

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

# Пятиминутка

№ 4 (39) 2016

**Принцы и принцессы  
Ольденбургские —  
благотворители и попечители  
в России**

**Анализ работы Центров  
здоровья РФ**

**Часто болеющие дети**

**Профилактика мастопатии**

**Медицина и музыка**

**Курорты Венгрии**

**Гирудотерапия**

**«Точки детства» и ДЦП**



ISSN 2071-0712



9 772071 071005 1 6004 >

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

*Сенека*

АНОНС

**Уважаемые коллеги!**

**Приглашаем принять участие  
в 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 гостиницы.
- Лечебные карстовые пещеры Венгрии. Мофеты. Минеральные воды.
- Альтернативная медицина во всем многообразии: Фитотерапия. Ароматерапия. Цветотерапия. Звукотерапия. Музыкотерапия. Гомеопатия. Фунготерапия. Сокотерапия и диетотерапия. Аппаратная медицина. Аюрведа. И др.
- 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.
- Народные целители. Энергетика рук и память воды. Биоэнерготерапия.
- Возможности сотрудничества медицины народной и классической.
- И многое другое...

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

Участники конференции получают возможность проживания в одном из лучших отелей всемирно известного венгерского курорта Хевиз — Danubius Health Spa Resort Hévíz\*\*\*\* superior с прекрасной велнес-зоной (бассейны термальные и обычные, джакузи, сауны), с 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.

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

Мэрия города-курорта Хевиз, Венгрия.

Заявку на участие можно отправить на e-mail: stella-mm@yandex.ru с пометкой «Конференция Хевиз — 2017».

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

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 АМТН РФ, ФГАУ «НЦЗД» МЗ РФ, Москва, Россия
- 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., 1\44, 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: 07.11.2016  
Тираж: 10 000 экз. Заказ № 624  
© Издательский Дом СТЕЛЛА, 2016

Отпечатано в типографии «Невская книжная типография», 197198, Санкт-Петербург, Большая Пушкарская ул., дом № 31, лит. Б, пом. 1Н 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 мы продолжаем знакомить вас с возможностями санаторно-курортного лечения в Венгрии, продолжаем обсуждение темы Центров здоровья в РФ, дискуссию по дисбактериозу и народной медицине. Продолжаем также публикации, посвященные истории медицины, медицинской реабилитации и другим актуальным проблемам здравоохранения.

Мы отвечаем на ваши многочисленные вопросы относительно мероприятий «Медицина и музыка». Все эти материалы вы найдете на страницах журнала...

Как всегда, обращаем ваше внимание на информацию Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество», которое успешно функционирует при нашем издательстве, и 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.

Ждем ваших отзывов, мнений и предложений.

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

**Фото на первой обложке:**

**Принц Петр Георгиевич Ольденбургский** (1812–1881) — прославивший свой род благотворительной, попечительской и просветительской деятельностью в России. Статью о династии принцев Ольденбургских читайте на стр. 4.

**Информацию о журнале «Пятиминутка», а также о мероприятиях Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» вы можете найти на сайте: <http://www.stella.uspb.ru>**

# Читайте в следующем номере:

- Синдром выгорания медицинских работников
- Курорты Венгрии: Шопрон, Балф, Бюкфюрдо
- Анализ работы Центров здоровья РФ (продолжение)
- Принцы и принцессы Ольденбургские — попечители и благотворители в России (продолжение)
- Вред шумов и борьба с ними
- Гомеопатия в лечении сахарного диабета
- Клиническая экспертиза при эпилепсии

## 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»			<i>Форма № ПД-4</i>		
	(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)			
	Ф.И.О. плательщика _____ Адрес плательщика _____					
	Кассир	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 / 2017 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»			<i>Форма № ПД-4</i>		
	(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)			
	Ф.И.О. плательщика _____ Адрес плательщика _____					
	Кассир	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](mailto:hegu@mail.ru) с пометкой: статья в журнал «Пятиминутка».

## Приглашаем к сотрудничеству!

С уважением,  
главный редактор  
кандидат  
медицинских наук

**МАМАЕВА  
Марина Аркадьевна**

# В НОМЕРЕ:

**История медицины.** В.И. Бондарь

Просвещенные благотворители и просветители России:  
принцы и принцессы Ольденбургские [4–11]

## АНОНС

Первый Городской центр работы  
с часто болеющими детьми [12–13]

**Педиатрия.** Мамаева М. А.

Дисбактериоз кишечника или «кишечные колики»? [14–16]

**Альтернативная медицина.** Коваль Е. Н.

Гирудотерапия — прекрасный метод, но в хороших руках... [18–19]

**Санаторно-курортное лечение.** Мамаева М. А.

Лечебно-оздоровительные программы острова Маргит [20–22]

**Реабилитация.** Кружковская И. О.

Музыкальная терапия [23–26]

**Случай из практики.** Сазонова И. М.

Возможности резонансного теста  
в диагностике и лечении бесплодия [27]

## Организация здравоохранения.

В. И. Бондарь, Г. А. Малькова, А. А. Модестов

Анализ деятельности центров здоровья  
для детей Российской Федерации (по итогам 2013 г.) [28–37]

**Сурдология.** Говорухина И. Н.

Два уха лучше, чем одно! [38–39]

**Акушерство и гинекология.** Павлова Е.

Мастопатия — меры помощи и профилактики [40–41]

## Повторение пройденного

Балалыкина Т. В., Балалыкина В. С.

Химия слюны [42–43]

**Медицинская психология.** Богданович В. Н.

«Кто ты будешь такой»? [44–45]

**Непознанное.** Ю. В. Кретов

«Точки детства» и лечение ДЦП [16–47]

**Философия здоровья.** И. Д. Пунтикова

Искусство возрождаться [48–51]

**Это интересно.** Шевчук Ю. А.

Искусство возрождаться [52–54]

**Общество порядочных людей.** Мамаева М. А.

Куда исчезли мероприятия «Медицина и музыка»? [55–56]

**В. И. Бондарь,**

доктор медицинских наук, академик АМТН РФ,  
ФГАУ «Научный центр здоровья детей» МЗ РФ,  
Москва, Россия

## ПРОСВЕЩЕННЫЕ БЛАГОТВОРИТЕЛИ И ПРОСВЕТИТЕЛИ РОССИИ: ПРИНЦЫ И ПРИНЦЕССЫ ОЛЬДЕНБУРГСКИЕ

Предполагаю, что часть информации, которая для меня стала до восторга изумляющим открытием, для жителей культурной столицы — повседневность, стоит только выйти из дома. Не сомневаюсь, что фамилия принцев и принцесс Ольденбургских для них — не пустой звук, а целый ряд адресов, связанных с этой аристократической семьей, — от подаренного им дворца, тремя фасадами, глядящегося в Неву, ставшего для Ольденбургских родовым гнездом, до научных и образовательных учреждений, производств и целого ряда благотворительных, богоугодных заведений и больниц, основанных ими и/или которым они попечительствовали. Множество свидетельств благотворительской, здоровьесохранительной и просветительской деятельности принцев и принцесс, носивших эту древнюю, заслуживающую почтения фамилию-титул, осталось также и в отечественной науке и культуре, что, несомненно, должно будить чувство глубокой признательности, как к отдельным представителям, так и ко всему роду, его российской ветви.

Впервые автор столкнулся с этой фамилией полтора десятка лет тому, в общем-то, не случайно, но до изумления неожиданно для себя, на страницах замечательного труда Эсфири Мироновны Конюс (1896–1964) «Пути развития советской охраны материнства и младенчества (1917–1940)» [1]. На стр. 68 было указано, что первым и на долгое время лучшим в России и Европе, построенным по глубоко продуманному Карлом Андреевичем Раухфусом (1835–1915, рис. 1) плану и под руководством этого авторитетнейшего доктора, педиатра, чьи заслуги, в связи с созданием и осуществлением этого проекта, ставшего образцовым, в строительстве детских больниц не вызывают сомнения, стала «детская больница имени принца Ольденбургского» в Петербурге. Позже, по этому же, несколько доработанному

Карлом Андреевичем, проекту была возведена и Владимирская (ныне Русаковская) детская больница в Москве.

Помимо признания детской больницы имени принца Ольденбургского как первого, специально продуманного, начиная с проекта, для детей стационара, превышающего уровень подобных учреждений в Европе, и незаурядности личности К.А.Раухфуса в истории отечественной медицины, изумленно почтительное отношение возникло к некоему принцу Ольденбургскому, чьи инициалы хоть и отсутствуют, но упоминание о котором в книге, вышедшей в 1954 г., свидетельствует о значимости данной фигуры в создании учреждения, ставшего образцом для строительства детских стационаров разного назначения на столетия вперед. Отсутствие инициалов уравнило в праве на добрую благодарную память всего рода принцев Ольденбургских, как просвещеннейших меценатов, заботящихся не только и не столько об увековечении своего имени, но об абсолютном соответствии возводимого по их инициативе и при участии учреждения его предназначению. С того момента почтительной, с легким изумлением, памятью остался с автором некий безвестный принц Ольденбургский, как человек, чьи дела пробили брешь в стене идеологической зашоренности историографии



Рис. 1. К. А. Раухфус  
(1835–1915)

советского периода, привыкшей представлять историю так, будто земля начала вращаться с момента Октябрьской революции, выделяя факты, подводящие к мысли ее фатальной неизбежности и только потом — рукотворности. Попытки уточнить у коллег, в том числе и из Петербурга, наличие такой больницы — успеха не имели, тем они и закончились, равно как и узнать о самом принце. Единственно, память отмечала одного из Ольденбургских, А.П., на картине Ильи Ефимовича Репина (1844–1930), запечатлевшей торжественное заседание Государственного совета, посвященное

его, совета, столетнему юбилею (Рис. 2), других сведений автору не попало, Интернет еще не был так широко доступен, а текущая работа, поглощавшая все время, была совершенно в иной плоскости.

Но вот, в этом году, в одной из поездок с краеведческим Клубом «Русская кладовая» (руководитель А. В. Телегина), автору посчастливилось оказаться в местечке Рамонь Воронежской губернии и познакомиться с дворцовыми комплексами «Рамонь» (Рис. 3) и «Ольгино» (Рис. 4), своим появлением обязанными... да-да, принцам и принцессам Ольденбургским. И опять — не тривиальная для России фамилия Ольденбургских, и до восторга изумление от глубоко продуманных со всех сторон, до малейших тонкостей, прежде всего, возведенного ими Рамонского дворца и хозяйства при нем (ко многим элементам которого современники эпохи расцвета имени добавляли абсолютно заслуженное слово «образцовый/ое»). Именно там, в Рамони, были приобретены 2 издания, опиравшиеся на исследования ряда авторов, литературу, архивные материалы, данные энциклопедического словаря Ф. А. Брокгауза и И. А. Ефрона..., на которые, с добавлением сведений из Википедии, автор и позволит себе опереться для знакомства читателей с достойнейшей нашей благодарной памяти плеядой принцев и принцесс герцогского дома Ольденбургских [2, 3].

При знакомстве с историей и генеалогическими древами аристократов различного уровня, принципами отбора пар для браков, невозможно избавиться от убеждения, что шла целенаправленная селекция, в которой учитывалась не только сопоставимая или превосходящая родовитость, внешние данные, богатство и умение его сохранить и приумножить (что само по себе — показатель интеллектуальной состоятельности), учитывались и интеллект, и достигнутый к моменту брака культурный уровень, широта образования. Воспитание, включающее обучение широкому спектру дисциплин для мальчиков и девочек в родовитых семьях с какого-то времени приобрело характер обязательного условия, культуры этих сословий. Причем, речь шла не только об отвлеченных дисциплинах (музыка, изобразительное искусство, иностранные языки), которые неотделимы от формирования



Рис. 2. И. Е. Репин. Принц Александр Петрович Ольденбургский, 1904 г.

вкуса, уровня культуры, гуманитарного образования каждого, но, о чем упоминалось весьма скромно, большое внимание уделялось физическим упражнениям (среди них — верховая езда для лиц обоего пола) и физическому труду. Их высочества на регулярной основе трудились в саду. Бежать праздности — то, к чему приучали в этих семьях, хотя их дети, при наследном достатке, не могли в чем-либо нуждаться на многие поколения вперед. Но, если в простых семьях приучение к труду шло под давлением жизненно важной необходимости последующего обеспечения существования своего и своей семьи, то в аристократических и иных состоятельных

семьях, таких мотивов не могло быть, но о вреде праздности думали и дальновидно отучали от нее. Как это не согласуется с девизом: «Мы не жили, так пусть они (дети) проживут», когда праздность и жизнь для удовольствий, без обязательств, возводится в ранг высшей ценности, которой, порой героически, стараются оделить собственных отпрысков обделенные, прежде всего, культурой мудро воспитания потомства, обыватели разной степени образованности. В то же время, в воспоминаниях детей Николая II, подкрепляемых фотографиями, описываются их обязательные регулярные работы в саду в рабочих платьях, в том числе и в гостях у их бабушки — английской королевы, и это была именно работа, а не прогулки с садовым инвентарем для фотосессий.

Герцогский дом Ольденбургских, бывший более родовитым, нежели Романовы, также уделял большое внимание, как систематическому образованию, так и воспитанию детей в традиции бежать праздности. Представители рода имели обширное разностороннее образование, достаточное для того, чтобы, меняя виды творческой деятельности, быть занятыми целый день. Каждый из них свободно владел большим количеством иностранных языков, были искушены в области живописи, обучались рисованию, а кто-то достигал заметных успехов. Не только владели порой несколькими, музыкальными инструментами, но достигали уровня композиторского мастерства и создавали произведения, исполнявшиеся в концертах, писали песни на собственные стихи и стихи других поэтов.



Рис. 3. Рамонь, дворец Принцев Ольденбургских, 2016 г. Фото автора



Рис. 4. Ольгино, свитский корпус, 2016 г. Фото автора



Российские принцы и принцессы Ольденбургские происходили (к сожалению, род пресекался) от ветви Гольштейн-Готторбских герцогов немецкого дома Ольденбургов (Рис. 5, 6), в России их и называли русскими немцами. Представители этого дома, как принцы, так и принцессы, в XVIII веке занимали престолы Дании, Греции, Норвегии и Швеции, а с 1761 г., с краткого прихода к власти в 1762 г. Петра III (1728–1762) — в России. Последнее стало возможным благодаря браку дочери Петра I Анны Петровны с родным племянником злейшего врага Петра короля Швеции Карла XII — Карлом-Фридрихом Гольштинским (1700–1739 гг.). Сей династический брак, помимо того, что закрепил победы Российской империи в Северной войне, связав родственными узами династию Романовых с одной из ветвей рода Ольденбургских, — подарил России Карла Петера Ульриха, известного у нас как Петр III, бывшего наследником и шведского престола. От их брака с Софией Августой Фредерикой (императрица Екатерина II, 1729–1796 гг.) появился император (с 1796 г.) Павел I (1754–1801). — Таким образом, и в России Ольденбургский дом Гольштейн-Готторпской династии вошел в правящую династию, мало того, был представлен в ней вплоть до Николая II. В истории их называют старшей ветвью/линией Ольденбургского дома, в отличие от младшей.

