаканы уже пятый год радуют пассажиров, улетающих в теплую страну.

Следует отметить самое важное, что при бережном отношении к воде в ходе технологического процесса не на-

рушается баланс всех микроэлементов воды «Соколыничкие ключи» и уровень кислотно-щелочного равновесия рН. По технологии ничего не изымается и не добавляется, что и сохраняет особую природную ценность артезианской воды. Как говорит Даутов Равиль Ахметович: «Наша задача ничего не испортить в том природном даре, который к нам пришел из глубины веков и лужских недр».

От качества питьевой воды зависит здоровье людей. Можно ли ее употреблять, показывает **лабораторное исследование воды**. Дать точный ответ, пригодна ли питьевая вода к употреблению или нет, способна только лаборатория. Производственная лаборатория Лужского комбината имеет все необходимое лабораторное оборудование: рН-метры, иономеры, титровальные установки, фотокориметр. Исследование химического состава воды обязательно. В ходе него исследуются и органолептические показатели — мутность, запах, цвет и компонентный состав воды — ее химические и физические свойства. В итоге проводится сопоставление полученных результатов с установленными санитарными нормами.

Кроме того, проводятся все необходимые микробиологические исследования, т.к. они направлены на выявление возможного содержания в воде патогенных микроорганизмов, представляющих опасность для здоровья человека.

На предприятии есть своя микробиологическая лаборатория, имеющая лицензию по работе с микроорга-

низмами 4 группы патогенности. Пробы воды отбираются на любом участке технологического оборудования, доставляются в лабораторию, исследуются и хранятся до конца срока годности. Контроль за качеством воды производят на современных приборах.

Мы рассказали о питьевой воде «Соколыничкие ключи», выпускаемой АО «Лужский молочный комбинат». Кстати, а как же основная продукция завода? Она выше всех похвал. С 1961 года комбинат сохраняет классические традиции производства молочной продукции. Это и молоко, и кефир, и сметана, и творог, и масло сливочное, и масло топленое (99,0% жира), и продукты козьего молока, и др. И всё изготавливается без использования растительных жиров и других добавок.

Высококачественная продукция «Лужского молочного комбината» — за всем этим стоит огромный и честный труд лужан. Спасибо им за это!

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гинзбург Н.А. Минеральные воды Венгрии.// Пятиминутка. — 2015. №4. — С. 11
2. Курорты Венгрии глазами российских специалистов. / Под ред. Мамаевой М.А. — СПб: Издательский дом СТЕЛЛА, 2015. — С. 22.

**От автора:** Выражаю признательность и благодарность Медведевой Ульяне Юрьевне (г. Великий Новгород), Коржуевой Людмиле Валентиновне и Холмогорову Виталию Дмитриевичу (г. Луга) за информационную помощь.



**«Соколыничкие ключи»** — натуральная артезианская вода из подземных источников, расположенных на территории Полужья, — края уникальных природно-климатических условий и целебных вод. Еще в начале XIX века в Луге действовал пансионат «Соколыничкие ключи» и было налажено производство минеральной воды. Вода «Соколыничкие ключи» добывается в продолжение этой более чем 100-летней традиции.

**Кристалльная чистота**  
Скважина расположена в экологически чистом регионе, вода проходит многократную естественную фильтрацию через почвенные слои и дальнейшую специальную очистку на современном оборудовании.

**Вкусная**  
Необыкновенно деликатная, тонизирующая и свежая.

**На каждый день**  
Долго сохраняет свой естественный природный вкус.

**Источник жизни**  
Питьевая вода «Соколыничкие ключи» достойна быть с Вами изо дня в день, улучшая Ваше настроение и самочувствие.

## СОКОЛЫНИЧКИЕ КЛЮЧИ

Артезианская негазированная и газированная питьевая вода  
Скважина №63505, глубина 255 м. Первая категория.

Объем 0,5л, 1,5л, 6л

Общая минерализация	...не более 1000 мг/л.
Общая жесткость	.....не более 7 мг-экв/л.
Основной ионный состав:	
Кальций	.....40-130 мг/л.
Магний	.....20-65 мг/л.
Калий	.....7-20 мг/л.
Гидрокарбонаты	.....250-400 мг/л.
Хлориды	.....не более 50 мг/л.
Сульфаты	.....не более 50 мг/л.

ООО Торговый Дом «ЛАКТИКА»  
РОССИЯ, 173016, Великий Новгород,  
пр. А. Корсунова, 12Б  
Тел.: [8162] 62-71-69, 500-920  
Филиал в Санкт-Петербурге: [812] 406-79-76  
Филиал в Москве: [495] 648-82-07  
e-mail: ks-delo@lactis.ru

Изготовитель: АО «Лужский молочный комбинат»,  
Россия, 188230, Ленинградская обл., г. Луга,  
Ленинградское шоссе, д.10. тел. [81372] 4-35-60; 2-57-21

www.lactis.ru

в каждом доме — каждый день!® • в каждом доме — каждый день!® • в каждом доме — каждый день!®



**От Редакции:** *Ирене Крекер работает медсестрой в особом доме при психиатрической клинике в Германии. «Его не назовёшь домом престарелых, потому что здесь больные объединены не по возрасту, а по отклонениям в психике. Много случаев депрессии, шизофрении, старческой деменции. В этом доме люди живут до последнего вздоха. Их называют жильцами, обитателями дома, но не пациентами.» — так пишет о своих подопечных Ирене Крекер. Кроме всего, она является свободным писателем. Ее рассказы, по сути, представляют собой документальные истории несостоявшихся судеб. Они пишутся самой жизнью.*



Крекер Ирене,  
Центр Психиатрии, Фрайбург, Германия

## ГОЛОС СВЫШЕ ПРИКАЗЫВАЕТ... (ИЗ ЗАПИСОК ПРАКТИКУЮЩЕЙ МЕДСЕСТРЫ)

В одной из комнат психиатрического отделения, с правой стороны коридора, проживает одинокая неприемная женщина. На вид ей не дашь больше семидесяти пяти, но ей уже за восемьдесят. Она имеет спокойный уравновешенный нрав, очень застенчива, стеснительна. Поселилась она здесь недавно, вернее, была переведена из другого отделения года четыре назад. Она в состоянии сама себя обслуживать, помогает медсёстрам выполнять поручения на территории клиники: то в управление бумагу отнесёт, то в кассу сходит за деньгами для обитателей, посылают её и в кафе, и в магазин за покупками. С удовольствием помогает она во всём жильцам дома, когда они к ней обращаются. Она отличается также развитым или природным чувством повышенной ответственности. К ней тянутся люди: она имеет тесный контакт с женщиной, с которой провела месяц в больнице, её посещают пациенты и работники других отделений клиники, где она проживала раньше.

Почему она находится с такой положительной характеристикой в нашем психиатрическом доме в качестве пациента? Причиной тому явилась её попытка самоубийства. Это произошло с ней четыре года назад, когда, не имея к тому никаких оснований, она выпрыгнула с третьего этажа клиники. Попытка произвести подобного рода действия была не первой. После того, как она пролежала в больнице около трёх месяцев, залечивая многочисленные раны, она была определена к нам, как человек, требующий наблюдения в течение дня. Она имеет возможность свободного времяпрепровождения на территории клиники, но живёт в отделении закрытого типа.

Свой поступок женщина объяснила врачам, как невозможность невыполнения приказа внутреннего нащёпывающего голоса. У неё не было силы сопротивляться ему.

Внутренний голос в течение продолжительного времени требует от неё неукоснительного выполнения его приказов и распоряжений.

Попробуем изучить её биографию, может, архивные документы помогут нам лучше понять внутренний мир этой женщины. Она родилась в семье служащего. Жизнь началась с трагедии: её брат — близнец родился мёртвым, она, несмотря на трудные роды, выжила. У неё из всех родственников осталась в живых лишь сестра, которая до сих пор поддерживает с ней контакт, навещает её, присылает посылки. Пациентка закончила в своё время семилетнюю школу. Профессии не училась, потому что время было послевоенное, смутное. По совету отца поработала немного в магазине, затем на шоколадной фабрике. Отец в то время был безработным. Семья жила за счёт средств, которые зарабатывали две дочери.

Примерно с семнадцати лет девушка погрузилась в свой внутренний мир, отстранилась от всех, старалась быть больше одна. С годами она становилась упрямой и своенравной. Много времени проводила, лёжа в постели, читая книги, но не понимая, о чём читает... Обеспокоенные родители обратились к врачам в нервную клинику. К тому времени девушка порвала со всеми подругами отношения, стала медлительной, говорила тихо, почти шёпотом. По мнению врачей, впала в депрессию. Им она тогда призналась, что слышит голоса, которые предупреждают её об опасности. Она стала смеяться без причины, говорить вслух сама с собой, всё дальше погружаясь в себя и свои мысли...

Шестьдесят лет назад она попала на территорию нашей клиники. Молодая женщина без всякой на то причины разбила витрину магазина, нанеся себе телесные повреждения. В контакт с врачами она перестала вступать, закры-

лась в себе, замерла. К ней была применена электрошоковая терапия. Однажды сердце произвело остановку. Лечение было прекращено. Она перестала есть, ушла в себя. Лечение электрошоковое повторили, какие-то положительные результаты оно всё-таки принесло: она стала употреблять пищу, но внутреннее состояние не улучшилось.

В течение десяти лет она жила в уединении, но могла внезапно ударить своего соседа, могла вцепиться в волосы чужому человеку неожиданно и неожиданно. Девушка стала проявлять агрессивность и по отношению к ещё жившим тогда родителям. Она отказывалась соблюдать элементарные правила гигиены, могла ударить мать, быть наглой, даже дикой. Врачам она сказала позже, что дьявол смотрит на неё из родителей, дословно: «.. der Teufel schaut aus meinen Eltern».