Младшая ветвь обязана своим появлением представителям дома Ольденбургов, приглашаемым на российскую государственную службу. Впервые это произошло еще при кратковременном царствовании их первого кровного родственника императора Петра III (1761–62 гг.): был приглашен на службу двоюродный дядя императора Георг Людвиг Гольштейнский (1719–1763). Еще в дороге в Петербург он был пожалован генерал-фельдмаршалским чином в связи с тем, что новоиспеченный император возлагал на него большие надежды по реформе армии в прусской манере (привезенные им с собой Голштинцы вошли в состав личной гвардии императора и стали образцом для перестройки всей Российской армии, вызывая раздражение до ненависти) и на планируемую военную кампанию. К тому времени принц Георг Людвиг дослужился до генеральского чина при дворе короля Фридриха II, был отмечен наградами. Писал неоднократные прошения королю об отставке, чтобы вернуться в Гольштению, но они отклонялись: как близкий родственник императрицы Елизаветы, наградившей его по ходатайству будущего императора Петра III высшими орденами Российской империи (Андрея Первозванного и Александра Невского), принц являлся заложником короля. Мы не беремся судить о степени заслуженности пожалованного в короткие сроки высочайшим указом чина, для этого требуется более подробное исследование, хочется отметить, что подготовке к военной службе юношей в те годы в аристократических семьях уделялось приоритетное внимание с детства: с рождения или с детства многие из них зачислялись в элитные воинские подразделения и, иногда в подростковом возрасте, приступали к реальной службе, конечно же, с учетом их возраста. Воспитание в духе преданности Родине, священности присяги перед богом, царем и отечеством, в готовности не щадить сил и самое живота своего во имя процветания отечества, а, значит, и народа его, — были в семейных традициях, имевших у самых отличившихся отметки не только в виде личных наград, включая медали,

ордена, наградное оружие, чины и сословные продвижения, но и обретаемые указом и наследуемые геральдические отметки на родовых гербах, что оставалось в поколениях олицетворением славы предков, которая обязывала потомков не посрамить оную. Собственно, воспитание в подобных ценностях, в ответственности перед памятью предков, готовности положить жизнь свою на алтарь пользы отечества, и давало людей, почитающих служение неотъемлемой частью жизни, для чего и приобретались разносторонние знания, и шло приучение к разного рода труду, с тем, чтобы от послушания он перешел в потребность. Как образец подобного воспитания, логично перешедшего в самовоспитание, достаточно вспомнить биографию Александра Васильевича Суворова (1730–1800).

Пребывание Георга-Людвига Гольштейнского ограничилось кратким сроком царствования Петра III. И дело не в том, что пришедшая к власти в результате переворота Екатерина II принадлежала тоже к древней германской династии, но Асканиев, ведь и она, по матери, приходилась ему родной племянницей. Но принц был одним из немногих, кто остался верен императору, пытался удержать вверенные ему войска от присяги Екатерине II. Племянница вынуждена была прислать стражу, чтобы охранять дядю от насилия со стороны подчиненных. Вскоре, освобожденный от ареста и награжденный за убытки дядя был назначен администратором Гольштейна и отпущен в Гольштению, где вскоре, овдовев, умер. Кстати, и его супруга, София Шарлотта (1722–1763) — принцесса Гольштейн-Бекская приходилась племянницей двум российским фельдмаршалам — Карлу Людвигу и Петру Августу Гольштейн-Бекским.

Возвращение Гольштейн-Готторпов происходит при Павле I — также их кровном родственнике по отцу. В Россию приезжают средний и младший сыновья Георга-Людвига Гольштейнского (старший умер на втором году жизни, младенческая и детская смертность не очень-то считалась с сословной принадлежностью, чтобы в этом убедиться, достаточно посетить старинные некрополи с сохранившимися надгробиями прошлых веков): Вильгельм-Август (1753–1774) и Петр-Фридрих-Людвиг (1755–1829). Вильгельм-Август состоял на морской службе и утонул в Ревельской бухте 20-ти лет, а вот Петр-Фридрих-Людвиг, служивший в сухопутных войсках, продолжил династию. Рано осиротевшие братья были приняты под опеку дядей, Фридрихом Августом I, который, в связи с недееспособностью своего единственного сына, впоследствии объявил Петра-Фридриха-Людвига своим наследником. Двоюродная сестра, Екатерина II, также опекала принцев. После окончания обучения в Швейцарии и Италии в 1773 г. 18-ти лет Петр-Фридрих-Людвиг приехал в Петербург и успел поучаствовать в турецкой кампании на нижнем Дунае. В 1785 г. он возвращается в Ольденбург управляющим землями и регентом при своем недееспособном двоюродном брате, герцоге Вильгельме Ольденбургском. В 1810 г. он, по совету российского императора, отказался от предложения Наполеона получить в качестве компенсации герцогство Эрфурт и был лишен престола (в связи с чем Россией Франции была направлена резкая нота протеста). Престол вернулся герцогу Ольденбургскому в 1813 г. С 1823 г. Петр-Фридрих-Людвиг стал герцогом Ольденбургским.



Рис. 5. Герб Великого Герцогства Ольденбургского



Рис. 6. Герб российской ветви дома Ольденбургских



Рис. 7. О. А. Кипренский. Портрет принца Георга Петровича Ольденбургского, 1811 г.



Рис. 8. Неизвестный художник. Портрет великой княгини Екатерины Павловны, 1816–1819 гг.

Состоял он в браке с Фредерикой Вюртембергской (сестрой супруги Павла I Софии Вюртембергской, в крещении — Мария Федоровна). У них появились 2 сына — Павел-Фридрих-Август (1783–1853, как старший, после смерти отца наследующий великое герцогство Ольденбургское, — живет при отце, но в 1811 г. после оккупации французами Ольденбурга эмигрирует вместе с ним в Россию, где вступил в службу в качестве шефа I егерского полка в чине генерал-лейтенанта с назначением Ревельским военным губернатором. Таким образом, в его подчинении находилась вся территория современной Эстонии, и он активно выступал за отмену крепостного права. Участник событий Отечественной войны 1812 г., участник Бородинского сражения и под Красным, получил ранение, награжден Золотой шпагой «За храбрость» с алмазами и орденом Св. Георгия III степени. По возвращении в Россию с 1813 г. по 1816 г. оставался губернатором Эстляндии. В 1816 г. возвращается в Ольденбург, где в 1829 г. становится великим герцогом Ольденбургским под именем Августа I, награжден высшими орденами Российской империи), и Петр-Фридрих-Георг (1784–1812, рис. 7), женившийся на четвертой дочери Павла I и Марии Федоровны — Екатерине (1788–1819, рис. 8), приходившейся ему двоюродной сестрой по материнской линии и несколько более дальней родственницей по мужской. Именно с Петра-Фридриха-Георга началась российская, младшая ветвь рода Ольденбургов. Оба брата получили прекрасное воспитание под руководством известного педагога того времени Христиана Крузе и под его же присмотром окончили Лейпцигский университет.

Петр-Фридрих-Георг стал известен в России как Георгий Петрович. По прибытии в Россию по окончании обучения в 1808 г. он был назначен генерал-губернатором Эстляндии, где энергично занялся приведением в порядок дел, особое внимание уделяя ограничению разного рода притеснений крестьян. Возвращен в Петербург в конце 1808 г., а 14 (здесь и далее — по старому стилю) апреля 1809 г., состоялось его бракосочетание с великой княжной Екатериной Павловной, и он получает титул Императорского Высочества. К слову, известным в то время французским дипломатом Шарлем Морисом Талейраном (1754–1838) императору Александру I предлагалось для укрепления союза Франции и России заключить брак Екатерины Павловны с Наполеоном, но предложение было отвергнуто, как самой великой княжной, так и ее матери Марией Федоровной. Естественно, для правящих ро-

довитых династий, с точки зрения родovitости, Наполеон был выскочкой, да еще вступивший в войну со многими монархами Европы, состоявшими, как мы помним, в кровном родстве, брак с ним был невообразимым, неприемлемо вопиющим мезальянсом. Екатерина Павловна, признанная современниками одной из ярких фигур русского двора начала XIX века, при тонкой красоте обладала и ясным умом и высокой образованностью, отмечали у нее и немалое честолюбие (что и должно быть свойственно натуре неординарной и знающей себе цену). Собственно, создается впечатление некоей реинкарнации в Екатерине Павловне ее бабушки, Екатерины II, во всяком случае, как натуры ее масштаба просвещенности, привлекающей и патронирующей людям одаренным и просвещенным. О высокой оценке ума, образованности и способностей великой княжны говорит и настойчивый слух о том, что ее рассматривали как вероятную и желательную замену брату ее императору Александру I, особенно после его провалов на международной арене и в военных кампаниях 1807 г. Избранником красавицы, разносторонне одаренной и в высшей степени образованной Екатерины Павловны и стал покоривший ее, по преданию, покладистым характером и неизменной преданностью принц Георгий Петрович Ольденбургский. Думается, это были не единственные оцененные достоинства принца, было отдано должное и его образованности, и преданности не только великой княжне, но и благу Отечества, представителем правящего дома которого она была, а также соответствие



Рис. 9. Ж.-Д. Кур. Портрет принца Петра Георгиевича Ольденбургского в мундире лейб-гвардии Преображенского полка, 1842 г.



Рис. 10. В. И. Гау. Терезия Вильгельмина Нассауская, принцесса Ольденбургская, 1853 г.



избранника по родовитости. Собственно, получается, что по уровню происхождения с Ольденбургскими в России был сопоставим только императорский дом, либо родство допустимо было с представителями европейских старинных правящих династий.

После свадьбы Георгий Петрович принц Ольденбургский назначается генерал-губернатором Твери, Новгорода и Ярославля. Обосновались супруги в Твери, где в их дворце был привечаем Николай Михайлович Карамзин (1766–1826), чьи исторические очерки столь заинтересовали Екатерину Павловну, что она сочла нужным, чтобы автор ознакомил с ними ее брата императора Александра I. По ее же инициативе Н. М. Карамзиным была подготовлена переданная ею императору «Записка о старой и новой России», в которой не одобрялись реформы М. М. Сперанского (1772–1839). Т.к. реформы Сперанского происходили с согласия и при полной поддержке Александра I, то произошло охлаждение его отношения к писателю, что опять же Екатерине Павловне удалось преодолеть целенаправленными последовательными усилиями лишь спустя какое-то время.

Стараниями принца Георгия Петровича, как генерал-губернатора, были улучшены административная и судебная работа, обращено пристальное внимание на благоустройство подведомственных губерний. Об активности его деятельности говорит тот факт, что только за 1811 г. по служебной надобности он проехал 14 тыс. верст (!).

Помимо генерал-губернаторства Георгий Петрович возглавил департамент путей сообщения, и здесь он отметился весьма значимо: добился прогрессивного реформирования департамента водяных коммуникаций, в короткие сроки присоединил к нему «экспедицию об устройстве дорог в государстве», объединил в единую сеть управление водными путями всей России, для службы в них был учрежден «корпус инженеров на военном положении», для земляных и иных работ по строительству каналов и поддержанию их в рабочем состоянии была создана «мастерская бригада», для упорядочения судоходства и надзора за оным — специальная «полицейская команда». Строились новые, на постоянной основе приводились в порядок существующие каналы, часть из них действует по сей день. Открыто судоходство по Волге через Вышневолоцкий канал до Санкт-Петербурга. Была введена система стандартизации по размерам, загрузке кораблей, порядку их движения. Для замещения должностей в корпусе инженеров образованными и сведущими людьми, в Петербурге им был учрежден Институт корпуса инженеров (Институт путей сообщения), приступивший к подготовке инженеров-транспортников. Трудно переоценить важность создания подобного учреждения в России, при ее просторах, которые предстояло еще осваивать и осваивать. Обращает внимание сам подход: не существование благодушное при кое-как идущем самотеком деле, а активное налаживание, перевод его в активную, глубоко продуманную отрасль хозяйства огромной державы, остро нуждающейся в четко работающих коммуникациях.

Широко, в том числе и гуманитарно образованный Георгий Петрович Ольденбургский увлекался античной литературой и занимался переводами, например, им были переведены «Оды» Горация. В 1810 г. году вышел в свет его собственный поэтический сборник, пронизанный неж-

нейшими чувствами к супруге, проиллюстрированный ее же рисунками и арабесками.

В 1812 г. ему была поручена организация народного ополчения во вверенных губерниях, где из помещичьих крестьян им был сформирован 35-тысячный корпус. Центром стал Ярославль. И Екатериной Павловной из ее удельных крестьян был сформирован «Егерский Великой Княгини Екатерины Павловны батальон», принявший участие практически во всех главных сражениях. Помимо охранения вверенных ему губерний и важных коммуникаций, проходивших через них, в том числе и снабжавших столицу, принц Ольденбургский развертывал лазареты для раненых и хворых, активно контролируя их деятельность, обеспечивал продовольствием проходящие через них войска, размещал военнопленных, — все это требовало организаторской сноровки и таланта с умением подбирать кадры, управления и контроля их деятельности. Следствием активного и деятельного участия во всех аспектах поручаемых его заботам и им избираемых на благо отечества поприщ и явилось то, что в одном из контролируемых, им же и созданных в Твери лазаретов, он заразился и 15 декабря 1812 г. скорострительно скончался «от нервной горячки». Погребен был в Петербурге, но в 1826 г. тело принца было перевезено в Ольденбург, где к тому времени был восстановлен герцогский престол его предков.

Овдовевшая Екатерина Павловна в 1813–1815 годах сопровождала своего брата императора Александра в походах, причем, у нее был совещательный голос на воинских советах, что свидетельствует о том, что должное ее уму, образованности и уровню государственного мышления отдавали и император, и его свита, и прославленные в сражениях военные мужи. В 1816 г. она вышла замуж за наследного принца вюртембергского Вильгельма, в том же году взошедшего на престол. Став королевой, она осталась верна своей активной деятельной жизненной позиции, оставляя по себе добрую память широкими благотворительными деяниями, учреждая благотворительные общества, заботясь о народном просвещении, опекая школы, создавая «дома трудолюбия»... Не стало ее после тяжелой болезни в 1819 г.

Их с принцем Георгием Петровичем два сына — принцы Фридрих-Павел-Александр (1810–1829) и Константин-Фридрих-Петр (1812–1881) сначала воспитывались под присмотром бабушки, императрицы Марии Федоровны, а затем, после брака Екатерины Павловны, переехали с матерью в Штутгарт. После смерти матери заботу об их воспитании берет дедушка герцог Петр Фридрих Людвиг, они переезжают в Ольденбург, где продолжают классическое для аристократии того времени разностороннее образование. Конечно же нам интересны оба сына, но старший, Фридрих-Павел-Александр, по причине преждевременной его кончины в 19 лет, не оставил по себе такой памяти, как его младший брат Константин-Фридрих-Петр. Константин-Фридрих-Петр же не только родился в России, но и вся его жизнь была связана с нашей страной, где его звали Петром Георгиевичем. Принц Петр Георгиевич Ольденбургский (рис. 9) — первый из немецких герцогов, родившихся в России, и с его рождением младшая линия Гольштейн-Готторпской династии (старшая линия, как уже было отмечено, — Российский императорский дом, начиная с Петра III и вплоть до по-

следнего императора — Николая II) — не только верные и преданные слуги российского престола, но и коренные жители нашего Отечества.