Её состояние улучшилось только после того, как она начала употреблять лекарственный препарат. Ещё через десятилетие она утверждала, что была рождена лошадью, то есть появилась на свет из чрева лошади. Ноги у неё тогда были повёрнуты в другую сторону, но после падения с колокольни они выпрямились, и она теперь может, как и все люди, ходить прямо. Женщина утверждает это и сегодня, как и то, что она умеет слышать и понимать животных. Они разговаривают с ней на только ей понятном языке.

Она до сих пор охотно читает религиозную литературу. По вероисповеданию — баптистка. Она ищет контакт к персоналу, отстраняется от жильцов. Большее количе-

ство времени проводит сидя в кресле в комнате, уходя от реальности в свои мысли. Голоса владеют её думами: порой она ищет острые и режущие предметы, производит ими вскрытие в определённых местах тела, выпуская «чёрную заражённую кровь». Позже пытается доходчиво объяснить врачам и персоналу, почему она произвела это вскрытие. Ей непонятно, почему её не понимают. Она уверена в правоте совершаемого, и даже кровь, льющаяся из ран на теле, не может убедить её в обратном.

Сегодня, гуляя с ней по парку, слушая, как она умеет восхищаться каждому распустившемуся цветку, каждой увиденной букашке, как она эмоционально воспринимает пение птиц, шорох листвы, я подумала: «Каждый должен пройти свой путь на земле, пройти так, как определил это Вершитель жизни. Каждому своё. Выдержать, выстоять — задача каждого живого существа на этой планете.»

Сколько ещё неразгаданного в этом мире. Как много загадок таит в себе наше подсознание, наша душа, наши мозговые извилины. Всему своё время. Всему свой черёд. Надо только идти навстречу своей судьбе, не пытаться её обмануть. Не надо растрчивать себя по мелочам. Любите всех и всё в окружающем мире. Любовь — вот главная истина. Она победит зло. Это главное. Добро должно править миром. Добро и понимание боли каждого человека. Умение вовремя прийти на помощь, протянуть руку. Только так можно помочь друг другу в понимании себя и окружающего мира. ☺

## НОВОСТИ

**Новое исследование доказывает:** большинство владельцев домашних животных, которые спят в обнимку со своими питомцами, лучше высыпаются.

В Центре медицины сна в клинике Майо в Скотсдейле, Аризона, были опрошены 150 пациентов. Порядка 56% опрошенных рассказали, что допускают кошек или собак на кровать или в спальню, из них 20% жалуются на то, что животные мешают им спать, а 41% утверждают, что вместе с питомцами им спится лучше.

Люди, предпочитающие спать вместе со своей собакой или кошкой, признались, что это дает им чувство безопасности, защищенности, и это способствует хорошему сну. Особенно это касается одиноких людей, но не только их. Одна замужняя женщина рассказала, что две собаки, устраивающиеся во время сна у ее ног, действуют как обогреватели, а кот, который ложится на грудь, — как успокоительное.

По словам исследователей, многие люди воспринимают домашних зверей как членов семьи. Поскольку человек тратит значительную часть времени на сон, желание, чтобы животное поделило с ним и этот процесс, вполне объяснимо.

Ранее шведские ученые доказали, что проживание с домашними животными снижает риск развития астмы у детей.

<http://www.vokrugsveta.ru/>

### О гриппе

22 февраля в московском управлении Роспотребнадзора объявили о завершении сезонной эпидемии гриппа, а также об отмене карантина в образовательных и медицинских учреждениях. За несколько дней до этого главный санитарный врач России Анна Попова отметила существенное снижение заболеваемости гриппом и ОРВИ. По ее словам, эпидемиологический порог был превышен в 40 регионах. Пик заболеваемости гриппом пришелся на конец января. В связи с резким ростом числа инфицированных был введен карантин в Москве и Санкт-Петербурге, в Якутии, Адыгее, Карелии, Ивановской и Вологодской областях и ряде других регионов.

Случаи смерти от гриппа в 2016 году были зафиксированы, в частности, в Ростовской области, Москве, Екатеринбурге, Петербурге. Основная причина летальных исходов — пневмония, которая развивается в первые несколько суток после начала заболевания. У большинства умерших был выявлен вирус A (H1N1) pdm2009, также известный как свиной грипп.

<https://news.mail.ru/>



Кружковская И. О.,  
психолог, Санкт-Петербург, Россия

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Человек и животные способны испытывать боль. Когда домашний питомец страдает от боли, хозяин также переживает сильнейшую гамму чувств. Каждый из нас помнит свое состояние, когда очень хочешь помочь близкому человеку или питомцу облегчить его физическую боль и избавиться от страдания. Иногда мы задумываемся над важным вопросом: «Какая боль сильнее — физическая или душевная?».

То есть боль, как правило, нечто большее, чем чистое ощущение, связанное с существующим или возможным органическим повреждением, поскольку обычно сопровождается эмоциональным переживанием.

Медицинская энциклопедия дает следующее определение боли:

«Боль — физическое или эмоциональное страдание, мучительное или неприятное ощущение, мучение. Является одним из симптомов ряда заболеваний».

Слово *боль* является общеславянским, имеет родственные слова в индоевропейских языках: древне-восточно-немецкое *balo* — беда, болезнь; древне-индийское *bhal* — мучить, умерщвлять; готское *balwjan* — мучить, терзать.

С точки зрения медицины, боль — это:

- вид чувства, своеобразное неприятное ощущение;
- реакция на это ощущение, которая характеризуется определённой эмоциональной окраской, рефлекторными изменениями функций внутренних органов, двигательными безусловными рефлексами, а также волевыми усилиями, направленными на избавление от болевого фактора;
- неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с реальным или предполагаемым повреждением тканей, и одновременно реакция организма, мобилизующая различные функциональные системы для его защиты от воздействия патогенного фактора.

Выделяют два основных типа боли: ноцицептивную и нейропатическую.

Их различия обусловлены источниками боли. Ноцицептивная боль является следствием активации рецепторов периферической нервной системы, болевыми стимулами вследствие повреждения ткани. Нейропатическая боль является следствием повреждения или дисфункции центральной нервной системы или периферических нервов.

Длительная боль сопровождается изменением физиологических параметров (кровяное давление, пульс, расширение зрачков, изменение концентрации гормонов).

Международная ассоциация по изучению боли (IASP) дала следующее определение понятию боль:

«Боль — неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения».

Но, давно замечено, что одни и те же болевые стимулы порождают не одинаковые по характеру и выраженности ощущения у разных людей. Даже у одного и того же человека реакция на болевой раздражитель может меняться с течением времени. На характер болевой реакции может влиять ряд факторов, такие как индивидуальные особенности личности, прошлый опыт, культурологические особенности, способность к обучению и, наконец, обстоятельства, при которых происходит болевое воздействие в данный момент.

Согласно современным представлениям, при воздействии болевого стимула включаются механизмы трех уровней, и боль имеет как бы три основных радикала: физиологический (функционирование ноцицептивных и антиноцицептивных систем), поведенческий (болевая поза и мимика, особая речевая и двигательная активность) и личностный (мысли, чувства, эмоции).

Психологические факторы играют при этом одну из основных ролей, причем, участие и вклад этих факторов в болевую перцепцию существенно отличаются при переживании человеком острой, кратковременной боли или хронического болевого состояния.

Особое значение приобретают психологические факторы при хронических болевых синдромах. На сегодняшний день наиболее распространенной является точка зрения, согласно которой психологические нарушения являются первичными, т.е. присутствуют исходно еще до появления алгических жалоб и, возможно, предрасполагают к их возникновению. В то же время, длительно существующая боль может усугублять эмоциональные расстройства. Наиболее частыми спутниками хронической боли признаны депрессия, тревога, ипохондрические и демонстративные проявления. Психологами доказано, что присутствие этих нарушений повышает вероятность появления болевых жалоб и перехода эпизодических болей в хроническую форму.

## БИОЛОГИЧЕСКАЯ И КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ МОДЕЛИ БОЛИ

Для изучения острых и хронических болевых синдромов используются две гипотетические модели.

1. Биологическая (медицинская) модель рассматривает боль как ощущение, в основе которого лежит повреждение ткани или органа, и является полезной для понимания механизмов острой боли. В то же время, эта модель оказывается недостаточной для объяснения происхождения и течения хронических болевых состояний. Например, остаются неясными вопросы: «Почему у двух пациентов с одинаковой локализацией и степенью повреждения тканей ощущение интенсивности боли и способности переносить ее существенно различаются?» или «Почему хирургическое удаление источника боли не всегда полностью устраняет болевой синдром?».

2. Согласно когнитивно-поведенческой модели, боль представляет собой не просто ощущение, а комплекс мультимодальных переживаний. При исследовании боли необходимо изучать не только ее сенсорные механизмы, но принимать во внимание когнитивные, аффективные и поведенческие характеристики, которые определяют переносимость пациентом боли, его болевое поведение и способность справляться с болевой проблемой. Предполагают, что у пациентов с хроническими болевыми синдромами когнитивные оценки в значительной степени влияют на аффективные реакции и поведение, определяя физическую активность и адаптацию. Основное внимание при этом уделяется различным вариантам поведения (активным и пассивным) и когнитивным процессам (отношение к происходящему, надежды, ожидания и др.), которые могут не только поддерживать, но и усугублять болевую проблему. Например, пациенты с хронической болью, имеющие негативные пессимистические ожидания в отношении своей болезни, часто убеждены в собственной беспомощности, не способны справиться со своей болью и контролировать себя. Такой тип когнитивной оценки может не только надолго «зафиксировать» болевую проблему, но привести к пассивному образу жизни и серьезной психосоциальной дезадаптации пациента. Человек «выпадает» из социальной жизни. Кроме того, доказано, что когнитивные процессы могут оказывать непосредственное влияние на физиологию боли, вызывая повышение чувствительности болевых рецепторов, снижение активности антиноцицептивных систем, а также активацию вегетативных механизмов.

## ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ: РОЛЬ ДАННЫХ АНАМНЕЗА И ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА

При обследовании пациента с хронической болью перед врачом стоят несколько задач: определить, имеются ли органические предпосылки для боли, например, повреждение органов или тканей; выяснить, имело ли место такое повреждение в прошлом и каковы его последствия; получить как можно более полную информацию о лечебных и других вмешательствах, которым пациент подвергался ранее, а также о диагнозах, которые ему выставлялись.

Нередко высказанное врачом предположение о наличии у больного серьезного заболевания способствует «закреплению» болевого синдрома, переходу его в хроническую форму и становится причиной душевного страдания пациента. Следует тщательно расспросить больного об обстоятельствах, в т.ч. психологических факторах и эмоциональных переживаниях, которые предшествовали или сопутствовали возникновению боли. Боль в структуре органического синдрома, чаще описываемая пациентами как сверлящая или ноющая, обычно имеет четкую локализацию в области определенного дерматома, усиливается только при определенных движениях или манипуляциях, нередко пробуждает пациента от сна. Пациенты, страдающие психогенными болевыми синдромами, как правило, плохо локализируют свою боль: она присутствует во многих частях тела, может усиливаться то в одной, то в другой области и не зависит от движений; такая боль часто характеризуется пациентами, как «ужасная», «угрожающая» и «посланная в наказание за что-либо». При осмотре пациента с неорганической болью отмечается избыточная и даже неадекватная реакция со стороны больного, слабость во всех мышечных группах болевой зоны, причем, даже незначительные манипуляции врача могут усилить боль. Кроме того, имеется явное несоответствие между незначительно выраженными объективными симптомами и ярким демонстративным поведением пациента.

Но в реальности элементы демонстративного поведения во время осмотра могут наблюдаться и у пациентов с органическими болевыми синдромами.

Примерные вопросы, которые следует задать пациенту с хронической болью и которые могут помочь врачу в дифференциальной диагностике органических и психогенных болевых синдромов:

1. Когда впервые возникла Ваша боль?
2. Где Вы ощущаете боль?
3. При каких обстоятельствах появляется боль?
4. Насколько Ваша боль интенсивна?
5. Присутствует ли боль на протяжении всего дня?
6. Влияют ли на боль движения и изменение позы?
7. Какие факторы: а) ухудшают боль; б) облегчают боль?
8. С тех пор, как у Вас впервые появилась боль, что Вы стали делать реже, а что чаще?
9. Влияет ли боль на ваше настроение, и влияет ли настроение на Вашу боль?
10. Какой эффект оказывают лекарства на Вашу боль?

## ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

К развитию хронического болевого синдрома могут predispose семейные, социально-экономические и культуральные факторы, пережитые в прошлом жизненные события, а также особенности личности больного. В частности, специальный опрос пациентов с хроническими болевыми синдромами показал, что их ближайшие родственники часто страдали от мучительных болей. В таких «болевых семьях» в нескольких поколениях может формироваться специфическая модель реагирования на боль. Замечено, что у детей, родители которых часто жаловались на боль, чаще, чем в «неболевых» семьях, воз-



никали различные болевые эпизоды. Кроме того, дети, как правило, перенимали болевое поведение своих родителей. Доказано, что в семье, где один из супругов проявляет излишнюю заботу, вероятность возникновения у второго супруга болевых жалоб значимо выше, чем в обычных семьях.

Та же закономерность прослеживается в отношении гиперопеки над детьми со стороны родителей. Пережитые в прошлом события, особенно физическое или сексуальное насилие, также могут иметь значение для возникновения в последующем болевого синдрома. Лица, занимающиеся тяжелым ручным трудом более подвержены развитию хронической боли, часто преувеличивают свои болевые проблемы, стремясь получить инвалидность или более легкую работу.

Доказано также, что чем ниже культурный и интеллектуальный уровень пациента, тем выше вероятность развития у него психогенных болевых синдромов и соматоформных расстройств. Все эти факты подтверждают важную роль семейных, культуральных и социальных факторов в развитии хронических болевых синдромов.

### **РОЛЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ**

На протяжении многих лет в литературе ведется дискуссия о роли личностных особенностей индивидуума в развитии и течении болевых синдромов. Структура личности, которая формируется с детства и обусловлена генетическими и внешнесредовыми факторами, прежде всего, культуральными и социальными, является, в основном, стабильной характеристикой, присущей каждому индивидууму и, в целом, сохраняет свое ядро после достижения зрелого возраста. Именно особенности личности определяют реакцию человека на боль и его болевое поведение, способность переносить болевые стимулы, спектр эмоциональных ощущений в ответ на боль и способы ее преодоления. Например, обнаружена достоверная корреляция между переносимостью боли (болевым порогом) и такими чертами личности, как интра- и экстравертированность и невротизация (невротизм). Экстраверты во время болевых ощущений более ярко выражают свои эмоции и способны игнорировать болевые сенсорные воздействия. В то же время, невротичные и интравертированные (замкнутые) индивидуумы «страдают в тишине» и оказываются более чувствительными к любым болевым раздражителям.

Аналогичные результаты получены у лиц с низкой и высокой гипнабельностью. Высокогипнабельные индивидуумы легче справлялись с болью, находя пути к ее преодолению гораздо быстрее, чем низкогипнабельные. Кроме того, люди, обладающие оптимистическим взглядом на жизнь, отличаются большей толерантностью к боли, чем пессимисты. В одном из крупнейших исследований в этой области было показано, что для пациентов с хроническими болевыми синдромами характерны не только ипохондрические, демонстративные и депрессивные черты личности, но и зависимые, пассивно-агрессивные и мазохистские проявления. Было выдвинуто предположение, что здоровые индивидуумы, обладающие такими личностными особенностями, более склонны к развитию хронической боли.

### **РОЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ**

Индивидуальные различия в реагировании пациентов на боль часто связывают с наличием у них эмоциональных нарушений, из которых наиболее часто встречается тревога. При изучении взаимоотношения между личностной тревожностью и степенью боли, возникающей в послеоперационном периоде, оказалось, что наиболее выраженные болевые ощущения после перенесенной операции наблюдались у тех пациентов, которые имели максимальные показатели личностной тревожности в предоперационном периоде. Моделирование острой тревоги нередко используется исследователями для изучения ее влияния на течение болевых синдромов. Любопытно, что увеличение тревоги не всегда влечет за собой нарастание боли. Острый дистресс, например, страх, может в какой-то степени подавить болевые ощущения, возможно, посредством стимуляции высвобождения эндогенных опиоидов.

Применение психологических релаксационных методик позволяет значительно снизить интенсивность болевых ощущений у пациентов с различными болевыми синдромами. В то же время, высокая тревога как ответ на острый эмоциональный дистресс может свести на «нет» достигнутый результат и вновь вызвать усиление боли. Кроме того, высокая тревожность пациента отрицательно влияет на выбор им стратегий преодоления боли. Когнитивно-поведенческие методики оказываются более эффективными, если предварительно удастся понизить у пациента уровень тревоги.

### **БОЛЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ**

Все многообразие поведенческих реакций, возникающих у человека в период острой или хронической боли, объединяется под термином «болевое поведение», которое включает в себя вербальные (высказывание жалоб, восклицания, вздохи, стоны) и невербальные реакции (гримаса боли, антальгическая поза, прикосновения к болевой области, ограничение физической активности, прием лекарств).

Болевое поведение индивидуума зависит не только от характера и интенсивности боли, но в значительной степени определяется особенностями его личности и внешними факторами, например, реакцией окружающих людей. Болевое поведение может иметь негативное влияние на пациента с хронической болью, в основном, за счет двух механизмов: подкрепления (поддержки извне) и прямого влияния на дезадаптацию пациента. Механизм подкрепления состоит в том, что, демонстрируя свою боль врачу или окружающим людям, пациент получает сочувствие и поддержку с их стороны. В этом случае он как бы использует болевое поведение для достижения определенных целей: избежать выполнения нежелательных обязанностей, получить более легкую работу или инвалидность. Чем больше внимания и поддержки получает пациент от окружающих, тем чаще он использует болевое поведение в своих целях, что в конечном итоге приводит к закреплению болевой проблемы. Кроме того, такие проявления болевого поведения, как ограничение физической активности, вынужденная поза, потребность

в посторонней помощи сами по себе ограничивают активность и адаптацию пациента и надолго «выключают» его из нормальной жизни.

Степень болевого поведения коррелирует с субъективной оценкой пациентами интенсивности боли: чем выше субъективная интенсивность боли, тем ярче выражено болевое поведение. Значительное влияние на характер болевого поведения у пациентов с хроническими болевыми синдромами оказывают когнитивные факторы, такие как отношение к своей болезни, готовность к «борьбе», надежда на исцеление или, напротив, отсутствие веры в излечение. Замечено, например, что верующие люди легче переносят боль и быстрее находят пути к ее преодолению.

**Шкалы оценки боли** предназначены для определения интенсивности боли. Шкалы позволяют оценить субъективные болевые ощущения, которые испытывает пациент в момент исследования. Наиболее широкое распространение получили вербальные, визуальные и цифровые шкалы или шкалы, в которых сочетаются все три варианта оценки.

## ВЕРБАЛЬНЫЕ РЕЙТИНГОВЫЕ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ БОЛИ

### Verbal Rating Scale

Вербальная рейтинговая шкала позволяет оценить интенсивность выраженности боли путем качественной словесной оценки. Интенсивность боли описывается определенными терминами в диапазоне от 0 (нет боли) до 4 (самая сильная боль). Из предложенных вербальных характеристик пациенты выбирают ту, которая лучше всего отражает испытываемые ими болевые ощущения.