Единодушно отмечается широта и глубина образованности Петра Георгиевича. Его дедушка, принявший на себя заботу о братьях после смерти их матери, уделял большое внимание изучению внуками истории России и литературы. Столь же усердно принц Петр постигал естественные науки и право, владел многими европейскими и, как то водилось в XIX и еще в начале XX века, в совершенстве знал греческий и латинский языки. Увлекался юридическими науками. Играл на клавесине. После обретения Грецией свободы он был претендентом на греческий престол, но был призван императором Николаем I (1796–1855) на действительную службу в Россию. С 1 декабря 1830 г. был зачислен полковником в лейб-гвардии Преображенский полк. С первых лет у него завязались дружественные отношения с цесаревичем Александром Николаевичем (Александром II, 1818–1881), и дружба их продолжалась до кончины последнего.

В Преображенском полку, начав с командования батальоном, позже командовал и полком. В чине генерал-адъютанта принц оставляет военную службу. Со слов самого принца, поводом послужило вынужденное по артикулу его присутствие при телесном наказании женщины: на обнаженные плечи ее солдатами наносились палочные удары. Мотивируя министру внутренних дел свое решение об отставке, он сказал, что ни у одного просвещенного народа не существует подобного наказания, и что не намерен впредь принимать участие в исполнении подобных наказаний, в связи с чем просил доложить императору об отставке. Оставаясь шефом Стародубского кирасирского его имени полка, он получил назначение членом консультации при министре юстиции, а затем (1834 г.) сенатором, позже — членом Государственного совета, затем — с правом замещения председателя в его отсутствие (с 1836 г.), с 1842 г. — председатель ведомства гражданских и духовных дел (при его деятельном участии происходили крестьянская и судебная реформы 1860-х годов), состоял членом совета военно-учебных заведений. Очень быстро принц по кругу новых своих обязанностей убедился в острой нехватке чиновников с юридическим образованием, в связи с чем им в короткие сроки был разработан проект специального юридического учебного заведения, который был представлен на благоусмотрение государя с обещанием пожертвовать сумму на приобретение здания и первоначальное обустройство училища. Резолюция императора на преданном им М. М. Сперанскому проекте принца гласила: «... благородны чувства принца достойны уважения. Прошу, прочитав, переговорить с ним и мне сообщить, как ваши замечания, так и то, что вами с принцем условлено...»

Более 1 миллиона рублей было затрачено Петром Георгиевичем только на приобретение здания для размещения основанного им в 1835 г. Петербургского училища правоведения, попечителем которого он оставался до своих последних дней. Учившийся в этом училище художественный и музыкальный критик Владимир Васильевич Стасов (1824–1906) отмечал, что такой царившей в данном учебном заведении необычайной музыкальной среды не было больше ни в одном другом училище ни до, ни после, т. е. воспитывались специалисты, у которых про-

фессиональное образование, профессиональная культура была логичной и неотделимой частью общей культуры.

Именно с Петра Георгиевича получает широкий размах благотворительная, попечительская и просветительская деятельность принцев и принцесс дома Ольденбургских, ставшей их фамильной традицией, сохранявшейся до пресечения рода.

В 1837 г. принц Петр вступил в брак с дочерью Nassau-Weilburgского герцога Вильгельма принцессой Терезией-Вильгельминой-Фредерикой-Изабеллой-Шарлотой (1815–1871, рис. 10). С десяти лет, после смерти матери, Терезия воспитывалась под руководством отца и мачехи, принцессы Паулины Вюртембергской (1810—1856), которая была старше её всего на пять лет, получила хорошее образование, занималась живописью и скульптурой. После свадьбы принцесса стала активной помощницей мужа в делах благотворительности, в чем обрела свое истинное призвание. В 1841 г. принцесса Терезия получила от супруга в своё ведение учрежденную на Петроградской стороне школу для бедных девочек, на основе которой позже возник «Институт принцессы Терезии Ольденбургской». В 1843 году она взяла под покровительство два ночных приюта и занялась их переустройством. Побыв в детской больнице Варшавы, где существовала община сестёр милосердия, Терезия решила перенести этот опыт в Россию. 9 марта 1844 года во дворце принца Петра Георгиевича Ольденбургского (Дворцовая набережная, 2) состоялось первое заседание «Общины сестёр милосердия». В нём приняли участие и дочери императора Николая I великие княгини Мария и Александра. Позднее Терезия входила в Комитет общины.

В 1838 г. Петр Георгиевич просит об увольнении его от присутствования в Сенате ввиду многочисленных личных и служебных занятий. Просьба была удовлетворена, она свидетельствовала о серьезности подхода принца к исполняемым обязанностям, неприемлемости для него формального присутствия.

Круг же обязанностей добровольно принятых им на себя поражает широтой. С 1839 г. — почетный опекун, а затем и председатель Петербургского опекунского совета, 1841–1859 гг. — президент Вольно-экономического общества, с 1845 г. — председатель главного совета женских учебных заведений (в том числе и Смольного института благородных девиц, собственно созданный его усилиями институт являлся министерством женского образования в стране с глубоко продуманной системой подготовки кадров и кормления учащихся с тем, чтобы они с максимальной пользой послужили благу Отечества, а также имели гарантированный заработок по окончании образования). Значительные денежные средства жертвовались им на открытие женского института принцессы Терезии Ольденбургской (1841), и первой в России Свято-Троицкой общины сестер милосердия (1844), и детского приюта принца Петра Георгиевича Ольденбургского (1846). С 1843 г. его попечению был вверен Императорский Александровский лицей. Попечительствовал он и Санкт-Петербургскому коммерческому училищу (где какое-то время состоял обер-директором), Киевскому дому призрения бедных, покровительствовал глазной лечебнице.

В 1845 г. Петру Георгиевичу высочайшим указом был пожалован титул Императорского Высочества, чем подчер-



кивалась не только кровная близость к Императорскому дому, но и соответствие и соразмерность его деятельности и плодов ее масштабам деятельности монарших особ, по рождению призванных радеть о благе Отечества.

С 1860 г. Петр Георгиевич принц Ольденбургский стал управляющим всеми учреждениями ведомства императрицы Марии Федоровны с назначением главнокомандующим IV отделением собственной Его Величества канцелярии, которой были приписаны многочисленные и многочисленные образовательные заведения и приюты. Особо следует отметить, что со времени вступления его в должность к моменту его кончины количество воспитательных и иных учреждений ведомства увеличилось чуть ли не втрое и достигло 496.

В свою очередь, быстрое развитие сети женских гимназий, не только в столицах, но и в провинции, требовало соответствующих хорошо подготовленных кадров, в связи с чем по проекту принца в 1868 г. открываются педагогические курсы петербургских женских гимназий и французский класс (1871) при Николаевском сиротском институте (представьте только, «какую путевку в жизнь» получали в нем девочки-сироты, выходящие оттуда преподавателями женских гимназий). По его же ходатайству начала работать Рождественская женская гимназия при Свято-Троицкой общине.

В необозримом ряду его масштабных и в высшей степени полезных для страны и народа ее деяний стоит и основанное 1880 г. в Петербурге по его инициативе и возглавленное им «Русское общество международного права».

Таким образом, Петр Георгиевич, восприняв все направления и учреждения, которым покровительствовали и попечительствовали его родители и члены семьи, значительно расширил и круг, и число направлений просвещенного попечительства, в каждом из них вводя свойственную ему конструктивную ноту мудрого государственно мыслящего деятеля, радеющего о пользе Отечества и народа его. Естественно, что близкое кровное родство с правящим императорским домом было важным административным ресурсом, в большой степени гарантирующим поддержку его начинаний на самых различных уровнях и привлечение средств на их реализацию, как из государственных ассигнований, так и благотворительных пожертвований, которые использовались с большой пользой для державы.

Помимо всего, продолжая творческую традицию семьи, принц не только музицировал, но сочинял музыкальные произведения (от миниатюр для фортепьяно и вокала до двух симфоний и одной романтической оперы — общим числом около 200 произведений), писал стихи (сборник вышел в 1878 г.), в том числе и для своих вокальных произведений, использовал и стихи русских поэтов: Пушкина, Лермонтова, Жуковского, Дельвига и др. После смерти в его бумагах был обнаружен его перевод на французский «Пиковой дамы» А.С.Пушкина. В ознаменование 50-летнего юбилея де-



Рис. 11. Воспитанники приюта принца Петра Ольденбургского и сестры милосердия у памятника П.Г.Ольденбургскому перед Мариинской больницей в день 100-летия со дня его рождения. Санкт-Петербург. 1912. Фото ателье К. К. Буллы.

ятельности принца в 1880 г. состоялся большой концерт его произведений.

Не стало принца Петра Георгиевича Ольденбургского 2 мая 1881 г., а в 1889 г. на Литейном проспекте ему был установлен памятник с надписью: «Просвещенному благодетелю», снесенный в годы революции (Рис. 11).

Из их с принцессой Терезией 8-ми детей (4 дочери и 4 сына):

- старшая дочь, принцесса Александра (1838–1900 гг., вышла замуж за великого князя Николая Николаевича Старшего, третьего сына Николая I, несомненно, и она была вовлечена в круг благотворительской и попечительской деятельности семьи Ольденбургских и императорского дома);
- старший сын, принц Николай (1840–1886 гг.) получил домашнее образование, с рождения — прапорщик лейб-гвардии Преображенского полка, дослужившийся до генерал-лейтенантского звания, попечительствовал 3-м крупным петербургским больницам (Петропавловской, Мариинской и Александровской), в связи с чем специально выезжал за рубеж для знакомства с передовым опытом. Его морганатической (не равная по происхождению своему мужу и не приобретающая в браке уровня его статуса, брак этот вызвал недовольство императорской семьей) супруге Марии Ильиничне Булацель



Рис. 12. В. В. Матэ. Принцесса Евгения Максимилиановна Ольденбургская, 1900-е гг.



Рис. 13. Неизвестный художник. Портрет принца Петра Александровича Ольденбургского, 1908 г.



Рис. 14. Великая княгиня Ольга Александровна в форме сестры милосердия, Киев, 1916 г.



Рис. 15. Дворец в имени Ольгино, 1900-е гг.

(1845–1907) и рожденным этом браке дочерям правившим герцогом Ольденбургским был пожалован титул графини Остенбург, но из четырех дочерей 2 умерли в раннем детстве, а одна 17-ти лет. Николай Петрович активно помогал отцу в благотворительной деятельности, был почетным опекуном Опекунского совета, а затем и членом Попечительского Совета заведений Общественного призрения. Скончался 46 лет от чахотки);

- дочь Цецилия — умерла младенцем (1842–1843);
- средний сын Александр (1844–1932 г., , переживший своих братьев и родителя, унаследовал титул, большой капитал и недвижимость рода (помимо дворца, подаренного Николаем I их отцу принцу П.Г.Ольденбургскому, ставшего на 87 лет родовым гнездом Ольденбургских, ныне — помещение Санкт-Петербургской академии культуры, еще 2 каменных дома и 2 дачи в Петербурге и окрестностях, одна из них, приобретенная Петром Георгиевичем в 1833 г. у князя М.М.Долгорукого — признанный шедевр русского деревянного зодчества архитектора С.Л.Шустова, расположена в дельте Невы), а также продолжил фамильную традицию просвещенной благотворительности и плодотворного служения Отечеству на различных военных и статских должностях и поприщах и в виде множества личных инициатив, с благодарностью отмечаемых как современниками, так и потомками, его жизнь требует более подробного освещения, что и будет сделано ниже);



Рис. 16. Главный фасад здания Детской больницы принца П.Г.Ольденбургского. Фото К.К.Буллы. 1912.



Рис. 17. Главный врач Детской больницы принца Петра Ольденбургского К.А.Раухфус (у кровати ребенка) и медицинский персонал с детьми. Санкт-Петербург. (1900-е). Фото ателье К.К.Буллы.

- дочь Екатерина (1846–1866, не состоявшаяся невеста безвременно скончавшегося цесаревича Николая, старшего сына Александра II. Начитанная патриотичная девушка, владевшая несколькими иностранными языками, увлекалась русской историей и литературой, особенно Лермонтовым, Пушкиным, Тургеневым. Умерла, не оправившись от известия о смерти возлюбленного цесаревича, заболев после кори скоротечной чахоткой);
- сын Георгий (1848–1871, его имя не прозвучало наравне с остальными и, чем это было обусловлено, остается только гадать);
- младший сын, Константин (1850–1906) дослужился до генерал-майорского чина, в 1881–1887 г. командовал конным полком Кубанского казачьего войска, по воспоминаниям С.Ю.Витте, был «большущий весельчак», постоянно кутил и находился в долгах, так что несколько раз брал деньги у государя, также состоял в морганатическом браке с Агриппиной Джапаридзе, графиней Зарнекау);
- младшая дочь Тереза (1852–1883, — супруга Георгия Максимилиановича, 6-го герцога Лейхтенбергского, и она, не смотря на скромные средства, продолжила традицию благотворительности, свойственную дому Ольденбургских). ☺

*Продолжение следует...*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Э.М.Конюс. Пути развития советской охраны материнства и младенчества (1917–1940). По материалам организационных и научных съездов. / Под ред. В.П.Лебедевой и Г.Н.Сперанского. — М.: Центральный институт усовершенствования врачей, 1954, 404 с.
2. Л.А.Образцова. Ольденбургские. 3-е издание, переработанное. — Воронеж: Поларис, 2014. 100 с.
3. В.А.Смирнова. Рамонский дворец принцессы Ольденбургской (памятник архитектуры XIX века). — Воронеж: ГУП «Воронежская областная типография — издательство им.Е.А.Волховитинова», 2014. — 90 с.
4. Саввино-Сторожевский монастырь. Альбом. — М.: «Лето», 2007. — 264 с.



# ПЕРВЫЙ ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР РАБОТЫ С ЧАСТО БОЛЕЮЩИМИ ДЕТЬМИ

В декабре 2016 года на базе одного из крупнейших в Санкт-Петербурге коммерческих медицинских центров «Современные медицинские технологии» на Московском проспекте, 22 начинает свою деятельность первый Городской центр работы с часто болеющими детьми (ЧБД).

ЧБД — одна из самых актуальных проблем современной педиатрии. По российским данным, доля ЧБД в детской популяции колеблется в широком диапазоне — от 15 до 75%, не имея тенденции к снижению (Черная Н.Л., Маскова Г.С., 2008). На консультативном приеме в Приморском районе СПб ЧБД составляют 62% (Мамаева М.А., 2007–2015 гг.).

Большинство ЧБД переносят более 7–10 респираторных инфекций в год, осложненных бронхитами, отитами, синуситами, пневмониями и т.д., что не позволяет восстановиться иммунной системе ребенка после заболевания.

ЧБД не учитываются в стат.талонах, не проходят диспансеризацию, как это было ранее, а оздоровительные мероприятия получают спорадически, бессистемно, в зависимости от настойчивости родителей и возможностей поликлиник. Возможности детских поликлиник для оздоровления ЧБД в настоящее время скромные: реабилитационные отделения имеют малую мощность. Можно сделать вывод, что ЧБД стали «беспризорниками» в системе современного детского здравоохранения. В то же время, перспективы ЧБД без грамотного своевременного вмешательства — это хронические заболевания с выходом на инвалидность.