Одной из особенностей вербальных рейтинговых шкал является то, что словесные характеристики описания боли могут быть представлены на рассмотрение пациентов в произвольном порядке. Это поощряет пациента к тому, чтобы выбрать именно ту градацию боли, которая основана на семантическом содержимом.

## ВЕРБАЛЬНАЯ ОПИСАТЕЛЬНАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ БОЛИ

**Verbal Descriptor Scale** (Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990)

При использовании вербальной описательной шкалы у пациента необходимо выяснить, испытывает ли он какую-либо боль прямо сейчас. Если боли нет, то его состояние оценивается в 0 баллов. Если наблюдаются болевые

ощущения, необходимо спросить: «Вы могли бы сказать, что боль усилилась, или боль невообразимая, или это самая сильная боль, которую вы когда-либо испытывали?» Если это так, то фиксируется самая высокая оценка в 10 баллов. Если же нет ни первого, ни второго варианта, то далее необходимо уточнить: «Можете ли вы сказать, что ваша боль слабая, средняя (умеренная, терпимая, несильная), сильная (резкая) или очень (особо, чрезмерно) сильная (острая)».

Таким образом, возможны шесть вариантов оценки боли:

- 0 — нет боли;
- 2 — слабая боль;
- 4 — умеренная боль;
- 6 — сильная боль;
- 8 — очень сильная боль;
- 10 — нестерпимая боль.

Если пациент испытывает боль, которую нельзя охарактеризовать предложенными характеристиками, например между умеренной (4 балла) и сильной болью (6 баллов), то боль оценивается нечетным числом, которое находится между этими значениями (5 баллов).

Вербальную описательную шкалу оценки боли можно применять и у детей старше семи лет, которые способны ее понять и использовать. Данная шкала может быть полезна для оценки как хронической, так и острой боли.

Шкала одинаково надежна как для детей младшего школьного возраста, так и более старших возрастных групп. Помимо этого, данная шкала эффективна и у различных этнических и культурологических групп, а также у взрослых с незначительными нарушениями познавательных способностей.

## ЛИЦЕВАЯ ШКАЛА БОЛИ

**Faces Pain Scale** (Bien, D. et al., 1990)

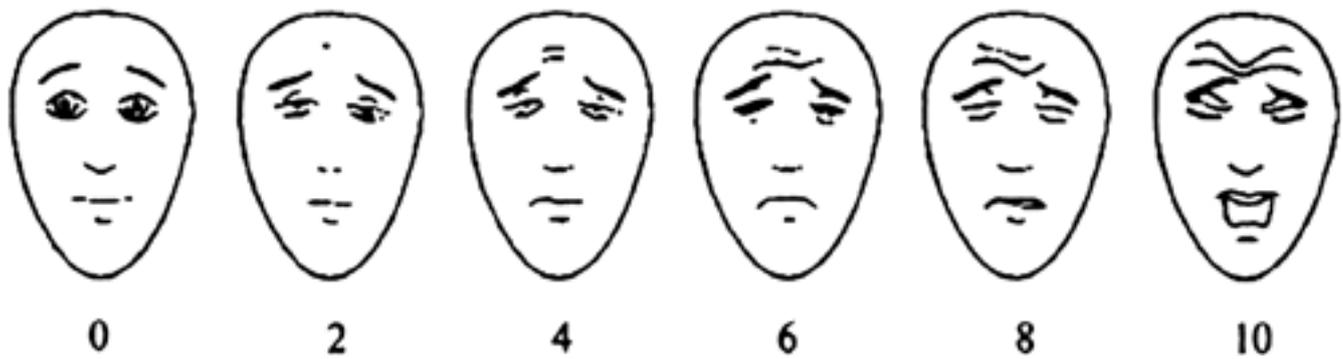
Лицевая шкала боли была создана в 1990 г. Bieri D. и соавт. (1990).

Авторы разработали шкалу с целью оптимизации оценки интенсивности боли ребенком, используя изменение выражения лица в зависимости от степени испытываемой боли. Шкала представлена картинками семи лиц, при этом первое лицо имеет нейтральное выражение. Последующие шесть лиц, изображают нарастающую боль. Ребенок должен выбрать то лицо, которое, по его представлению, лучше всего демонстрирует тот уровень боли, которую он испытывает.

Лицевая шкала боли имеет несколько особенностей по сравнению с другими рейтинговыми лицевыми шкалами оценки боли. Во-первых, она в большей степени явля-



Лицевая шкала боли



Модифицированная лицевая шкала боли

ется пропорциональной шкалой, а не порядковой. Кроме того, преимуществом шкалы является и то, что детям легче соотнести собственную боль с рисунком лица, представленного на шкале, чем с фотографией лица. Простота и легкость использования шкалы делают возможным ее широкое клиническое применение. Шкала не валидизирована для работы с детьми дошкольного возраста.

### МОДИФИЦИРОВАННАЯ ЛИЦЕВАЯ ШКАЛА БОЛИ

**The Faces Pain Scale-Revised (FPS-R)** (Von Baeyer C. L. et al., 2001)

Carl von Baeyer со студентами из Университета Saskatchewan (Канада) в сотрудничестве с Pain Research Unit модифицировал лицевую шкалу боли, которая получила название модифицированной лицевой шкалы боли. Авторы вместо семи лиц в своей версии шкалы оставили шесть, сохранив при этом нейтральное выражение лица. Каждое из представленных в шкале изображений получило цифровую оценку в диапазоне от 0 до 10 баллов. Инструкция по использованию шкалы:

«Посмотри внимательно на эту картинку, где нарисованы лица, которые показывают, какое количество боли можно иметь. Это лицо (покажите самое левое) показывает человека, которому совсем не больно. Эти лица (покажите каждое лицо слева направо) показывают людей, у которых боль увеличивается, нарастает. Лицо справа показывает человека, которому нестерпимо больно. Теперь укажи мне лицо, указывающее, насколько тебе больно в данный момент».

### ВИЗУАЛЬНАЯ АНАЛОГОВАЯ ШКАЛА (ВАШ)

**Visual Analogue Scale (VAS)** (Huskisson E. C., 1974)

Этот метод субъективной оценки боли заключается в том, что пациента просят отметить на неградуированной линии длиной 10 см точку, которая соответствует степени выраженности боли. Левая граница линии соответствует определению «боли нет», правая — «худшая боль, какую можно себе представить». Как правило, используется бумажная, картонная или пластмассовая линейка длиной 10 см.

С обратной стороны линейки нанесены сантиметровые деления, по которым врач (а в зарубежных клиниках это обязанность среднего медперсонала) отмечает полученное значение и заносит в лист наблюдения. К безусловным преимуществам этой шкалы относятся ее простота и удобство.

Также с целью оценки интенсивности боли можно использовать и модифицированную визуально-аналоговую шкалу, в которой интенсивность боли определяется также различными оттенками цветов.

Недостатком ВАШ является ее одномерность, т.е. по этой шкале больной отмечает лишь интенсивность боли. Эмоциональная составляющая болевого синдрома вносит существенные погрешности в показатель ВАШ.

При динамической оценке изменение интенсивности боли считается объективным и существенным, если настоящее значение ВАШ отличается от предыдущего более чем на 13 мм.

### ЧИСЛОВАЯ ШКАЛА БОЛИ (ЧСБ)

**Numeric Pain Scale (NPS)** (McCaffery M., Beebe A., 1993)

По изложенному выше принципу построена еще одна шкала — числовая шкала боли. Десятисантиметровый отрезок разбит метками, соответствующими сантиметрам. По ней пациенту легче, в отличие от ВАШ, оценить боль в цифровом выражении, он гораздо быстрее определяет ее интенсивность на шкале. Однако оказалось, что при повторных тестах пациент, помня числовое значение предыдущего измерения, подсознательно воспроизводит не реально существующую интенсивность боли, а стремится остаться в области названных ранее величин. Даже при ощущении облегчения больной старается признать более высокую интенсивность, дабы не спровоцировать доктора на снижение дозы опиоидов и пр., — так называемый симптом страха повторной боли. Отсюда стремление клиницистов отойти от цифровых значений и заменить их словесными характеристиками интенсивности боли.

### ШКАЛА БОЛИ BLOECHLE

**Pain scale of Bloechle et al.** (Bloechle C., Izbicki J. R. et al., 1995)

Шкала была разработана для оценки интенсивности боли у пациентов с хроническим панкреатитом. Она включает в себя четыре критерия:

1. Частота приступов боли.
2. Интенсивность боли (оценка боли по шкале ВАШ от 0 до 100).
3. Потребность в анальгетиках для устранения боли (максимальная степень выраженности — потребность в морфине).

## 4. Отсутствие работоспособности.

NB!: Шкала не включает в себя такой характеристики, как продолжительность приступа боли.

При использовании более одного анальгетика потребность в анальгетиках для устранения боли приравнивается к 100 (максимальная оценка). При наличии непрерывной боли она также оценивается в 100 баллов. Оценка по шкале производится путем суммирования оценок по всем четырем признакам. Индекс боли рассчитывается по формуле: Общая оценка по шкале/4. Минимальная оценка по шкале равна 0, а максимальная — 100 баллам. Чем выше оценка, тем интенсивнее боль и ее воздействие на пациента.

### ШКАЛА ОЦЕНКИ БОЛИ В ОРИТ НА ОСНОВЕ НАБЛЮДЕНИЯ

**Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)** (Gelinas C., Fortier M. et al., 2004)

Шкала CPOT может быть использована для оценки боли у взрослых пациентов в ОРИТ. Она включает в себя четыре признака, которые представлены ниже:

1. Выражение лица.
2. Двигательные реакции.
3. Напряжение мышц верхних конечностей.
4. Речевые реакции (у неинтубированных) или сопротивление вентильатору (у интубированных) пациентов.

### СТРАТЕГИИ ПРЕОДОЛЕНИЯ БОЛИ

Способности «болевых» пациентов справляться со своей болью посвящено много специальных исследований. Совокупность когнитивных и поведенческих приемов, используемых пациентами с хроническими болевыми синдромами, для того чтобы справиться со своей болью, уменьшить ее интенсивность или смириться с ней, получили название стратегий преодоления боли, или копинг-стратегий (coping strategies, от англ. to cope — справляться). Особое значение приобретают стратегии преодоления при хронической боли. Согласно одному из широко применяющихся методов исследования стратегий преодоления, наиболее распространенными являются несколько копинг-стратегий, таких как: отвлечение внимания от боли, реинтерпретация болевых ощущений, игнорирование болевых ощущений, молитвы и надежды, катастрофизация.

Доказана значимая взаимосвязь между видом используемых стратегий преодоления и такими параметрами, как интенсивность боли, общее физическое самочувствие, степень активности и работоспособности, уровень психологического дискомфорта. Пациенты, которые активно используют несколько стратегий, имеют достоверно более низкий уровень боли и, в целом, легче переносят ее. Показано, что обучение использованию более совершенных стратегий позволяет улучшить психологический контроль болевых ощущений, повысить физическую активность и качество жизни пациентов. С этой целью используются различные когнитивно-поведенческие методики, такие как психологическая релаксация, биологическая обратная связь, упражнения с воображаемыми образами.

### БОЛЬ И ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

Известно, что психические нарушения могут способствовать развитию болевых синдромов в трех основных вариантах: в рамках истерического или ипохондрического расстройства, в сочетании с депрессией и при психотических состояниях.

Боль нередко обнаруживается у больных с демонстративно-ипохондрическими расстройствами и во многих случаях является единственным проявлением психологического дистресса. Как правило, больные, не способные распознать наличие психологического конфликта, выражают свои эмоциональные переживания в виде боли или других соматических симптомов и классифицируются как имеющие соматоформное расстройство. Такие пациенты бессознательно преувеличивают свои симптомы, чтобы убедить врача в том, что он имеет дело с серьезным заболеванием. Нередко больные испытывают существенное облегчение, как только врач устанавливает диагноз конкретного заболевания, при условии, что оно не является прогрессирующим и имеет хороший прогноз. Характерная для ипохондрического невроза триада — упорная убежденность в наличии заболевания, страх перед ним и озабоченность своими телесными симптомами — редко обнаруживается у пациентов с хронической болью.

Хроническая боль часто сочетается с депрессией. У 30–40% пациентов с хроническими болевыми синдромами диагностируется депрессия в соответствии с принятыми диагностическими критериями. Показано, что имеющаяся у пациента депрессия, как правило, рано или поздно приведет к возникновению того или иного болевого синдрома — так называемого синдрома «депрессия-боль». Так, специальный опрос позволил выявить у пациентов, страдающих хроническими болевыми синдромами различной локализации, определенный уровень депрессии еще до появления первых болевых жалоб. В медицинской литературе обсуждаются три возможных механизма взаимосвязи боли и депрессии: длительно существующий болевой синдром приводит к развитию депрессии; депрессия предшествует возникновению болевого синдрома, причем боль нередко является первым проявлением депрессивного расстройства, и, наконец, депрессия и боль развиваются независимо друг от друга и существуют параллельно.

Наиболее вероятно, что депрессия является важнейшим предрасполагающим фактором для развития хронической боли и трансформации эпизодических болей в хронические. Тем не менее, нельзя отрицать, что длительно существующий болевой синдром, приносящий больному страдания, в свою очередь, способствует углублению депрессивных и других эмоциональных расстройств. Даже оставляя в стороне вопрос о первичности и вторичности депрессивных расстройств у больных с болевыми синдромами, очевидно, что депрессия является важнейшим компонентом многих хронических болевых состояний и требует лечения.

При существовании различных взглядов на тесную связь боли и депрессии наиболее признанными являются представления об общих нейрохимических механизмах этих двух феноменов. Показано также, что при депрес-



сии облегчается сенсорная передача боли из-за соматического фокусирования — повышенного внимания к болевой зоне. Депрессивное состояние обуславливает специфическое болевое поведение пациента с хронической болью и приводит к существенному ограничению выбора стратегий преодоления боли, из которых наиболее часто встречается катастрофизация. В результате, пациенты начинают воспринимать боль как состояние, угрожающее их здоровью или даже жизни, и становятся еще более депрессивными. В конечном итоге они теряют веру в возможность преодоления болевой проблемы и надежду на излечение, рассматривают свое будущее как мрачное и безнадежное и полностью отказываются от борьбы. У пациентов, страдающих хроническими болевыми синдромами и депрессией, как правило, нарушается социальная и профессиональная адаптация, а качество жизни оказывается существенно сниженным. Чем больше хроническая боль ограничивает жизненную активность и нарушает качество жизни пациента, тем более раздражительным и озлобленным он становится.

Очевидна связь между депрессивным настроением и показателями болевой чувствительности. В ряде экспериментов ученым удалось показать, что при моделировании депрессивного фона настроения (прочтение текстов соответствующего содержания) у испытуемых снижалась толерантность к холодовой нагрузке, при этом показатели интенсивности болевых ощущений (по данным визуальной и вербальной аналоговых шкал) оставались неизменными. Напротив, улучшение настроения сопровождалось повышением устойчивости к холодовой нагрузке. В ряде работ было выдвинуто предположение, что фон настроения скорее оказывает влияние на поведенческий компонент ответа на болевой стимул, чем на интенсивность болевых ощущений, т.е. определяет способность справляться с болью.

В разработанной Международной ассоциацией по изучению боли (IASP) классификации, болевой синдром неорганической природы в сочетании с депрессией рассматривается как отдельная категория. Хорошо известно, что у таких больных наиболее эффективным является психотерапия и лечение антидепрессантами, а не монотерапия анальгетиками.

Психологические факторы определяют предрасположенность индивидуума к развитию болевых синдромов, оказывают существенное влияние на болевое поведение и выбор стратегий преодоления боли, играют ведущую роль в трансформации эпизодических болей в хронические, а также в значительной степени определяют перспективы лечения и прогноз. При лечении болевых синдромов, особенно имеющих хроническое течение, врачу необходимо принимать во внимание целый ряд когнитивно-поведенческих аспектов и, наряду с психотропными препаратами, включать в терапевтические схемы специфические методики, такие как: психологическая релаксация и аутотренинг, биологическая обратная связь, обучение более прогрессивным стратегиям преодоления боли.

Исследование пациента с хроническим болевым синдромом складывается из нескольких этапов:

1. Исключение органической причины болевого синдрома

2. Выявление психологических, социо-культурных и семейных предпосылок для развития болевого синдрома — Предположение о психогенной природе болевого синдрома

3. Оценка степени имеющихся психических и/или эмоционально-личностных нарушений (истерический или ипохондрический невроз, соматоформное расстройство, депрессия, тревога, гнев, страх и др.) — Исключение или подтверждение диагноза психического заболевания

4. Изучение когнитивно-поведенческих факторов и степени адаптации пациента (характер болевого поведения, выбор стратегий преодоления боли, оценка качества жизни)

5. Выбор оптимального терапевтического подхода (сочетание психотропной фармакотерапии с психологическими и поведенческими методиками).

То есть боль, как правило, нечто большее, чем чистое ощущение, связанное с существующим или возможным органическим повреждением, поскольку обычно сопровождается эмоциональным переживанием. Это широкий спектр мультимодальных переживаний личности. Какова бы ни была причина боли, которую испытывает человек, возможно, самое главное то, что человек не должен оставаться один на один со своей болью. Пациент и любой из нас должен быть уверен в том, что ему будет протянута рука помощи: врача, родственника, друга, близкого человека.

## ТЕСТЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Тест ситуативной и личностной тревожности

Ч. Спилбергера

Визуальный тест на депрессию

Скрининг-тест на депрессию

Сложные аналогии

Угрожает ли Вам нервный срыв?

Характерологический тест Шмишека

Шкала депрессии Бека

Шкала депрессии НИИ им. Бехтерева

Шкала депрессии DEPS

Шкала депрессии SCL-90

Шкала тревоги и депрессии

Шкала тревоги Тейлора



## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Диагностика здоровья. Психологический практикум. /Под ред. проф. Г.С.Никифорова-СПб.: Речь 2007–950 с.

2. Миофасциальный болевой синдром: А.П.Рачин, К.А.Якунин, А.В.Демешко — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2011 г. — 120 с.

3. Неосложненная преэклампсия: В.В.Ветров, В.А.Воинов, Д.О.Иванов — Москва, Информ-Навигатор, 2013 г. — 168 с.

4. Патофизиологические аспекты болевого синдрома и его фармакологическая коррекция. Руководство для врачей с тестовыми заданиями: А.Г.Муляр, С.А.Рабинович, Е.В.Зорян — Москва, МГМСУ, Медицинское инфор, 2005 г. — 112 с.



# МЕДИЦИНА ЯЗЫЧЕСКОЙ ДРЕВНЕЙ РУСИ

*«Наука дивная таится  
Под кровом вечной тишины,  
Среди лесов в глуши далекой  
Живут седые колдуны...»*

*А. С. Пушкин «Руслан и Людмила»*

Источниками сведений о состоянии медицины Древней Руси являются легенды, сказания, былины, а также заговоры, при сказки, пословицы, поговорки и т. д. Пословицы, по мнению В. Даля, — сокращенные притчи, имеют большое значение для изучения истории народа. В ряду этих источников занимают одно из главных мест старинные лечебники и травники. Несмотря на то что они относятся по времени своего появления к более позднему историческому периоду, тем не менее, в них содержится много традиционного, перешедшего в них из языческого периода русской истории.