Реально работающих практически значимых программ обследования, лечения и оздоровления ЧБД до последнего времени не было. Педиатры не знают, что делать с этими детьми! В результате детям бессистемно назначают антибиотики, иммуномодуляторы, синтетические витаминно-минеральные комплексы и другие лекарства, что еще больше нарушает состояние иммунной системы и обмена веществ организма ребенка.

Система детской санаторно-курортной службы в стране за последние десятилетия значительно пострадала. Качественно оздоравливать детей стало сложнее.

Кроме того, ЧБД — это еще и социально значимая проблема, это одна из основных причин больничных листов матерей, что нарушает экономический и психологический статус семьи.

Издательский Дом СТЕЛЛА за последние годы выпустил 4 тиража методических пособий, содержащих основы Программы работы с ЧБД. Пособия пользуются большой популярностью у педиатров и узких специалистов. Была разработана статистика. И программа, таким образом, на практике доказала свою эффективность.

Согласно результатам исследований, основной частой простудной заболеваемости детей являются не сами по себе «иммунодефицитные состояния», а вполне банальная патология, которая должна выявляться уже на первичном амбулаторном этапе, однако не выявляется годами, приводя к стойким нарушениям обмена веществ в организме ребенка. Основной перечень этих патологических состояний и частоту встречаемости приводим ниже:

- Паразитозы — 42%
- Хронические очаги инфекции ЛОР-органов (синуситы, тонзиллиты, аденоидиты) — 36%
- Гиперплазия лимфоидной ткани без инфицирования как аномалия конституции — 22%
- Аллергические заболевания — 56%
- Заболевания желудочно-кишечного тракта (дисбактериоз кишечника, ДЖВП, хронический гастродуоденит, нарушение функции поджелудочной железы) — 100%
- Инфекции мочевой системы — 18%

На основе данных исследований был разработан диагностический алгоритм, который включает: клинический анализ крови, общий анализ мочи, копрограмму, анализ на паразитоз (ПЦР кала, микроскопия), посев кала на дисбактериоз кишечника с тестированием на чувствительность к бактериофагам, кишечным антисептикам, пробиотикам, мазок из зева, носа на флору. Риноцитограмму, посев мокроты, УЗИ органов брюшной полости, почек и мочевого пузыря, спектральный анализ волос на минералы, а также консультации специалистов — ЛОР-врача, стоматолога, невролога, физиотерапевта, по показаниям — инфекциониста, аллерголога, гастроэнтеролога, диетолога, эндокринолога, кардиолога, гинеколога или андролога. По показаниям: иммунологическое обследование.

Именно по такому алгоритму будут проходить обследование дети в первом Городском центре работы с ЧБД в педиатрическом отделении Клиники «Современные медицинские технологии» на Московском проспекте, 22 (зав. Отделением Ратченкова Т.И.) и получать полноценное лечение в зависимости от выявленной патологии. Центр оснащен современной диагностической аппаратурой, имеет свою лабораторию, в штате — высоко квалифицированные специалисты. В основе работы центра — авторская программа по работе с ЧБД к.м.н. Мамаевой М.А., которая и будет координировать ее реализацию на практике. В центре ведут прием педиатры и узкие специалисты, ежедневно работает прививочный и процедурный кабинеты.

Клиника «Современные медицинские технологии» на Московском проспекте, 22 имеет и свое отделение реабилитации, где планируется проводить курсы реабилитации ЧБД, для этого есть все необходимое. В курс реабилитации продолжительностью 1,5–2 месяца будут включены: ЛФК, ФТЛ, общеукрепляющий массаж, апитерапия, гирудотерапия, ингаляции, галокамера, фитотерапия и т.д.

В программе оздоровления ЧБД предусмотрено и санаторно-курортное лечение. Планируется проведение консультаций по выбору профильного курорта, оздоровительной программы с учетом всех показаний и противопоказаний. Центром будет осуществляться организация санаторно-курортного лечения детей с родителями в Рос-

сии и за рубежом. В настоящее время уже организуются группы для оздоровления на курорты Венгрии и Сербии.

Уже начиная с декабря 2016 года на базе Клиники «Современные медицинские технологии» будут проводиться первые педиатрические школы по работе с ЧБД, а также школы для родителей.

Приглашаем к сотрудничеству педиатров города и области!

## Клиники СМТ

Современные медицинские технологии

[www.cmtmed.com](http://www.cmtmed.com)

Санкт-Петербург

пр. Московский, 22 (парковка)

пр. Римского-Корсакова, 87 (парковка)

+7(812)777-9-777

7 дней в неделю

### ЛИТЕРАТУРА

1. Мамаева М.А. Часто болеющие дети: программа обследования, лечения и оздоровления (методическое пособие для врачей-педиатров). — СПб: Издательский Дом СТЕЛЛА, 2014. — 60 с.ф

Клиники СМТ   
Современные медицинские технологии

Санкт-Петербург  
пр. Московский, 22  
пр. Римского-Корсакова, 87

8 (812) 777-9-777  
[www.cmtmed.com](http://www.cmtmed.com)

7 ДНЕЙ  
В НЕДЕЛЮ

## БЕСПЛАТНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ КОНСИЛИУМА ВЕДУЩИХ ВРАЧЕЙ\*

### КОНСИЛИУМ:

**Неронов Роман Витальевич**

- главный оториноларинголог,
- кан. мед. наук

**Басос Сергей Борисович**

- главный хирург онколог,
- врач высшей категории,
- кан. мед. наук

для пациентов с диагнозом,  
требующего хирургического лечения\*

**Ракул Сергей Анатольевич**

- врач онколог-уролог,
- д-р мед. наук

**Попов Петр Алексеевич**

- акушер-гинеколог,
- эндовидеохирург,
- кан. мед. наук,
- главный специалист

**Исаев Максим Вадимович**

- травматолог-ортопед,
- хирург

**Михайлов Сергей Сергеевич**

- сосудистый хирург,
- кан. мед. наук



- Консультации ведущих специалистов - 40 мед. направлений
- Диагностика экспертного класса (КТ, МРТ, УЗИ, цифровой рентген, маммография, эндоскопия)
- Хирургический комплекс - операции любой сложности • Современный комфортный стационар
- Лаборатория - все виды исследований • Педиатрия – 12 мед. направлений
- Стоматология для взрослых и детей • Косметология и пластическая хирургия
- Семейная и Восстановительная медицина

РЕКЛАМА

Лицензии: №78-01-004-795 от 06.06.14г.; №78-01-005853 от 08.06.15г.

О основных преимуществах проконсультируйтесь у наших специалистов

**Мамаева М. А.,**

кандидат медицинских наук, ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова,  
Санкт-Петербург, Россия

## ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА ИЛИ «КИШЕЧНЫЕ КОЛИКИ»?

В научно-популярной литературе в последние годы всё чаще освещается тема так называемых «кишечных колик» у младенцев. При этом активно рекламируются различные средства для решения этой проблемы, которые в большинстве своём являются симптоматическими, то есть по сути своей решить проблему не могут, а дают лишь кратковременный эффект, «загоняя» саму проблему вглубь, тем самым усугубляя её. Учитывая тот факт, что за последние два десятилетия наше население значительно «продвинулось» в деле изыскания любой информации в интернете, не стоит удивляться, что самолечение сейчас достигло, пожалуй, своего апогея. Особенно активно стали «лечить» детей по рекомендациям интернет- и телевизионных «специалистов», совершенно не задумываясь о последствиях.

### ТЕРМИНОЛОГИЯ И СУТЬ ПРОБЛЕМЫ

Понятие «кишечные колики» больше является популярным, чем медицинским. Любой врач понимает, что это явление связано с метеоризмом и нарушением моторики кишечника. Однако не каждый врач связывает эти симптомы с дисбалансом микрофлоры кишечника, то есть с дисбактериозом.

Термин «дисбактериоз» впервые ввёл в обиход А. Nissle ещё в 1916 году, то есть 100 лет назад (!), однако до сих пор не утихают споры среди наших коллег, как к такому состоянию, как дисбактериоз, относиться. Одни специалисты считают дисбактериоз надуманной проблемой и полностью её игнорируют, другие — наоборот, являются фанатичными сторонниками постоянного приёма про- и пребиотиков без чётких к тому показаний, а третьи считают, что «дисбактериоз есть у всех», «радикально и навсегда избавиться от него невозможно», а потому «нет смысла заниматься этой проблемой». Вот такие полярные мнения.

А пока врачи спорят, грудным детям назначают «эспумизаны», «бэби-калмы», «смекты» и т. п. средства с целью «лечения» кишечных колик, которые во многих случаях перерастают в манифестацию дисбактериоза кишечника со всеми классическими симптомами.

### КЛИНИКА ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА

Дисбактериоз кишечника начинается обычно с не очень выраженной симптоматики: метеоризм, склонность к запорам или неустойчивый стул, беспокойство ребёнка, особенно после приёма пищи (стадия «кишечных колик»).

Более тяжёлая стадия дисбактериоза кишечника проявляется жидким водянистым стулом со зловонным запахом, периодическими болями в животе спастического характера, выраженным беспокойством ребёнка, снижением аппетита и, как следствие, малыми прибавками массы тела.

На фоне дисбактериоза ребёнок может чаще болеть простудными заболеваниями даже в грудном возрасте. Это объясняется тем, что иммунная система детей в возрасте до 2–4 лет переживает ещё своё становление и недостаточно развита, а 80% иммунокомпетентных клеток находятся в кишечнике, соответственно, дисбаланс кишечной микрофлоры закономерно приводит к иммунному дисбалансу и большей подверженности вирусным и бактериальным инфекциям.

Кроме того, в результате длительно существующего дисбактериоза кишечника развиваются хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, например, хронический гастродуоденит, дискинезии желчевыводящих путей, хронические колиты и др.

Дисбактериоз кишечника усугубляет и поддерживает различные обменные нарушения

в организме, аллергические процессы, дисфункцию внутренних органов, способствует нарушению всасывания в кишечнике витаминов и минералов, необходимых для роста и развития ребёнка.

### ДИАГНОСТИКА

Поскольку дисбактериоз кишечника может протекать латентно, либо маскируется под кишечную инфекцию или «кишечные колики», поставить правильный диагноз поможет посев содержимого толстого кишечника на дисбактериоз с тестами на чувствительность. Это достаточно точный метод обследования при соблюдении условий правильного сбора и доставки материала. По результатам данного анализа можно судить не только о наличии дисбактериоза, но и о его степени, а тесты на чувствительность подскажут, из каких этапов и препаратов целесообразно составлять схему коррекции. Косвенные признаки дисбактериоза можно увидеть и в копрограмме, которую необходимо назначать всем детям с жалобами на боли в животе, расстройство стула, метеоризм, в том числе детям с «кишечными коликами».

### КОРРЕКЦИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА

Беспорядочный и бессистемный приём пробиотиков, а, тем более, кишечных антисептиков и бактериофагов к хорошему результату не приведёт.

Бактерии обладают индивидуальной чувствительностью к препаратам, предназначенным для коррекции дисбактериоза, а потому без посева на дисбактериоз и тестирования на чувствительность любая схема коррекции будет, по сути, «лотереей» — можно попасть в «десятку», угадать, а можно впустую потратить и деньги, и время.

Но часто бывают случаи, когда коррекция дисбактериоза должна быть назначена безотлагательно из-за выраженных клинических проявлений этого состояния, и у врача нет времени ждать результатов посева. Поэтому врач прибегает к так называемым эмпирическим схемам коррекции дисбактериоза, которые доказали свою эффективность в большинстве случаев опытным путем.

Независимо от возраста ребенка, программа коррекции дисбактериоза состоит обычно из следующих последовательных этапов:

Пробиотик для всей семьи

РЕЛА Лайф®

Источник пробиотических лактобактерий *Lactobacillus reuteri*, выделенных изначально из женского грудного молока.  
*Lactobacillus reuteri* - самая продаваемая лактобактерия в аптеках Финляндии.\*  
\* IMS Health SLD MAT EUR 10/2015



www.relalife.ru

#### Капли Рела Лайф для детей с рождения

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

#### Жевательные таблетки Рела Лайф

- Удобны в применении: взрослым по 1 таблетке в день
- С приятным вкусом клубники

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ

RU.77.99.88.003.E.008754.09.15 от 02.09.2015  
RU.77.99.88.003.E.009922.11.15 от 03.11.2015

РЕКЛАМА



1) Энтеросорбция — от 3–5 до 10 дней, в зависимости от клинических проявлений дисбактериоза, его степени, сопутствующих состояний.

2) Этиотропная коррекция — бактериофаги и энтеросептики, в зависимости от результатов посева на чувствительность флоры, — курсом 7–10 дней. Иногда приходится назначать несколько последовательных курсов бактериофагов / энтеросептиков.

3) Пребиотик — курсом до 3 недель, с целью создания в кишечнике благотворной питательной среды для нормальной микрофлоры.

4) Пробиотики, т.е. препараты, содержащие представителей нормальной микрофлоры организма, курсом от 2–3 недель до 2–3 месяцев, иногда рекомендуется и 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» непосредственно для коррекционных мероприятий.

Требования к современным энтеросорбентам: хорошая эффективность, высокие и селективные сорбционные качества, т.е. максимальное выведение из организма токсинов, патогенных бактерий, и минимальное влияние на жизненно важные витамины и минералы, минимум побочных действий, к примеру, отсутствие влияния на моторику кишечника, хорошие вкусовые качества, отсутствие возрастных противопоказаний, удобные формы выпуска, легкость дозирования. В последнее время в педиатрической практике 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 определенным бактериофагам, то предпочтение отдается последним, т.к. бактериофаги — это продукты 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 для жизни.

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

Считается, что самые эффективные пробиотики те, которые выпускаются в жидкой форме. Именно в такой среде микрофлора лучше сохраняет свои физиологические свойства и, попадая в просвет кишечника, практически сразу включается в работу.

На отечественном рынке много достойных препаратов, которые рекомендуются в качестве пробиотиков, в т.ч. детям. Одним из наиболее хорошо зарекомендовавших себя является препарат «РЕЛА ЛАЙФ»® финской компании VERMAN. Это пробиотик в жидкой форме, который легко дозируется — суточная доза составляет 5 капель. Основным компонентом препарата является представитель нормальной лактофлоры организма человека — *Lactobacillus reuteri* Protectis™ (*Lactobacillus reuteri* DSM 17938). *Lactobacillus reuteri* — одна из наиболее изученных на сегодняшний день лактобактерий в мире, эффективность которой подтверждена данными более 100 клинических исследований. Эта ценная бактерия способна продуцировать Реутерин — антибактериальное вещество широкого спектра действия, благодаря чему она подавляет рост патогенной микрофлоры, в частности, *Lactobacillus reuteri* Protectis эффективна против *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Salmonella typhimurium*, *Shigella flexneri* и др. Бактерия обладает высокой адгезивностью к слизистой кишечника, принимает участие в связывании токсинов, синтезе вит. В<sub>12</sub>, стимулировании иммунных клеток тонкого кишечника и т.д. Доказано, что *Lactobacillus reuteri* уменьшает выраженность побочных эффектов антибиотиков, а также не подвержена влиянию большинства известных антибиотиков, а потому препарат можно принимать во время курса антибиотикотерапии.