Первичный зачаток русской народной медицины следует искать в знахарстве и колдовстве древних славян. Эта народная медицина отличалась одной чертой, не свойственной первичным ступеням западноевропейской медицины. Дело в том, что русская народная медицина не знала жреческой организации, которая отмечает собою первые ступени развития медицины у романских и германских народов. Волхования, заклинания, заговоры, наговоры, основанные на вере в таинственные силы природы, являются преобладающими орудиями древнерусской медицины наряду с простыми, чисто механическими средствами врачевания телесных болезней.

В языческой Руси, олицетворявшей в своих божествах силы природы, хранителями и носителями высших интеллектуальных познаний своего племени, в том числе и медицины, были старшие в роду (старцы, «калики перехожие»). Они совмещали в себе и отправление внешнего религиозного культа, и хранение преданий, и вещание права. Обладали они и тайнами первобытного врачебного искусства. «Калики перехожие» исцеляют Илью Муромца, который, согласно былинам, «тридцать три года сиднем сидел в селе Карачарово», и возвращают ему силы, дав «испить чарочку питьяца медвяного».

В культ предков древних славян входили также и анимистические представления (ани-

ма — душа). В представлении наших пращуров особое место занимала реинкарнация (перевоплощение), основанная на представлении об особой жизненной силе, существующей отдельно с человеком. Один и тот же физический облик принадлежит и живому человеку, действующему, двигающемуся, думающему, и мертвому, трупу, внешне напоминающему живого, но неподвижному, бесчувственному, ибо жизненная сила («душа») отделилась от него куда-то. Когда человек умирал, по представлениям древних славян, душа его, или дух, уходила из тела, как «дымец малый», а судьба этих духов была различна. Часть из них остается на земле, творя добро и зло, другая часть отправляется на небо, продолжая влиять на жизнь потомков. Считалось также, что души умерших ищут себе пристанище в животных, предметах, поэтому многие лечебные приемы связывали с животными: при головной боли сажали на лоб щенка, при лихорадке привязывали рядом козу и т. д.

У древних славян родоначальника называли Чуром или Шуром («чур меня»). Чур — хранитель рода. Хранители дома — домовые. Глава племени должен был «держатъ связь» с духами-прародителями. Посредниками между человечеством и таинственными силами природы считались также кудесники, волхвы, ведуны, ведуньи, играющие видную роль в древних летописных сказаниях и в произведениях устной народной словесности. Эти посредники могли использовать свою силу и на благо, и во вред человеку — исцелить или покарать.

Кстати, главным образом, эта сила приписывалась женщинам, так как, по свидетельству специалистов, «вообще языческий идеал присваивает женской личности мифическую сущность, она обладает даром гаданий, чарований, пророчества, знает тайны естества, и потому в ее руках по преимуществу хранится врачевание от болезней и, следовательно, колдовство, ведовство, заговоры, заклинания. Она в близких связях с мифическими силами, в ее руках и добро, и зло этих сил» (Зыбелин. И. Е., 1872).

*Источник:*

*Горелова Л. Е. РМЖ, № 4, 2000, с. 185*

*Продолжение следует...*



# ВОЗМОЖНОСТИ СОТРУДНИЧЕСТВА МЕДИЦИНЫ НАРОДНОЙ И КЛАССИЧЕСКОЙ

*«Человеческому невежеству приятно и весьма утешительно считать вздор всё то, что неподвластно собственному пониманию».*

*Д. И. Фонвизин*

«Мы живем во времена противоречий. Наряду с высоким уровнем образованности населения, обеспеченности его различного рода дипломами и сертификатами присутствует также высокий уровень всеобщего невежества, чуть мы отойдем в сторону от заученного в институтах и академиях материала...

Когда впервые в этом медицинском журнале вполне осознанно, предварительно изучая тему в течение двух лет, я начала серию публикаций бесед с известным санкт-петербургским целителем Юрием Кретовым, то сразу столкнулась с двумя полярными мнениями. Одни читатели звонили, чтобы узнать, как попасть на прием к этому удивительному человеку, тут же рассказывая про свои проблемы, мытарства и безрезультатные хождения по мукам в бесконечных коридорах нашей официальной медицины. Другие были настроены крайне агрессивно, но как бы из «добротного отношения ко мне» настоятельно советовали «одуматься» и прекратить эти публикации, чтобы «не портить репутацию» себе и своему журналу. Поначалу я вступала с ними в полемику, пытаюсь объяснить, что тема эта не так проста, как им кажется, что она крайне актуальна, и что кто-то, в конце концов, должен вывести ее из тени и начать дискуссию. Но потом я поняла, что зря трачу драгоценное время, отнимая его от настоящего дела.

Поэтому все, что далее написано, — для тех, кто понимает. Никого и ни в чем убеждать я не берусь, агитировать и призывать тоже. Однако те, кто прочтет этот материал, полученный путем кропотливого исследования, многочисленных интервью с целителями, психологами, священниками, учеными, а также с теми, кто преодолел свои недуги, воспользовавшись, как нам кажется, необычными методами исцеления, — получат массу новых знаний о еще одной, пока мало изученной стороне народной медицины, поймут, насколько это возможно, механизмы происхождения «чудес», в частности, чудес исцеления, вспомнят народные сказки, в которых, как выясняется, больше правды, чем выдумки, поразмышляют, зачем мы видим сны и почему они порой сбываются, откроют для себя некоторые тайны потустороннего мира, и как он взаимодействует с миром живых... Здесь вы найдете и свидетельства очевидцев, мягко выражаясь, «странных» событий, и результаты необычных экспериментов, и мнения самых разных специалистов и неравнодушных людей».

Этими словами начинается новая книга о феномене целительства и прозорливости, которая скоро выйдет в свет

под названием «Волшебники». В основу книги положены материалы бесед с народными целителями, а также с учеными, которые изучают подобные необычные явления и относятся к ним крайне серьезно, в отличие от большинства обывателей.

## ТЕРМИНОЛОГИЯ

В народе прижилось не очень приятное на слух, но отражающее суть явления слово «экстрасенс». Если точно истолковывать, то это значит «сверхчувствующий человек». На самом деле, оно так и есть. Но после появления в нашей стране многочисленных «школ экстрасенсов», выпускающих сотнями этих «сверхчувствующих людей», которые потом, не Бог весть, чем занимаются, отношение к данному слову стало крайне негативным. В том числе и у меня.

Слово «целитель», наверное, пока более благозвучно, безобидно что ли... Однако и им стали активно спекулировать некоторые люди, сделавшие себе бизнес на почве своих способностей. А в бизнесе главное — прибыль. Но никак не духовное начало. А раз главное прибыль, в ход идет все: привороты, отвороты, заклятья, сомнительные ритуалы и т.п. Разборчивость здесь ни к чему, когда платят большие деньги. Все происходит на потоке. И реклама соответствующая. Также подобные «целители» любят себя величать «магами», «ясновидящими», окружать себя «колдовскими» атрибутами, специально создавая таинственную обстановку, и придумывать себе громкие звучные имена. И благодаря этому широко развернувшегося с 90-х годов бизнесу, люди стали в большинстве своем, мягко выражаясь, побаиваться всего необычного, нового, альтернативного в нашей медицине. Более того, пришлось столкнуться с таким мнением, что обратиться за помощью к целителю считается чуть ли не «великим грехом»... Так и говорят, мол, «раз я верующий человек, мне этого нельзя!» Хочется спросить, а при чем тут вера?! В наших православных храмах тоже есть и прозорливые люди, и люди со сверхспособностями, которые исцеляют недуги прихожан, кстати, не только с помощью молитв, но и наложением рук, и т.д. Неужели, если это происходит в стенах церкви, то это правильно, а если за стенами церкви — грех?!

Есть примеры, что и в стенах церкви происходит разное... Так, нам стало известно, что одна из монахинь, приняв постриг, стала активно вести прием верующих в качестве целительницы, используя свои природные способности, и делала это далеко не бескорыстно, причем, ценник ее рос день ото дня, а дабы произвести впечатление на клиентов, она еще использует церковные свечи и ико-

ны! Но это еще не все. Если бы люди исцелялись после всех ее манипуляций, на что-то, наверное, можно было бы даже закрыть глаза, а то ведь статистика сомнительная...

Как-то мне позвонила знакомая журналистка из Москвы и очень быстро, скороговоркой, не давая мне вставить ни единого слова, стала меня убеждать принять активное участие в подготовке выступления перед огромной аудиторией известного и даже «знаменитого» (с ее точки зрения) целителя. Выступление готовилось в одном из Домов культуры Санкт-Петербурга с большим размахом, с продажей соответствующей литературы, дисков и т.д. В общем, в духе современных шоу с целью привлечения внимания и денег.

Подобные предложения у меня сразу вызывают неприятие. Однако мой отказ от участия во всем этом был воспринят, мягко говоря, с непониманием и неподдельным удивлением: «Как Вы не понимаете, ведь это же ЗВЕЗДА! Он — победитель «Битвы экстрасенсов»! *(Для тех, кто не знает, это название передачи на одном из каналов ТВ — прим. Ред.)*. У него шикарный сайт, масса выступлений на телевидении! А кто в Ваших статьях и книгах? У кого Вы берете интервью? Кто знает этих целителей? Ведь они даже не участвуют в «Битве экстрасенсов»! Да, они просто неудачники! Поэтому и боятся участвовать!». Вот такое резюме. Как говорится, без комментариев...

А теперь, чтобы расставить все точки над «i», я немного расскажу вам об этих «неудачниках», которые, действительно, не участвуют в шоу, широко не рекламируют себя и свои уникальные (без всякого преувеличения) способности и уж, конечно, не считают себя ЗВЕЗДАМИ, но, тем не менее, почему-то не зарастают к ним тропинки, протоптанные за много лет людьми, не нашедшими, к сожалению, понимания, помощи и поддержки в нашей официальной медицине.

## ВОЛШЕБНИКИ

**Юрий Васильевич Кретов,  
народный целитель  
и художественный руководитель  
театра «Диклон»,  
Санкт-Петербург.**



Целитель родом из Белоруссии, дар ясновидения обнаружил с самого раннего детства, скрывал это долго от окружающих, чтобы не сочли сумасшедшим, но «шила в мешке не утаишь» — и поначалу родные, а затем и просто знакомые стали обращаться к «необычному» мальчику за советом по поводу тех или иных заболеваний. В 1979 году поступил в Ленинградский институт культуры на отделение по специальности «Режиссура драмы». В институте способности в ясновидении пригодились для снятия головной боли у студентов. А после окончания института какое-то время работал в БДТ под руководством знаменитого Георгия Александровича Товстоногова, о котором вспоминает с большой теплотой и благодарностью, т.к. считает, что многому у него научился, что впоследствии пригодилось при создании своего театра. В БДТ многие пользовались необычными способностями Ю.В. Кретова,

дабы поправить свое здоровье. Так, например, известен факт, что Юрию Васильевичу удалось избавить народного артиста Евгения Лебедева от заикания, появившегося вследствие инсульта, что позволило известному артисту еще не раз выйти на сцену.

Юрий Кретов никогда не учился медицине, психологии, анатомии, кроме обязательной школьной программы. Однако знания, которыми обладает этот человек, порой поражают своей глубиной и точностью. Сейчас, после 10 лет сотрудничества с Ю.В. Кретовым, могу сказать, что уровень его целительского таланта ничуть не уступает уровню известной болгарской целительницы Ванги, к которой съезжались страждущие со всего мира. Недаром Ванга периодически является ему с какими-либо предсказаниями и даже просьбами, причем каждый раз это происходит внезапно (уж как хотите, так и воспринимайте эту информацию)...

Любимая тема Юрия Кретова — это кома. Выводить из комы людей у него получается не то чтобы легко, но, как правило, успешно, если все его рекомендации четко выполняются родственниками больного. Это не быстрый процесс, по времени он может занять как несколько дней, так и год, и два, необходимы терпение и усердие всех, кто в этом участвует, а также понимание врачей. К счастью, многие врачи, особенно, реаниматологи стали с пониманием относиться к рекомендациям представителей народной и альтернативной медицины. По крайней мере, считают, что «в этом что-то есть»... И не отказывают в большинстве своем родственникам произвести какие-то, на первый взгляд, странные, но вполне безобидные манипуляции по рекомендации целителя, считая своего пациента, все равно, «безнадежным». Например, пощекотать пятку больному, поводить магнитом над той или иной областью тела, расположить у изголовья икону и т.д. А иногда, как показывает опыт, даже дистанционное воздействие работой мысли может послужить пусковым механизмом для выхода человека из состояния глубокой комы. Одним из таких механизмов является процедура мысленного «продувания» воздуха через тело пациента. Куда «вдувать», и откуда должен «выходить» воздух после «продувания», — это сугубо индивидуально, и только человек, видящий это «особым зрением», может такие вещи подсказать.

Честно говоря, я горжусь, что как врач, совместно с Ю.В. Кретовым принимала непосредственное участие в дистанционном выведении из комы нескольких пациентов, которых официальная медицина считала полностью «безнадежными». И те, кого приговорили к состоянию «овоща», в настоящее время учатся в вузах, работают, живут полноценной жизнью.

На право «смотреть» Юрия Кретова еще в 1982 г. благословил настоятель Жировицкого монастыря (Белорусия). Это к вопросу о церкви и о том, как сочетается целительство с верой. А что касается науки, то многие ученые, профессора, врачи, физики и т.д. изучают в настоящее время феномен целителя Ю.В. Кретова и относятся к этому более чем серьезно. Он не делает себе рекламы, не организует шоу для демонстрации своих уникальных способностей, не участвует в ТВ-передачах типа «Битвы экстрасенсов» (хотя его поначалу туда приглашали), ему жалко тратить на все это драгоценное время. И ему вполне достаточно сценического успеха его детища — театра «Диклон».



**Татьяна Викторовна Мазалова,  
народная целительница, Анапа  
Краснодарского края.**

Родом из Сибири, дар ясновидения с детства, а на потоке принимает людей с 16 лет. Долго жила на БАМе, где популярность у целительницы была огромная — люди приезжали из разных уголков страны, ставили палатки у ее дома, ждали очереди на прием...



Люди называют Татьяну Мазалову «человек-рентген» за способность видеть насквозь организм человека и диагностировать различные болезни. С молодых лет целительница для диагностики и исцеления использует также воду. «Видеть» по воде и «заряжать» воду — это ее уникальная способность, которая помогла многим людям обрести здоровье.

Татьяна Викторовну приглашали даже работать в одну из государственных поликлиник Иркутска, настолько местные врачи доверяли дару целительницы. Однако эксперимент продолжался недолго. Сама целительница так вспоминает об этом:

«Как-то в Иркутске мне предложили работать в городской поликлинике, определили фиксированную зарплату, я согласилась, шутка ли — целителю предлагают официально работать бок о бок с врачами! Продержалась я там около месяца, больше не смогла. Народу приходило огромное количество, очереди стояли... Тут же в кассе собирали с пациентов деньги, я считаю, слишком большие, я же сама цену не назначала, меня никто не спрашивал об этом... При этом, работала я фактически целыми днями — с утра до вечера. Куда деньги шли — не знаю, понимала только, что мне от этих денег перепала лишь небольшая частичка. Но дело не в этом. Медики смотрели на меня как на возможность на мне заработать, нажиться. Никого не интересовало сотрудничество как таковое. Мне это стало не интересно. Люди и так всегда ко мне шли сотнями... Но я никогда не брала с них столько денег. Кто как благодарил... Так что если говорить о сотрудничестве, то оно должно выглядеть как-то по-другому».

Так и ездит целительница по стране, но не с концертами и шоу, а по 2–3 месяца принимает людей то в Сибири, то на юге России, то в Санкт-Петербурге. И на вопрос, не хотела бы она выступить перед большой аудиторией, Т.Мазалова отвечает: «Это, вообще, не мое — выступать перед целым залом. Я привыкла с людьми беседовать индивидуально. Да, с детства есть дар — исцелять да видеть то, что другие не видят. А дара выступать у меня нет. Я чувствую себя очень не уютно, если приходится все-таки выступать, например, на конференции. Мне сложно даже собраться с мыслями, порой не знаю, а что же я буду рассказывать такого... Вроде, всю жизнь занимаюсь одним и тем же делом, для меня целительство — это мой образ жизни. Вот и все»

На перспективы сотрудничества врачей и целителей все-таки смотрит оптимистично, правда, учитывая свой собственный опыт, считает, что врачи, работающие в одной команде с целителем, должны обладать таким же уровнем духовности, а материальную выгоду ставить

в самый конец. Но что самое главное — надо узаконить деятельность народных целителей, дать возможность им вести прием наряду с врачами, лицензировать и т.д. А выдачу лицензий и контроль этой «особенной» деятельности целительница предлагает поручить самим народным целителям, а никак не дилетантам, не чиновникам. «Я так вижу, что это должен быть какой-то совет целителей. Настоящих целителей, имеющих авторитет в своей среде и у людей. Тут много значит общественное мнение. Чтобы человек был чистым...»

**Уманский А. А., врач-кардиолог,  
биоэнерготерапевт,  
Санкт-Петербург**



Единственный дипломированный врач с большим стажем работы в нашей команде целителей. Он не претендует на звание народного целителя, но по сути таковым является. К счастью, с развитием медицинской науки появилась у нас такая пограничная специальность, мало понятная большинству медиков — биоэнерготерапевт, позволяющая хоть как-то официально назвать то, что может делать человек с необычными способностями.

Более 30 лет Александр Абрамович отслужил в Вооруженных Силах страны военным врачом, затем работал кардиологом в поликлинике. А способности «видеть» проявлялись с молодости, правда, о них заявлять тогда было не принято.

Зато теперь Александр Абрамович «творит чудеса» — проводит диагностику и лечение заболеваний на любом расстоянии, например, по скайпу, силой мысли растворяет бляшки сердечных артерий, заставляет подниматься и разгибаться лежачих больных, устраняет обменные нарушения и т.д. При этом ни у кого не учился этому и считает себя «обыкновенным человеком». Также считает, что такие способности есть у всех и каждого, просто при желании их надо развивать: «Эти возможности заложены свыше в подкорке каждого человека. Совершенно необходимо использование их, в первую очередь, врачами педиатрами, особенно, микро-педиатрами, а также ветеринарными врачами. Вероятно, биоэнергетические способности и возможности определяются особенностями волновой информационной природы каждого человека, но выяснение физической природы этих процессов является делом специалистов — физиков и математиков. Именно в содружестве с ними медики смогут постичь азы биоэнергетических явлений и значительно обогатить спектр лечебно-диагностических методик без вреда для организма человека».

Удивительный доктор имеет патент на лечение глаукомы биоэнергетическим способом, т.е. на расстоянии, все это зафиксировано. Также имеет огромный опыт дистанционного лечения тугоухости. И, разумеется, берется за лечение любой патологии, связанной с сосудами, т.к. по основной своей специальности он врач кардиолог.

А.А.Уманский относится к тем целителям, которые остро чувствуют руками, в т.ч. на расстоянии. Так сам доктор говорит об этом: «На любом расстоянии работаю

руками. Там, где непорядок, идет ощущение избыточного холода. У меня самого практически всегда во время и после работы руки прохладные, так как я руками работаю, отдаю энергию.