Капли «РЕЛА ЛАЙФ»® не имеют возрастных противопоказаний и рекомендуются детям с первых дней жизни. Не содержит лактозы и компонентов молока. Капли могут храниться при комнатной температуре, что тоже очень удобно. Рекомендуемый курс — 1 месяц. Обычно для эффективной профилактики и коррекции дисбактериоза достаточно двух курсов в год.

В результате грамотной коррекции дисбактериоза кишечника успешно купируются не только «кишечные колики» у младенцев, но и, как показывает опыт, купируются до 90% аллергических проявлений у детей разного возраста. ●

## АНОНС

Уважаемые коллеги!  
Приглашаем принять участие

в научно-практическом семинаре с программой оздоровления и отдыха:

# Шопрон — средневековый оазис на границе Венгрии и Австрии

06–13 декабря 2016 года в г. Шопрон, Венгрия —  
самом средневековом городе страны

### В программе:

- Шопрон как психологический и традиционный курорт. Особенности и достопримечательности.
- Природные факторы в лечении заболеваний и оздоровлении организма.
- Курорты Венгрии. Термальные источники. Карстовые и соляные пещеры. Мофеты. Лечебные грязи. Минеральные воды.
- Медицинская астрология и нумерология. Психоанализ. Биоэнерготерапия. Др. альтернативные методы лечения и профилактики заболеваний.
- Венгерская стоматология и эстетическая медицина. Мастер-класс.
- И многое другое...

Специалисты по психоанализу, альтернативной и народной медицине проводят дополнительные консультации для всех желающих.

В семинаре принимают участие специалисты из России, Венгрии, Австрии и др. стран.

Делегаты проживают в одном из наиболее уютных отелей города Шопрон — Hotel Lövér\*\*\*superior с велнес-зоной, центром красоты и тренажерными залами. Отель расположен в лесопарковой зоне. В отеле созданы все условия для пребывания с детьми.

В свободное время — по желанию — предлагаются экскурсии с посещением старинных венгерских замков, дегустацией знаменитых венгерских и австрийских вин и блюд национальной кухни, концертными программами, и экскурсии в Австрию, включая Вену, а также лечебные и оздоровительные программы в отеле и городской термальной купальне, выезд на курорты Балф, Бюкфурдо и т.д.

**Организатор:** Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА, издатель всероссийского журнала для врачей «Пятиминутка».



Заявку на участие можно отправить на e-mail: [stella-mm@yandex.ru](mailto:stella-mm@yandex.ru)  
с пометкой «Поездка в Шопрон — 16».

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



**От Редакции:** В предыдущем номере журнала мы впервые познакомили наших читателей с уникальным специалистом — Еленой Николаевной Коваль, которая рассказала о своей методике массажа с пропитками фитобальзамами. Однако не только массаж и фитотерапия есть в арсенале этого доктора. Сегодня предлагаем Вам мнение Елены Николаевны о гирудотерапии.



**Коваль Е. Н.,** врач терапевт, специалист по альтернативным методам лечения и профилактики, Санкт-Петербург — Новгородская обл., Россия

## ГИРУДОТЕРАПИЯ — ПРЕКРАСНЫЙ МЕТОД, НО В ХОРОШИХ РУКАХ...

Гирудотерапия... Само название методики звучит, как музыка. Пиявки очень красивы. А прочитав об истории появления гирудотерапии, можно только серьёзно задуматься, как много мы не знаем, и как всё просто на свете, надо только захотеть это знать.

История применения гирудотерапии уходит не просто в далёкое прошлое, а еще во времена фараонов (!). На сегодняшний день мы достоверно знаем, что пиявка выпускает в ранку пациента около 100 биологически активных ферментов, разнообразных по действию и удивительно эффективных. Все слышали о гирудине, именно это вещество пиявка впрыскивает в ранку в последний момент, перед тем как отпасть, и это не самый активный фермент. Сегодня из веществ, которые удалось выделить из пиявки, изготавливаются довольно интересные и эффективные препараты, нашедшие своё применение при самых разных заболеваниях. Например, есть целая линия косметических средств, содержащих экстракт пиявки.

Задумываются ли сегодня врачи над тем, что дальше будет с пациентом, который обратился к ним на прием? Что будет с ним через несколько лет? Недурно было бы вспомнить С.П.Боткина, который говорил, что лечить надо больного, а не болезнь. А М.Д.Тушинский говорил, что в наше время в вену не льют разве что порошок. Нормальный думающий клинический доктор никогда не будет лечить больных по общим схемам и теми лекарствами, у которых больше противопоказаний и осложнений, чем положительных результатов. Моё мнение по этой проблеме всегда было неизменно, искать надо те методы, которые улучшают здоровье, не сокращают сроки жизни и не действуют отрицательно на судьбу человека.

В 2000 году мне встретился «горе-доктор». Он уже тогда «с пеной у рта» доказывал, какой экономический эффект можно получить, применяя эти пресловутые общие для всех, стандартные схемы лечения. И к чему это привело? Сегодня практически уничтожена клиническая медицина. Название «клиническая ординатура» осталось, а клинической медицины нет! Лекарственные препараты, которые были эффективны, почему-то исчезли из обихода, а их заменили препараты, у которых больше побочных действий и противопоказаний, чем позитивных результатов. Естественно, что начинаешь искать то средство, которое может помочь больному и при этом не стоить целого состояния.

Гирудотерапия — вполне приемлемый метод и доступный для многих пациентов. И опять повторяю: каждый целитель достоин своего больного, и каждый больной достоин своего целителя (врача). Надеюсь, мне удалось ответить на вопрос, который мне часто задают, — почему я стала заниматься гирудотерапией? Кроме всего прочего, гирудотерапия — это один из методов, который восстанавливает венозный отток, который нарушается после 30-летнего возраста практически у всех.

В 1997 году одному знакомому сделали в пятый раз операцию по поводу геморроя. Не знаю, как он попал на гирудотерапию в клинику Залманова, которую тогда возглавлял Юрий Яковлевич Каменев. Но после курса «пиявок» ему стало значительно легче. Мне практически сразу удалось попасть на цикл «натуротерапия с гирудотерапией». До 2005 года мне посчастливилось общаться с Юрием Яковлевичем. Уникальный доктор, он, действительно, прекрасно чувствовал пациента, что ему конкретно нужно подобрать, чтобы были позитивные результаты

лечения. Говорят, что незаменимых людей нет, но когда не стало Каменева Ю. Я., — не стало и той клиники имени Залманова, где, действительно, применяли и гирудотерапию, и знаменитые ванны по Залманову, и фитотерапию с индивидуальными сборами, которые готовились для данного конкретного человека и ни для кого другого. У Каменева Ю. Я. было собрано 4 огромных коробки с фотографиями результатов после применения гирудотерапии, например, при влажной гангрене — осложнении сахарного диабета, и этим пациентам не только удавалось спасти конечности, но и избежать других, не менее тяжёлых, осложнений. Великолепные результаты лечения облитерирующего эндоартериита и других тяжелых заболеваний, где оперативное лечение, лекарственная терапия не только были не эффективны, но и прибавляли осложнения и укорачивали жизнь пациента.

Какая разница, как называют метод, который эффективен! Какая разница, кто за какие рынки борется, и кто кого куда не пускает! Мне всё это не интересно, и людям тоже. Как и много лет назад, я буду искать то, что может помочь даже небольшому количеству пациентов. Нужно только чувствовать и знать, кому мы можем помочь и как? Всегда и в каждом конкретном случае всё очень индивидуально. Нет панацеи, нет одной таблетки от всех болезней. Диагноз может быть один, но лечение у разных пациентов абсолютно разное при одинаковых диагнозах. И ещё мне совершенно ясно, что те изменения, которые появились в нашей жизни в последние годы, не только сделали её тяжелее, но и вызвали у множества людей отсутствие желания вообще обращаться к врачам. Такое социальное неравенство, как сейчас, было в нашей стране только во времена до 1917 года. Глаза, уши есть у всех, и все всё видят и слышат, а как реагируют на происходящее, — это уже дело только этого конкретного человека. Если в голове, в сердце, в душе — пустота, то о чём можно говорить с таким человеком? В общем, чтобы пользоваться либо назначать такой метод лечения, как гирудотерапия, надо в какой-то мере овладеть философией здоровья и на деле, а не на словах, применять индивидуальный подход к пациенту.

Кому можно рекомендовать этот метод? Рекомендовать — никому, хотя результаты применения пиявок уникальные, но это может решить только доктор, который владеет этим методом. Гирудотерапия — не для самолечения!

У меня была такая ситуация, когда в одной из клиник, где профессор (не буду называть фамилию) убедил пациента, что гирудотерапия для него не эффективна. На основании чего это было решено, — не знаю, но в конечном итоге пациент перенёс инсульт, которого можно было избежать. Мы видели великолепные результаты и при гинекологических заболеваниях, и при грыжах дисков, когда гирудотерапия применялась как одна из методик в комплексе. Хорошие результаты также мы наблюдали при заболеваниях простаты, при осложнениях сахарного диабета, при спечной болезни у детей, — всё перечислить невозможно. Мои студенты подрабатывали в роддоме, и там на послеоперационные инфильтраты ставили пиявки. И результат прекрасный, и ребёнка можно было кормить грудью. И это применялось вместо антибиотиков! Там работал в то время умный доктор, использовавший гирудотерапию в своей практике. Кроме того, известно, что хороший эффект

от применения пиявок отмечается при глаукоме, при повреждении барабанной перепонки и т.д.

Могу сказать так: гирудотерапия прекрасный метод, но в хороших руках!

Часто спрашивают, можно ли использовать гирудотерапию как единственный метод лечения или лучше в комплексе с другими методиками? Это решает только лечащий доктор, а уж какой это доктор, такое и будет решение, и такой, соответственно, будет результат. Много лет назад мне пришлось заниматься нарушениями обмена, в частности, ожирением. Есть очень хороший, доступный и простой метод. Работала я в другом городе, прошло тогда через наши руки 1900 человек. И я говорила своим пациентам, что если через несколько дней после сеанса человек говорит себе, что ему все эти рекомендации не нужны, и он ничего делать не будет, то это не значит, что методика не работает, это значит, что данный человек сделал свой выбор, и методика здесь не при чём.

Гирудотерапия, как и любой другой метод лечения, имеет противопоказания. После приставки пиявок продолжается кровотечение, и может продолжаться до суток, если у человека уже есть проблемы со свёртываемостью крови, или если он принимает антикоагулянты, или если в крови снижено содержание тромбоцитов... Таким пациентам, конечно, не следует ставить пиявки. Все противопоказания к гирудотерапии перечислены в таких замечательных книгах, как, например, книга Ю. Я. Каменева: «Вам поможет пиявка». Врачи, которые хотят заниматься лечением пиявками, должны получить специализацию по гирудотерапии, а вот где лучше это сделать? Не знаю. После ухода Каменева Ю. Я. не слышала о специалистах такого уровня, как он.

В лечении используются пиявка медицинская и пиявка аптечная. На курсах нам ещё говорили о пиявке восточной, также используемой для лечения. Мне больше всего нравятся пиявки Балашихинской биофабрики. Активные, и «падёж» небольшой. Пиявки лучше всего приобретать официально в аптеке, специалисты приобретают пиявки на биофабриках.

Метод гирудотерапии уникален, и если доктор выбирает этот метод для лечения пациентов, значит, у него есть для этого все основания. Гирудотерапия — это лечебная процедура, её впоследствии придётся повторять раз в полгода или раз в год, но и это тоже очень индивидуально. Замечу, что пациенты приходят к нам чаще всего уже с органическими нарушениями, и приходится объяснять, что лечиться придётся долго, а вот выбор режима лечения, в том числе и при гирудотерапии — это зависит от доктора, его знаний, от его клинического мышления.

Как-то меня спросили по поводу повторного использования пиявок, я специально остановлюсь на этом. Существует метод очищения и восстановления пиявок, но нет возможности очистить пиявку от информации о болезни, поэтому пиявки используем только один раз, и после этого они уничтожаются. Для лечения мы используем только рабочие пиявки. Размер пиявок может быть разный. На лице, во рту ставят пиявки маленькие, на теле — большие. Хотя активность пиявок не всегда зависит от их размера.

Повторюсь, что гирудотерапия — уникальный, замечательный метод, когда его применяет грамотный специалист.

©

**Мамаева М. А.,**

кандидат медицинских наук, СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова,  
Руководитель Общества специалистов «Международное  
медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА,  
Санкт-Петербург, Россия

## ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ОСТРОВА МАРГИТ

О Будапеште — единственной столице государства, обладающей всеми возможностями города-курорта, мы не раз размещали информацию на страницах нашего журнала. Будапешт достоин того, чтобы о нем писали, говорили, хвалили и восторгались. Недаром его считают одним из самых красивых городов мира. Несмотря на то, что Венгрия вместе со своей столицей на протяжении всей своей многовековой истории пережила не одно вражеское нашествие, не одну разрушительную войну, тем не менее, в Будапеште сохранилось много исторических памятников и достопримечательностей, которые привлекают большое количество туристов из разных стран мира.

Но не только этим славится Будапешт. Это столица не только красивейшей страны с уникальными туристическими маршрутами и уголками первозданной природы, это еще столица страны термальных источников, страны лечебно-оздоровительного туризма. И если в Венгрии в настоящее время насчитывается около 1300 официально зарегистрированных термальных источников, то только в одном Будапеште их около 130! Причем, все термальные источники имеют свой неповторимый химический состав, определяющий в конечном итоге медицинские показания для использования целебной воды.

Один из таких термальных источников был обнаружен на острове Маргит (Святой Маргариты), который расположен посреди Дуная в центре Будапешта между двумя мостами — Маргит и Арпад. Остров Маргит (Margitsziget) сам по себе является отдельной достопримечательностью Будапешта. Длина острова — 2,5 км, ширина — 0,5 км, площадь — 80 га. На острове нет жилых домов и административных зданий, строительство там запрещено, остров является Национальным парком. Ранее, в средние века, он назывался Заячьим островом, был сплошь покрыт густым лесом. Здесь в 13 веке несколько лет своей жизни провела дочь короля Бела IV — Маргарита (Маргит), ее именем и зовется этот остров в наши дни.

История Маргит является свидетельством величайшей верности своему слову ее отца — короля, а также огромной трагедией молодой девушки, лишенной права

на нормальную жизнь. Во время монгольского нашествия король Бела IV дал обет, что, если ему удастся защитить город, то его единственная дочь поселится в монастыре на острове посреди Дуная и не будет иметь возможности его покинуть. Венгерские воины победили, и королю ничего не оставалось, как выполнить данное обещание. Несчастливая Маргит прожила на острове несколько лет и умерла в 19-летнем возрасте, не нарушив данное отцом обещание. Принцесса Маргит возведена в ранг святой и очень почитается в Венгрии.