Моя врачебная специальность подразумевает знания анатомии и физиологии, владение способами восприятия биоэнергии и биополевою коррекцию, что позволяет проводить диагностику (мануальную) и коррекцию как вблизи от пациента, так и на любом расстоянии, на любом континенте, либо по родственной связи, по фотографии и по телефону. На сегодняшний день это не эксклюзив. Возможности мои не так велики, как бы мне этого хотелось. Я не специалист по ясновидению, чем обладают некоторые целители от природы. Мой инструмент в работе — это «чувствующая рука», поэтому, проводя диагностику, мне нужно последовательно, осмысленно «пройтись» по всем органам».

Международным агентством рекордов и достижений России Уманский А.А. занесен в книгу за самую отдаленную в мире нормализацию внутриглазного давления при глаукоме. За многолетнюю плодотворную работу и заслуги в развитии медицины и целительства народной комиссией президиума совета по общественным наградам Всемирной ассоциации психологов, врачей, духовных и народных целителей награжден орденом «За благие дела».

**Пахлавон Кучкоров, целитель, чтец Корана, филолог, Санкт-Петербург**



Родился и долгое время жил в Таджикистане, окончил факультет русского языка и литературы педагогического института г. Душанбе, преподавал в школе... Казалось бы, судьба — как у всех обычных людей. Если бы не те уникальные способности, которыми наделила его природа.

Обостренной чувствительностью отличался с детства и не понимал, что происходит, пока не попал к имаму, ко-

торый был целителем и работал с четками. Он-то и предрек: «Ты будешь есть этот хлеб... Станешь таким, как я». Потом прорицательница в Узбекистане предсказала Пахлавону, что он будет работать сразу по трем направлениям: видеть, исцелять и читать (имеется в виду Коран). Так и случилось. Пахлавон — один из немногих людей, которые допущены читать Коран с целью исцеления.

Как и все целители нашего исследовательского проекта, Пахлавон довольно скромный человек. Он считает: «Обычно целитель не делает себе рекламы, не устраивает вокруг себя шумихи, не участвует в разных шоу, на него работает «сарафанное радио», люди, получившие эффект, рассказывают об этом своим знакомым, а те — своим и т.д.» И еще он считает, что настоящий целитель не должен делать из своего дара бизнес. Благодарность людей — это одно, а бизнес — другое.

Главный инструмент целителя — молитва. И если во время молитвы перед ним поставить воду, чай, сахар, то эти вещества впитают всю позитивную энергетику и будут обладать целительской силой. И так происходит каждый раз...

К возможности сотрудничества врачей и целителей Пахлавон относится скептически. Конечно, отдельные врачи могут сотрудничать с отдельными целителями, это вполне реально. Но чтобы официальная медицина стала прислушиваться к советам целителей — это будет не скоро, так считает Пахлавон: «То, что все люди считают необычным, для целителей, наоборот, является обычным и будничным. Вы видели фильмы «Гарри Поттер» или «Властелин колец»? А если я скажу, что все события, которые там представлены, не являются выдумкой авторов... Ведь это реальность, которую мы просто не видим глазами! Когда врачи будут серьезно относиться к таким вещам и не считать ясновидение «ерундой», когда будут изучать такие явления, сотрудничество, конечно, будет возможно».

*PS: Подробнее о народных целителях и «чудесах» можно прочесть в книге «Волшебники».*

*М.А. Мамаева.*



## НАШИ КНИГИ...

На свете есть Добро, и есть и Зло. К сожалению, мы часто не думаем об этом. Однако среди людей, обладающих Даром свыше, не все используют этот Дар во благо людям. Все зависит от того, ЧТО стоит за необычными способностями этих людей: Свет или Тьма... Как отличить Зло от Добра в такой сфере, как целительство, как объяснить простым людям, к кому не стоит обращаться ни при каких условиях, а кому все-таки можно доверять, — об этом ведется разговор в книге **«Свет и Тьма или маги, экстрасенсы и целители: кто есть кто?»** с человеком, обладающим уникальными способностями и широко известным, как в Санкт-Петербурге, так и за его пределами, целителем Юрием Васильевичем Кретовым.

Книга есть в редакции.

Справки по тел.: 8-921-589-15-82; e-mail: stella-mm@yandex.ru



# МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ-ВЫСТАВКА «РУКАМИ ЖЕНЩИНЫ»

С о 2 по 4 марта 2016 года прошел Международный форум-выставка «Руками женщины».

Открытие форума-выставки 2 марта началось с заседания круглых столов комитетов ГД по труду, социальной политике и делам ветеранов Соколовой Ирины Валерьевны «Социальная поддержка материнства, как основа государственности», по вопросам семьи, женщин и детей Ушаковой Елены Юрьевны «Женщины в органах законодательной власти».

3 марта открыли пленарное заседание митрополит Казанский и Татарстанский Феофан, Главный раввин Казани и РТ Горелик Нахум Ицхак, Заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Козлова Людмила Вячеславовна, член Комитета Совета Федерации по социальной политике Вепринцева Юлия Владимировна, Член Комитета Совета Федерации по обороне и безопасности Белоконь Оксана Михайловна, председатель исполкома Татарстанского регионального отделения Общероссийской общественной организации «Деловая Россия» Хузина Фарида Юсуповна, ректор Государственного института русского языка им. А.С.Пушкина Русецкая Маргарита Николаевна, генеральный директор интернет-холдинга «Правда.Ру» Новикова Инна Семеновна, начальник отдела культурных программ Управления культуры Министерства обороны РФ Фаллер Ольга Владимировна. Были зачитаны приветственные слова от МИД РФ Захаровой Марии, Посла Германии в РФ Рюдигера фон Фрича, Фонда региональных социальных программ «Наше будущее» Н.И.Зверевой.

Круглые столы вели руководители всероссийских женских организаций «Деловые женщины России» Канивец Наталья, «Союз женских сил» Кузнецова Ольга, МОО «Ассоциация женщин-руководителей» России Хохлачева Людмила Львовна и т.д.

Круглый стол, посвященный актуальным проблемам медицины, вела директор Издательского Дома STELLA, Руководитель Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» к.м.н. Мамаева Марина Аркадьевна (Санкт-Петербург).

На форуме-выставке присутствовали делегаты со всех концов нашей страны от Дальнего Востока до Калининграда.

Международный форум-выставка «Руками Женщины» представляет «онлайн» и «оффлайн» проект в одном лице. В рамках форума проходила выставка декоративно-прикладного искусства.

Проект «Руками Женщины» — это уникальная площадка для объединения женщин различных конфессий и политических взглядов, на которой обсуждались актуальные на сегодняшний день вопросы: «Социальная поддержка материнства, как основа государственности», «Женщины в органах законодательной власти», «Медицина: роль женщин в охране здоровья», «Роль матери в сохранении родного языка и развитии речи», «Женское лидерство и карьера», «Государственная политика межнациональных и межконфессиональных отношений» и многие другие.

Участники форума подчеркнули особую актуальность форума-выставки в связи с углублением интеграционных процессов в рамках Евразийского экономического союза, СНГ и ШОС, а также в связи с возрастающей ролью женщин в решении как внутрисударственных, так и международных вопросов на Евразийском пространстве.

Предполагается проведение данного форума-выставки с 2017 года в 9 федеральных округах, что позволит максимально ознакомить с современными тенденциями в декоративно-прикладном искусстве, а также открыть новые имена в современном женском обществе, представить самобытных дизайнеров, модельеров и умелиц всей России, стран СНГ и Европы и Азии.

С 15–17 декабря 2016 года ежегодно лучшие будут представлены во Дворце Конгрессов в г. Страсбург (Франция).

*Организатором проекта «Руками Женщины» выступает «Агентство Информации и Деловых Коммуникаций». Генеральный информационный партнер Интернет-Медиа холдинг «Правда.ру». Оргкомитет: тел.: +7 (843) 238 04 84, e-mail: info@handswomen.com*

# Международный форум «Руками женщины» 2–4 марта 2016 г., Казань



**АНОНС**

**Уважаемые коллеги!**

**Приглашаем принять участие в международной  
научно-практической конференции:**

# **САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

**09–16 октября 2016 года в г. Будапешт, Венгрия**

В программе:

- Природные факторы в лечении заболеваний и оздоровлении организма. Курортология Венгрии. Термальные источники и др. лечебные факторы страны.
- Будапешт — единственная в мире столица, обладающая возможностями курорта. Купальни Будапешта. Лечебные гостиницы.
- Отличительные особенности венгерского курорта Хевиз. Уникальное термальное озеро Хевиз. Лечебные программы в Хевизе.
- Лечебные карстовые пещеры Венгрии. Курорт Тапольца.
- Уникальные лечебные программы курорта Парадфюрдо. Венгерские минеральные воды.
- Курорт Хайдусобосло. Программы лечения бесплодия.
- Лечение псориаза и других заболеваний кожи в Венгрии. Курорт Харкань.
- Лечебные программы для пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Курорт Бюкфюрдо.
- Реабилитация спортсменов. Обмен опытом.
- Психологические курорты Венгрии.
- Новые технологии в физиотерапии и лечебной физической культуре.
- Здоровый образ жизни по-венгерски. Вопросы рационального питания и современной нутрициологии. Винотерапия.
- И многое другое...

Участники конференции проживают в отеле Medosz\*\*\*, расположенном в самом центре венгерской столицы, вблизи знаменитой купальни Сечени и Площади Героев и недалеко от Остова Маргит и купальни Лукач.

В свободное время — по желанию — предлагаются экскурсии с посещением исторических пригородов Будапешта, старинных венгерских замков, дегустацией вин, блюд национальной кухни, концертными программами, а также лечебные и оздоровительные программы.

Организатор мероприятия: Издательский Дом СТЕЛЛА — Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество».



**Заявку на участие можно отправить на e-mail: [stella-mm@yandex.ru](mailto:stella-mm@yandex.ru)  
с пометкой «Конференция Хевиз»**

**Справки по телефонам: (812) 307-32-78, +7-921-589-15-82**