Целебные источники на острове были обнаружены в 20 веке, в результате остров Маргит превратился в место оздоровительного отдыха и лечения. В настоящее время на острове функционируют две гостиницы — Danubius Health Spa Resort Margitsziget\*\*\*\* Superior и Danubius Grand Hotel Margitsziget\*\*\*\* Superior, объединенные одной веллнесс-зоной и медицинским отделением, где используется целебная вода из источников. Оба отеля, принадлежащие к известной сети Данубиус, имеют статус лечебных гостиниц, поскольку оснащены современным медицинским центром, где квалифицированные врачи-специалисты — реабилитологи и терапевты, полагаясь на многолетние традиции и работая по современным профессиональным стандартам, реализуют лечебные программы, основанные на особенностях местных природных ресурсов, таких как термальная целебная вода, питьевая минеральная вода, лечебные грязи и природные газы.

Лечебные программы острова Маргит направлены, в основном, на лечение и реабилитацию пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (для этой цели есть все необходимое вплоть до подводного вытяжения по доктору Моллу), пациентов, страдающих ревматизмом, кожными болезнями (местная вода оказывает благотворное воздействие на состояние кожи), обменными нарушениями (особенно популярны программы по снижению веса), гинекологическими заболеваниями, а также заболеваниями нервной системы. В такое красивое, тихое, спокойное и уютное место рекомендуется приезжать на отдых всем, кто устает от офисной рабо-



## ОТКРОЙТЕ ДЛЯ СЕБЯ СПА ПРОЦЕДУРЫ В ОТЕЛЯХ ГРУППЫ «ДАНУБИУС»...

- Четырех- и пятизвездочные гостиницы с лечебно-оздоровительными, спа процедурами, велнес гостиницы: Будапешт (3), Хевиз (2), Шарвар и Бюкфюрдэ
- Профессиональные лечебные центры и опытные врачи, спа-специалисты, широкий спектр лечебно-оздоровительных процедур
- Восхитительный ассортимент расслабляющих спа процедур для снятия стресса, открытые и крытые плавательные бассейны, комплекс термальных купален, бассейны с аттракционами, сауны, парные, фитнес центры и салоны красоты

### БУДАПЕШТ, СТОЛИЦА-СПА

Откройте для себя Будапешт, один из самых романтичных городов мира, «жемчужину Дуная». Выберите столицу-спа для городского отдыха и лечения, облегчающего боли и жалобы. Ошеломляющие 80 природных термальных источников, богатых минералами, бьют в Будапеште и вокруг него и питают дюжину купален.

### ХЕВИЗ, СИЛА ПРИРОДЫ

Хевиз – всемирно известный курортный город недалеко от озера Балатон (являющегося самым большим внутренним озером в Европе). Озеро Хевиз со своей водной поверхностью 4,5 га – второе самое большое натуральное термальное озеро в мире и самое большое из тех, которые подходят для купания. Горячие источники, питающие озеро, богаты серой, радоном и лечебными минеральными веществами, а грязь, извлечённая со дна озера, применяется для лечебных и велнес аппликаций и других омолаживающих процедур.

### ШАРВАР, 'ROYAL SPA OF EUROPE'

Очаровательный небольшой город в западной Венгрии, предлагающий нетронутую природу и возбуждающие термальные источники.

### БЮКФЮРДЁ, ДЛЯ СПА И СПОРТА!

Наблюдай закат солнца издали над склонами альпийского предгорья. Этот спа находится всего в 50 км от австрийской границы, на пути к Вене!



Тел.: +7 (495) 981 5188

Электронный адрес: [moscow@danubiushotels.com](mailto:moscow@danubiushotels.com)



ты, кто испытывает постоянное напряжение, состояние хронической усталости и т.д. Здесь созданы все условия для отдыха с детьми, а также для отдыха и реабилитации спортсменов.

На острове нет улиц — только пешеходные и специальные беговые дорожки, и еще через весь остров по продольной его оси идет единственная автомобильная дорога. Она предназначена исключительно для общественного транспорта, частным автомобилям въезд на остров со стороны моста Маргит запрещен, въезжать можно только со стороны моста Арпад и только до стоянки у гостиниц. Это условие строго соблюдается.

На острове Маргит есть необычный сад камней с экзотическими растениями и искусственным водопадом, маленький зоопарк, а также самый большой в Будапеште розарий. Все эти чудеса, а также мягкая тень вековых деревьев, тихие уютные парковые аллеи, древние руины старинного монастыря и романтическая обстановка привлекают в это место в центре столицы и молодежь, и детей, и пожилых людей. Здесь в полном смысле слова можно спрятаться от городского шума и суеты.

На острове Маргит также много спортивных сооружений: большой стадион, Национальный спортивный бассейн, теннисные корты и, наконец, пляж-купальня Палатинус. Пляж имеет несколько бассейнов — плавательный, традиционный, бассейн «с приключениями», где есть фонтаны, специальные спуски-коридоры, массаж водяными струями и т.д. В бассейны поступает термальная вода из источника острова Маргит. Вода содержит карбонаты кальция, магния, натрия, сульфиды, флюориты, кремниевую кислоту, а также свободный углекислый газ. Поэтому вода немного «газированная». Одна и та же целебная вода используется для купания и питьевых курсов в лечебных гостиницах, расположенных на этом острове.

Пляж-купальня Палатинус (им. Палатинуса) функционирует с 1919 г. и является первым свободным пляжем под открытым небом. Несмотря на все реконструкции и современные архитектурные усовершенствования, пляж сохраняет свою историческую основу и считается памятником архитектуры. Пляж Палатинус — одно из самых популярных мест для жителей Будапешта, также он является местом паломничества туристов. Общий вид Палатинуса напоминает огромный аквапарк — с водяными горками, искусственной волной и другими удовольствиями, где есть все условия для отдыха и развлечений, как для взрослых, так и для детей. На территории пляжа работают кафе, спортивные площадки, сауны и т.д. Горожане и туристы приезжают в такие места на целый день.

Все это вместе представляет собой единый комплекс под названием «Остров Маргит», однако для нас — врачей имеет огромное значение именно лечебно-оздоровительная составляющая. А потому мы рекомендуем лечебно-оздоровительную базу острова всем, кто страдает такими заболеваниями опорно-двигательного аппарата, как остеохондроз, артрозы коленных, бедренных и т.д. суставов, межпозвоночные грыжи, посттравматические и послеоперационные состояния, а также тем, кто страдает заболеваниями кожи различной неинфекционной этиологии, гинекологическими заболеваниями, болезнями обмена веществ, заболеваниями нервной системы и желудочно-кишечного тракта.

Проживание в комфортабельных гостиницах сети Данабуис во время лечения создаст атмосферу полного релакса и ощущение праздника. Особенно впечатляет отель Гранд, напоминающий дворец. Даже неделя, проведенная в таких условиях, способна избавить от накопившейся усталости и зарядить позитивной энергией. ☺



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](mailto:stella-mm@yandex.ru)



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

## МУЗЫКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

В разные периоды своей жизни человек может по-разному реагировать на трудности, проблемы, болезни. Плач младенца является сигналом для матери, который говорит о том, что ребенок испытывает дискомфорт: голоден, страдает от колик или замерзает в мокром белье. Покачивание младенца на руках родного человека, мелодия простой колыбельной песни убаюкивает и успокаивает малыша. В школьном возрасте дети очень любят не только слушать «модную» музыку, но и петь в хоре. Обратите внимание на лица детей, исполняющих хоровую музыку, даже самую простую. Они становятся поразительно похожими друг на друга своим выражением лица. Лица сосредоточены и ясны. Звучит музыка. «Я — инструмент, издающий эту музыку». Так повелось из древности, что музыка сопровождает человека всю его жизнь — и в радости, и в горе. Музыка успокаивает, музыка вдохновляет, музыка сострадает и лечит...

Музыкой может звучать звон колоколов в деревенской церкви, журчание воды в маленькой речушке, детский смех и тихий шепот, звук органа в католическом храме и звуки утреннего леса. Все эти звуки способны исцелять человека. Возникает вопрос: «Музыка является терапией?»

**Терапия** (др.-греч. *θεράπεια* — «врачебный уход, лечение») — процесс, целью которого является облегчение, снятие или устранение симптомов и проявлений того или иного заболевания, патологического состояния или иного нарушения жизнедеятельности, нормализация нарушенных процессов жизнедеятельности и выздоровление, восстановление здоровья.

Музыкальная терапия — это система психосоматической регуляции функций организма человека.

В медицине **музыкальная терапия** показана для:

- снятия стресса и облегчения боли у взрослых и детей;
- повышения резервных возможностей организма человека в центрах здоровья;
- лечения больных бронхиальной астмой;
- реабилитации взрослых с отклонениями в развитии;
- лечения контингента психиатрических больниц и клиник всех возрастных групп;
- лечения лиц, страдающих психосоматическими расстройствами;
- включения в комплекс процедур пациентов реабилитационных центров, имеющих физические нарушения;

- реабилитации престарелых и лиц, нуждающихся в постоянном уходе;
- реабилитации детей, страдающих нарушениями речи и отстающих в развитии, и т.д.

Использование **музыкотерапии** с лечебными целями имеет тысячелетнюю историю. Многочисленные исторические описания благотворного влияния музыки свидетельствуют о больших возможностях музыкального воздействия. В Древнем Вавилоне жрецы-музыканты знали об облегчающем значении «отчуждения» тяжелых чувств и при траурных церемониях исполняли плачевные песни, дабы возникшую скорбь превратить в нечто «чуждое» для переживающей личности. В античности делили музыку на «музыку вселенной», «инструментальную музыку» и «musica humana» — музыку, звучащую в человеке. В частности, Герофило (300 г до н.э.) ввел представление о музыке в пульсе, подобно ритму. Есть такой термин в медицине — «аускультация», то есть выслушивание шумов, пульса и т.п.

Авиценна начал применять **музыкотерапию** для лечения психических заболеваний. Только в XVII–XVIII веках учение о лечебном использовании музыки (ятромусика) стало развиваться далее. Кирхером (1684) была предложена механическая теория, объяснявшая лечебное воздействие музыки физическими и химическими процессами, происходящими в организме при ее воздействии. Известный психиатр Эскироль считал, что музыка действует на психически больных успокаивающим образом. Пинель не исключал возможность «... критического прекращения заболевания в результате могущественного влияния музыки и упражнения тела».

**Музыкотерапия** как средство «психического отвлечения» широко использовалась в психиатрических больницах отечественными учеными (П. А. Буковский, И. Е. Дядьковский, П. П. Малиновский, И. М. Балинский, П. И. Ковалевский, С. С. Корсаков, П. А. Чаруковский). Специальные физиологические исследования выявили влияние музыки на различные системы человека. Бине, Картье (1896), Менц (1895) показали, что восприятие музыки ускоряет сердечные сокращения, повышает темп респирации. Было обнаружено усиливающее воздействие музыкальных раздражителей на пульс, дыхание в зависимости от высоты, силы тембра и звука (И. М. Догель, 1888). В опытах И. Р. Тарханова (1893) частота дыхательных движений и сердцебиений



изменялась в зависимости от темпа, тональности музыкального произведения.

Большее физиологическое влияние на сердечно-сосудистую систему оказывали минорные тональности, диссонансы, низкие тона, в некоторых случаях — высокие звучания, популярная музыка. Дальнейшие исследования лишь подтвердили воздействие музыки на частоту пульса и дыхания (В. М. Бехтерев, 1916). Общий результат исследований: сердечно-сосудистая система заметно реагирует на **музыкотерапию**, когда она доставляет удовольствие и создает приятное настроение; в этом случае замедляется пульс, усиливаются сокращения сердца, снижается артериальное давление, расширяются кровеносные сосуды; при раздражающем же характере музыки сердцебиение учащается и становится слабее. Под действием музыки изменяется тонус мышц, моторная активность (Б. Г. Ананьев, 1927). В настоящее время в клинических исследованиях выявляются возможности использования музыкотерапии при лечении больных с различными заболеваниями.

Во Франции в Национальном институте переливания крови во время операций звучит музыка, подобранная в строгом соответствии с ее физиологическим действием на организм, индивидуальными особенностями человека и характером заболевания. В ряде больниц Голландии практикуется **музыкотерапия** заболеваний сердечно-сосудистой системы. Низкочастотные музыкальные вибрации лечат органы тела, хотя они лежат ниже порога слышимости. А. Ноймайр, врач и музыкальный критик, пишет: «Сегодня известно — и не в последнюю очередь благодаря убедительным результатам наблюдений за Гербертом фон Караяном во время дирижирования, — что при плавной мелодии и спокойном движении музыки в нашей вегетативной нервной системе преобладают парасимпатические механизмы, в то время как диссонансы, оживленные движения и быстрый ритм значительно сокращают симпатические реакции. Согласно новейшим исследованиям, особую роль играют при этом полипептиды, которые либо успокаивают определенные центры мозга, либо, наоборот, действуют возбуждающе. В последнем случае эмоциональное возбуждение душевного состояния усиливается и в экстремальном случае с тенденцией к агрессии может вызвать стремление к разрушению». Изучая влияние музыкальных воздействий на состояние студентов перед экзаменом, выявили, что определенным образом подобранные музыкальные произведения снимают предэкзаменационный стресс.

В работе с посттравматическим стрессовым расстройством тоже можно использовать **музыкотерапию**, что с успехом делали в США после второй мировой войны. Однако не всегда музыка в посткатастрофный период во благо.



Бывает, что любая музыка, даже изоморфная (то есть подобная по эмоциям), вызывает раздражение, особенно в фазе острого горя. С конца 19 века специалисты в области музыкального искусства, физиологии и психологии изучают механизмы влияния музыки на состояние человека и ее лечебное воздействие. Сложность состоит в том, что исследователи даже в рамках одной области часто приходят к противоречивым результатам, не говоря уже о том, что музыкальные теоретики используют методологические подходы и разрабатывают идеи, совершенно не согласующиеся с физиологическими. То есть можно сказать, что вышеупомянутые специалисты в этих трех областях работают не согласованно, что и приводит к подобной проблеме. Так, приятная для человека **музыкотерапия**, вызывающая эмоции радости, активизирует фронто-медиальные области левого полушария, в то время как неприятная или грустная музыка возбуждает аналогичные области в правом полушарии. Это хорошо согласуется с данными о том, что левое полушарие ответственно за положительные, а правое — за отрицательные эмоции. Такая межполушарная асимметрия подтверждает гипотезу В. Хелера и Р. Дэвидсона об участии передних отделов коры в определении знака эмоции, согласно которой положительные переживания связываются с деятельностью передних отделов левого, а отрицательные — передних отделов правого полушария. Кроме того, получено дополнительное подтверждение важности для эмоционального восприятия не столько альфа-ритма, сколько именно нижнего тета-диапазона, что согласуется с данными ряда других исследований эмоционального восприятия.

Таким образом, благозвучная **музыкотерапия** «настраивает» мозговую ритмику на более низкие частоты, что соответствует состоянию спокойного бодрствования, приятным,

но не сильным эмоциям. Это особенно важно для больных с тревожными расстройствами и подобными заболеваниями, так как у них наблюдается ригидность ритмов мозга, ограниченность высокими частотами. Способность мелькающих световых стимулов «вызывать» навязанный ритм электроэнцефалограммы, определяемой частотой стимуляции, известна как реакция усвоения ритма. Она используется для диагностики реактивности мозговых структур при различных состояниях.

Например, при шизофрении реакция усвоения ритма при **музыкотерапии** выражена крайне слабо. Аналогичные изменения возникают и в случае прослушивания ритмической звуковой стимуляции. Если иметь в виду жестко заданный и ярко выраженный ритмический рисунок, то можно сказать, что музыка тоже может вызывать «навязанные» ритмы соответствующих частот. Этим можно объяснить тот факт, что музыка, исполняемая в медленном темпе, действует успокаивающе. Существует точка зрения, согласно которой у музыкантов, а также вообще у людей творческих профессий, происходит повышение интеграции функций обоих полушарий.

Так, хорошо знакомые мелодии могут кодироваться в виде целостного образа, тогда как незнакомые мелодии требуют аналитического подхода. Установлено, что локализация активации в полушарии при прослушивании музыкальных произведений зависит от музыкальной грамотности слушателя. Более образованные в музыкальном отношении испытуемые, использовавшие аналитическую стратегию и умеющие обнаружить сходство и различие звуков в аккордах, по данным ПЭТ, показывают большее потребление глюкозы левым полушарием. У лиц, не имеющих музыкального образования, применение **музыкотерапии** усиливало метаболическую активацию, особенно в теменных и затылочно-височных областях правого полушария. Это подтверждено также исследованием, проведенным А. Р. Лурией и соавторами (1968) на восприятие известных музыкальных произведений музыкантами и людьми, не имеющими музыкального образования. Они показали, что не музыканты воспринимают музыку преимущественно височными и лобными долями правого полушария, тогда как при прослушивании этой же музыки у музыкантов участвуют аналогичные отделы левого полушария (ответственные, в частности, за восприятие речи).

Сведения о музыкантах с односторонним поражением мозга подтверждают, что у них музыкальные способности сохраняются лучше, чем у других людей. К сожалению, таких случаев известно не много. Примером может служить композитор В. Я. Шебалин, который после левостороннего инсульта продолжал сочинять музыку, хотя способность говорить утратил. Данилова также предполагает, что у не музыкантов различные аспекты их музыкальных способностей связаны с разными полушариями и неодинаково страдают при одностороннем поражении мозга. «Музыканты-профессионалы, по-видимому, различаются между собой по степени использования способностей правого и левого полушарий, однако асимметрия в восприятии тонов, силы звука, аккордов, темпа и ритма у них, похоже, значительно меньше, чем у обычных людей.

Накопленный у людей искусства творческий опыт усиливает структурно-функциональное сходство и взаимо-

действие полушарий». Такой подход можно называть полушарным, так как в его основе лежит положение о том, что функция восприятия музыки связана с тем или иным полушарием. Есть несколько возражений относительно этого подхода. Во-первых, немало известных композиторов (Шуман, например) страдали шизофренией. Если рассматривать эту болезнь только с точки зрения физиологии нервной деятельности, то, кроме прочих проблем, у подобных больных затруднены или нарушены межполушарные связи. Если музыкальное творчество улучшает интеграцию полушарий, то естественно предположить, что эти композиторы или исполнители должны выздоравливать или, по крайней мере, демонстрировать положительную динамику, чего чаще всего не происходит. Вторая проблема этого подхода лежит в том, что физиологи, исследуя музыкальное восприятие, берут нейropsychологическую парадигму полярных типов мышления (лево- и правополушарные типы), не используя какие-либо другие.

Согласно этой типологии Мендельсон и Гендель — левополушарные типы, в своем творчестве опирающиеся на рациональность, строгую логичность развертывания и ясность музыкальной структуры, «логики», а Дебюсси, Малер, Шуман — правополушарные, соответственно противоположные по качествам. Интересные случаи положительного влияния музыки на неврологических больных носят лишь описательный характер и остаются без должного объяснения, что именно происходит с физиологией мозга, каким именно перестройкам подвергается человеческий организм.

**Музыкотерапия** — психотерапевтический метод, использующий музыку в качестве лечебного средства. Термин «музыкотерапия» имеет греко-латинское происхождение и в переводе означает «лечение музыкой». Существует много определений понятия «музыкотерапия». Значительная часть ученых считают музыкотерапию вспомогательным средством психотерапии, средством специфической подготовки пациентов к использованию сложных терапевтических методов. Другие авторы определяют музыкотерапию как:

- Контролируемое использование музыки в лечении, реабилитации, образовании и воспитании детей и взрослых, страдающих от соматических и психических заболеваний.
- Системное использование музыки для лечения физиологических и психосоциальных аспектов болезни или расстройства.
- Средство оптимизации творческих сил и педагогико-воспитательной работы.

Музыкотерапия в целом развивается как интегративная дисциплина на стыке нейрофизиологии, психологии, рефлексологии, музыкальной психологии, музыковедения и других наук.

Различают три основные формы музыкотерапии: рецептивную, активную, интегративную.

- Рецептивная музыкотерапия (пассивная) отличается тем, что пациент в процессе музыкотерапевтического сеанса не принимает в нём активного участия, занимая позицию простого слушателя. Ему предлагают прослушать различные музыкальные композиции либо вслушиваться в различные звучания, отвечающие состоянию его психического здоровья и этапу лечения.



- Активные методы музыкальной терапии основаны на активной работе с музыкальным материалом: инструментальная игра, пение<sup>[1]</sup>.
- Интегративная музыкотерапия наряду с музыкой задействует возможности других видов искусства: рисование под музыку, музыкально-подвижные игры, пантомима, пластическая драматизация под музыку, создание стихов, рисунков, рассказов после прослушивания музыки и др. творческие формы.

Музыкально-терапевтические методы, как правило, подбираются индивидуально.

Современная музыкотерапия представляет собой технологию разрешения медицинских, реабилитационных, развивающих, коррекционных, и воспитательных задач.

В начале 20 века под руководством В.М. Бехтерева в 1913 г. в России было основано «Общество для определения лечебно-воспитательного значения музыки и гигиены». Первое упоминание о применении музыкальной терапии в журнале Американской музыкальной ассоциации датировано 1914 годом.

Во второй половине XX века интерес к музыкальной терапии и механизму её влияния существенно возрос. Эксперименты ведутся в нескольких направлениях: влияние отдельных музыкальных инструментов на живые организмы; индивидуальное влияние отдельных произведений композиторов; влияние на организм человека традиционных народных направлений в музыке, а также современных направлений; перинатальная музыкотерапия.

Несмотря на то, что распространенность острых сосудистых нарушений в головном мозге (инсультов) и смертность от них достаточно велики, современная медицина обладает теми необходимыми методами лечения, которые позволяют многим больным остаться в живых. Что же потом? Какие условия и требования ставит перед больным его дальнейшая жизнь после инсульта?

Как правило, большинство из них навсегда остаются инвалидами, а **степень восстановления утраченных функций полностью зависит от своевременной, грамотной и комплексной реабилитации.**

При нарушении церебрального кровообращения с повреждением мозга происходит утрата

различных способностей организма, связанная с поражением того или иного отдела центральной нервной системы. У большинства больных чаще всего нарушаются двигательная функция и речь, в тяжелых случаях пациент не может вставать, сидеть, самостоятельно принимать пищу и контактировать с врачами и родными. В такой ситуации возможность хоть частичного возврата к прежнему состоянию напрямую связана с реабилитацией после инсульта, приступать к которой необходимо по возможности с первых дней после начала заболевания.

В наше время люди, перенесшие инсульт, с церебро-васкулярными заболеваниями имеют возможность пройти реабилитацию и с помощью музыкотерапии. В пансионате «Северная Ривьера» в г. Зеленогорск Ленинградской области занятия ведет талантливый музыкант и удивительный человек — Владимир Павлович Морозов. На занятия к Владимиру Павловичу приходят и те, кто проходит курс реабилитации в пансионате, и те, кто уже вернулся домой, но продолжают приезжать в Зеленогорск. Группа может быть разной по возрасту, степени заболевания. У В.П. Морозова разработана своя многолетняя методика ведения занятий. На занятии пациенты часть времени уделяют речевой и дыхательной гимнастике. После поражения центров мозга, отвечающих за речь, это необходимо. На одном из занятий мне удалось самой выполнять ритмические упражнения. Можно заметить, что многие пациенты приходят на занятие с уже напечатанными текстами песен. Здоровому человеку кажется, что песни, которые мы слышим с детства в фильмах, те, что пели за столом в праздники наши родители или мы сами под гитару у костра, они всегда с нами. И тексты всплывают в памяти сами... Но у больного, перенесшего тяжелейшее заболевание (инсульт ГМ) этого ресурса уже может не быть.

Узнавание мелодии, вспоминание текста, научение воспроизведению звуков — вот тот дар, который получают люди на занятиях Владимира Павловича. Музыкант-виртуоз создает в группе необыкновенно теплую и домашнюю атмосферу. Присутствуя несколько раз на занятиях музыкотерапии в «Северной Ривьере» я убедилась в который раз, что лечит всегда человек — теплом своей души и талантом. ☺

## ЛИТЕРАТУРА

1. Старчеус М.С. Музыкотерапия // Психологический лексикон / под общ. ред. А.В. Петровского. — М.: ПЕР СЭ, 2007. — 416 с.
2. Петрушин В.И. Музыкальная психотерапия. — «Владос», 2000.
3. Петрушин В.И. Связь музыкальной терапии с концепциями ведущих психотерапевтических школ // Психотерапия. — 2006. — № 2.



Сазонова И. М.,  
Медицинский центр «ТраДиТ», г.Москва, Россия

## ВОЗМОЖНОСТИ РЕЗОНАНСНОГО ТЕСТА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ

**В** настоящее время проблема бесплодия стала ведущей в гинекологической практике. Лечение гормональными препаратами не всегда успешно и имеет много побочных отрицательных эффектов.

Пациентка Л. Н., 36 лет обратилась в центр с жалобами на невозможность забеременеть. В анамнезе: 10 лет назад в возрасте 26 лет оперирована по поводу рака (скирр) желудка. Произведена резекция 2/3 желудка с полной ревизией окологрудинного пространства. Женщина не знает о своем диагнозе. Через год удален полип из оставшейся части желудка при гастроскопии. Ещё через год — аппендэктомия по поводу гнойного аппендицита.

В 30 лет — первая беременность. Первая половина протекает благополучно, во второй — выраженная диарея, на фоне которой уровень гемоглобина в крови снизился до 60 г/л. Пациентка принимала традиферон, в результате гемоглобин повысился до 130. Диарею купировали с помощью цифрана. Роды срочные, родился мальчик.

После родов была поставлена внутриматочная спираль, которая отторглась через 1,5 месяца. Менструации болезненные на второй день, в положении сидя боли становятся разрывающими. Женщина желает иметь второго ребенка, пытается забеременеть, но это не удается, лишь нарушается цикл. Периодически появляются боли внизу живота, а также в поясничном отделе позвоночника. На фоне этого появилось сильное кровотечение. Госпитализирована в больницу. Гемоглобин — 104 г/л и СОЭ — 20 мм/ч. На УЗИ — выраженный эндометриоз (генитальный и кишечника), бесплодие. Однако у женщины остаётся страстное желание иметь второго ребенка. Проводимое лечение — без эффекта. Пациентка решила обратиться к гомеопату.

При тестировании методом резонансного теста с применением диагностических резонансных шкал, разработанных Махонькиной Л. Б. и Сазоновой И. М., описанных нами в нашей монографии «Резонансный тест. Возможно-

сти диагностики и терапии» в 2000 году, были выявлены следующие показатели:

- иссякающие адаптационные резервы III степени,
- общая адаптационная реакция — реакция переактивации высокого этажа,
- истощение иммунной и эндокринной систем.

Резонансное тестирование по морфологическим шкалам выявило наличие аутосенсibilизации, язв, эрозий, белковой и жировой паренхиматозной и мезенхимной дистрофии. Тестировалась онкологическая частота, которая перестала тестироваться после первого курса лечения Карцинозиномом С100.

Лечение продолжалось 2,5 года. За этот период проведено 10 курсов. С целью подбора оптимальной терапии на каждый курс проводилось имитационное моделирование по резонансным шкалам.

Последовательно назначались Каулофиллум С50, Саликс альба С100, затем Саликс альба С500, Крокус С100, Туя С30, три курса колортерапии (жёлтый, фиолетовый, зелёный цвета) и Калькареа фосфорика С200. Потенции гомеопатических препаратов и резонансные частоты колорпрепаратов подбирались тестированием по шкале чувствительности, также разработанной Махонькиной Л. Б. и Сазоновой И. М.

Контроль за эффективностью проводимой терапии осуществлялся тестированием по морфологическим шкалам, адаптационным резервам и реакциям, а также по шкалам, характеризующим состояние иммунной и эндокринной систем.

На фоне проводимого лечения отмечалась положительная динамика на УЗИ — значительное уменьшение явлений эндометриоза, а также увеличение адаптационных резервов, нормализовалось состояние иммунной и эндокринной систем. Адаптационная реакция стала реакцией повышенной активации нижнего этажа. Наступила беременность, закончившаяся срочными родами. Родилась здоровая девочка весом 3 кг, длиной 52 см. ☉



**В. И. Бондарь,**  
доктор медицин-  
ских наук, академик  
АМТН РФ,  
ФГАУ «НЦЗД»  
МЗ РФ

**Г. А. Малькова,**  
сотрудник МЗ РФ



**А. А. Моде-  
стов,** профес-  
сор, гл.н.с.,  
ФГАУ «НЦЗД»  
МЗ РФ, Мо-  
сква, Россия

## АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ПО ИТОГАМ 2013 Г.)

Со второй половины 20-го века, в связи с успехами борьбы с инфекционными заболеваниями, как основными причинами смертности за всю предыдущую историю человечества, на первый план среди причин смерти закономерно стали выходить болезни неинфекционной природы. Распространение данной группы патологии в мире (в связи с урбанизацией и деформацией по ее причинам повседневного образа жизни, не соответствующего формировавшемуся миллионы лет генетическому материалу человека, и распространению вредных привычек, а также с увеличением средней продолжительности жизни), несмотря на отсутствие очевидной связи с инфекционным агентом в основе, приобрело характер эпидемий (сердечно-сосудистая патология, аллергические заболевания, онкология, ожирение, психосоматические заболевания) [2, 3, 5, 16]. Смещение акцентов среди причин сокращения продолжительности жизни относительно генетически преддетерминированной максимально возможной было осознано в мире, что нашло и находит подтверждение и отражено в документах международного уровня ООН и ВОЗ и, в той или иной степени, практически всех государств мира, включая нашу страну [4–15]. Причины возникновения и ширящегося распространения хронических неинфекционных заболеваний установлены, и основная из них — не соблюдение принципов здорового образа жизни. Опыт целого ряда стран, добившихся двукратного и более снижения смертности, но, прежде всего, увеличения средней продолжительности жизни населения, доказана эффективность мероприятий по профилактике таких заболеваний. Это позволило ВОЗ рекомендовать обобщенный успешный опыт ряда стран к широкому использованию. Как значительный потенциал дальнейшего укрепления здоровья населения указаны меры профилактики основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний за счет воспи-

тания, введения в культуру поведения приверженности населения к здоровому образу жизни, своевременному выявлению и устранению факторов риска и их ранних последствий на этапе функциональных нарушений, а также ранней, еще донозологической, диагностики и лечения самих заболеваний. Находясь в рамках общемирового тренда на профилактику развития хронических заболеваний неинфекционной группы, как основной причины смертности и сокращения продолжительности жизни населения, наша страна ввела в обиход медицинские структуры — Центры здоровья (ЦЗ), основная задача которых и есть профилактика неинфекционной группы патологии путем выявления факторов риска их развития и ранних (на уровне функциональных нарушений) признаков, а также указание путей их профилактики и воспитания населения в духе приверженности к принципам здорового образа жизни, как ее основы, в том числе наглядной демонстрацией положительной динамики жизненно важных показателей в процессе реализации индивидуальных коррекционных программ [4, 9, 11].

Коллизии с нормативным сопровождением развертывания ЦЗ [14, 17, 18, 19, 20, 22, 23] привели к тому, что развертываемые следом за ЦЗ центры здоровья для детей (ЦЗД) по настоящее время все еще не соответствуют поставленным перед ними задачам [21]. Формально введенные в обиход Приказом МЗ СР РФ от 19.08.2009 г. РФ № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» ЦЗД смогли начать развертывание только с начала 2011 г., т. к. потребовался выход в свет целого ряда уточняющих приказов, так и не решивших всех проблем в деле охвата деятельностью новых структур всего детского населения страны от 0 до 17 лет, отнесенного к I и II группам здоровья [9].

Наиболее резкая динамика численности ЦЗД произошла в год их появления 2011–196 ЦЗД, в последующий год добавилось лишь несколько мобильных центров, ряд из которых были созданы при уже существующих ЦЗД. В 2013 г. таких подразделений стало 204, а по итогам 2014 и 2015 гг. их стало 228. С 2011 г. Письмом МЗ РФ № 15–2/10/2–1642 от 18.02.2011 г. ЦЗД вменена обязательная регулярная отчетность по нарастающей, согласно схеме, приложенной к данному письму. Главной особенностью, отличающей данную форму регулярной отчетности от Отчетной формы № 68 для ЦЗ и ЦЗД, является представление сведений в возрастной градации, предложенной ВОЗ в МКБ 10 возрастной периодизацией с отдельным выделением 15-летних, что, естественно, предпочтительней для педиатрической службы (в 68 Форме выделено всего 2 возрастных группы детства — 0–14 и 15–17 лет), хотя и не соответствует этапам физиологического становления ребенка и привязанной к нему социализации детей, в отличие от использовавшейся сравнительно недавно в нашей стране возрастной периодизации [1].

Нами были обработаны сведения, поступающие из ЦЗД согласно Приложению к упомянутому письму за 2013 г. Мы исходили из того, что к этому году количество ЦЗД достигло некоего максимума, после которого прирост их числа существенно спал, а развернутые к этому году центры наработали какие-то устойчивые алгоритмы деятельности, что должно было бы сопровождаться более устойчивыми отчетными сведениями.

Самая крупная по занимаемой территории страна мира, **Российская Федерация, на 2013 год** в своем составе насчитывала **8 Федеральных округов (ФО) с 83 субъектами на общей площади 17029008 км<sup>2</sup>**. Однако распределена территория, равно как и детское население, между округами не равномерно (Табл.1) [18, 22, 23].

При **средней плотности проживания детского населения в стране — 1,6 чел./км<sup>2</sup>**, в округах она колеблется от 0,2 и 0,8 чел./км<sup>2</sup> — в Дальне-Восточном (Д-В) и Сибирском (С) до 9,6 и 14,8 чел./км<sup>2</sup> — в Центральном (Ц) и Северо-Кавказском (С-К) ФО. При 204 ЦЗ на **один центр в 2013 г. приходилось 83476 км<sup>2</sup>** общей площади страны. Если представить эту площадь в виде окружности, то диаметр ее составит 326,1 км — это примерно усредненное расстояние при условии размещения ЦЗ и крайней обслуживаемой им точки на противоположных сторонах круга. Но при этом надо иметь в виду, что расстояние между населенными пунктами — отнюдь не кратчайшее расстояние между двумя точками, не отрезок прямой, и то, что виды коммуникаций между населенными пунктами в нашей стране, состояние их весьма разнообразны и часто зависят от сезона и погодных условий (автодороги, водные, железнодорожные, а где-то и воздушные пути и просто направления между стойбищами коренного населения северных народностей и Сибири). Необходимо учитывать, что приводимая площадь, скорей всего, не учитывает естественные складки местности, за счет которых она в горах гораздо больше, а, соответственно, и расстояния между населенными пунктами, за счет перепада высот и серпантинных, будут в горных территориях гораздо больше, чем на равнинах при той же площади, что имеет отношение, прежде всего, к таким округам, как С-К ФО.

Согласно Положению о ЦЗД, на **10 тыс. детского населения полагается 0,75 ставки врача** без учета того, на какой площади эти дети проживают. Таким образом, **1 врач ЦЗД должен обслуживать 13333 детей**. При средней плотности детского населения 1,6 чел./км<sup>2</sup>, **в среднем по стране обслуживаемая площадь на одного врача ЦЗД составит в среднем 8333 км<sup>2</sup> (!)**, что в 10 раз меньше площади, приходящейся на 1 ЦЗД (83476 км<sup>2</sup>), а много ли у нас центров, насчитывающих в штате 10 врачей? Таким образом, обслуживаемая площадь на одного врача представляет собой **окружность диаметром 103,0 км**, — это ориентировочное среднее расстояние, которое придется преодолевать ребенку или врачу ЦЗД для встречи, оно, как отмечалось, не учитывает реальностей коммуникаций между населенными пунктами и перепадов высот, а лишь исходит из числа необходимого прикрепленного детского населения на ставку, площади и при средней плотности детского населения в 1,6 чел./км<sup>2</sup>. В реальности же, в одном из ЦЗД Свердловской области для того, чтобы добраться до детей в крайней точке обслуживаемой им территории, врачи ЦЗД вынуждены преодолевать расстояние в 250 км до самого отдаленного обслуживаемого города (без учета сел) отнюдь не простых, зависящих от сезона, дорог. Опыт работы в Тюменской области (в 400 км северной Тюмени) свидетельствует, чтобы встретиться с врачом районной поликлиники, детям приходилось преодолевать расстояние в 4 часа езды на электричке, а с учетом расписания выезжать приходилось за 8 часов до начала приема. Понятно, что при таких условиях детей доставлять в массовом порядке не реально, об этом необходимо было подумать заблаговременно, чего не произошло.

Несколько скрадывает ситуацию в стране тот факт, что при общей **средне-годовой численности детского населения на начало 2013 г. в 26677502 ребенка, большая часть — 77,8%, проживала в городах**: от 43,9 и 58,3% в С-К и Южном (Ю) ФО, до 85,2 и 93,3% — в Д-В и Северо-Западном (С-З) ФО. Понятно, что плотность проживания населения в городах гораздо выше, чем в сельских населенных пунктах, но и в городах имеется часть населения, проживающего в частном секторе, а, значит, и обслуживаемая площадь ЦЗД, охватывающих такие территории, будет расти. Да и проживающие **в сельской местности 22,2% детского населения — это 5922405 детей** с низкой плотностью расселения, но и им должен быть гарантирован равный доступ к медицинской помощи и ее профилактической части. Между тем, норматив этого не учитывает, и не дается принцип расчета ставки врача в зависимости от площади проживания прикрепленного населения, а это сказывается на доступности для населения **любой** медицинской помощи, что учитывалось в нашей стране до революции 1917 г. [3], но не сейчас, когда из формальных соображений идет сокращение числа детских лечебно-профилактических учреждений и «центрификация» без учета вероятности попадания, доставки в такие центры пациентов в условиях разваленной системы санавиации.

**По возрастным группам**, согласно градации, предложенной формой статистической отчетности для ЦЗД, приложенной к Письму МЗ РФ № 15–2/10/2–1642 от 18.02.2011 г., **детское население стране в 2013 г.** распределялось следующим образом:



Таблица 1

## Распределение детского населения, ЦЗД и детей, осматриваемых в них, в Российской Федерации в 2013 г.

Образования и число ЦЗД в них	Площадь образования		Численность детского населения		Плотность детского населения чел/км <sup>2</sup>	Площадь и количество детей на 1 ЦЗД		Городское детское население		Сельское детское население		I группа здоровья		Дети, осматриваемые в ЦЗ	
	км <sup>2</sup>	%	абс.	%		км <sup>2</sup>	чел.	абс.	%	абс.	%	%	%	%	% от I гр.
ЦФО 48	652800	3,8	6258069	23,5	9,6	13600	130376	5060296	80,9	1197773	19,1	29,8	4,7	15,8	
С-ЗФО 22	1677900	9,9	2263108	8,5	1,4	76268	102869	2111480	93,3	151628	6,7	32,6	2,1	6,4	
ПФО 41	1038000	6,1	5531964	20,7	5,3	25317	134929	4685116	84,7	846848	15,3	19,3	4,3	22,3	
С-КФО 13	170439	1,0	2556222	9,6	15,0	13111	196633	1121426	43,9	1434796	56,1	32,5	3,2	9,9	
ЮФО 16	416840	2,5	2551967	9,6	6,1	26053	159498	1488216	58,3	1063751	41,7	38,4	3,6	9,6	
УФО 19	1788900	10,5	2420236	9,1	1,4	94153	127381	1893368	78,2	526868	21,8	28,9	4,6	15,9	
СФО 30	5114800	30,0	3883343	14,6	0,8	170493	129445	3271287	84,2	612056	15,8	26,9	3,6	13,4	
Д-ВФО 15	6169329	36,2	1212593	4,5	0,2	411289	80840	1033589	85,2	179004	14,8	23,2	3,7	16,0	
РФО 204	17029008	100,0	26677502	100,0	1,6	83476	130772	20755097	77,8	5922405	22,2	27,6	3,9	14,1	

Таблица 2

## Структура детского контингента, охваченного ЦЗД страны (по итогам 2013 г.)

Возраст	обратившиеся в центр здоровья, в том числе													
	население	всего	%	на 1000	самосто-ятельно	%	с родите-лями, за-конными представителями	%	направ-лены ЛПУ по м.ж.	%	из стаци-онара	%	направле-ны медраб. обр. учреж-дений	%
Всего, в т.ч.	26677511	1050415	100,0	39,4	76281	7,3	300012	28,6	249927	23,8	2347	0,2	453426	43,2
0-4 года	8463455	64456	6,1	7,6	817	1,3	39055	60,6	19832	30,8	242	0,4	8294	12,9
5-9 лет	7330909	332588	31,7	45,4	6134	1,8	122795	36,9	69847	21,0	1208	0,4	139475	41,9
10-14 лет	6591597	396976	37,8	60,2	15327	3,9	109720	27,6	100000	25,2	618	0,2	182650	46,0
15 лет	1324848	99091	9,4	74,8	15693	15,8	13980	14,1	24204	24,4	113	0,1	48448	48,9
16-17 лет	2966702	157272	15,0	53,0	38301	24,4	14430	9,2	36044	22,9	166	0,1	74559	47,4
повторно	26677511	176959	14,4	6,6	11018	6,2	68439	38,7	58560	33,1	1097	0,6	37518	21,2
итого	26677511	1227342	100,0	46,0	87290	7,1	361498	29,5	308487	25,1	3444	0,3	490944	40,0

- 0–4 года — 8663455, что составляло 31,5% от всего детского населения,
- 5–9 лет — 7330909 или 27,5% от всего детского населения,
- 10–14 лет — 6591597 или 24,7%,
- 15 лет — 1324848 или 5,0%,
- 16–17 лет — 2966702 или 11,1%.

Естественно, возрастной состав в наибольшей степени отражает центральные ФО с наибольшим количеством детей: Ц и Приволжский (П) — 22,9 и 20,3% (всего — 43,2%) от всего детского населения страны. Но, исходя из стандартного табеля оснащения и методического обеспечения [9, 18], ЦЗД на текущий момент не в состоянии предложить детям первых двух возрастных групп обследование в полном, предусмотренном Положением о ЦЗД, объеме, в то время как это 59,0% детского населения страны в возрасте первых проявлений наследственно- и перинатально-предetermined неинфекционных заболеваний, когда формируются стереотипы поведения, в том числе и пищевого, закладывается число адипоцитов [2], чреватые развитием неинфекционных заболеваний в различные периоды жизни.

В общей сложности **в ЦЗД страны за 2013 г. прошли обследование 1050415 детей** и подростков в возрасте от 0 до 17 лет, что на 1000 детского населения составило **39,4%** (Табл. 2).

Лидировали по охвату детского населения со значениями 47,2 и 46,3 ЦЗД Ц и Уральский (У) ФО, замыкали рейтинговую таблицу — С-К и С-3 ФО — 32,2 и 21,0. Среди субъектов возглавляли рейтинговый список Ивановская область — 303,9 Ц ФО, 131,5 — Астраханская обл. Южный (Ю) ФО и 104,8 — Забайкальский край С ФО, а замыкали — 3,3 — Ленинградская и 8,1 — Новгородская области С-3 ФО и 10,1 — Тверская Ц ФО, 11,8 — Республика Дагестан С-К ФО, 12,2 — Орловская обл. Ц ФО. Возникает вопрос ошеломляющим на общем фоне результатам работы всего **двух (!) ЦЗ** Ивановской обл., которые за год пропустили 171953 ребенка (больше чем в Москве и более половины, прошедших через ЦЗД всего Ц ФО). Но, в любом случае, количество охваченных деятельностью ЦЗД детей (Табл. 1) существенно ниже количества детей даже с I-й группой здоровья (276,0 — поданным диспансеризации 2013 г.), не говоря уж о гораздо более многочисленной II-й группе.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о недостаточном количестве развернутых ЦЗД, указывают на их низкую мощность и активность, а также недостаточную в отсутствии нормативных ориентиров гибкость в поисках адаптированных под местные условия форм работы. Между тем, по положению о ЦЗД, каждый ребенок с I-II группой здоровья имеет право пройти обследование один раз в год. Но ведь дети и других групп здоровья должны знать и иметь навыки здорового образа жизни, а динамическое наблюдение за физическим развитием ребенка, что вполне могут обеспечить ЦЗД, — важнейший показатель его адаптации и эффективности проводимых терапевтических, реабилитационных и абилитационных мероприятий, соответственно, нет оснований, чтобы не использовать ЦЗД и для обследования детей других групп здоровья, исключив тем самым дискриминацию детей с III–IV группами здоровья в детском медицинском учреждении. На текущий момент при такой низкой степени

охвата детей деятельностью ЦЗД сложно предположить, в какой степени получаемые результаты отражают ситуацию по всему контингенту, подлежащему осмотрам в этих подразделениях. Соответственно, приводимые далее сведения отражают лишь ситуацию в охваченной деятельностью части детского населения.

**По возрастным группам дети, прошедшие через ЦЗ страны, распределились** следующим образом: дети в возрасте от 0 до 4 лет составили 6,1% (64456 детей), 5–9 лет — 31,7% (332588), больше всего было детей от 10 до 14 лет — 37,8% (396976), ребят в возрасте 15 лет — 9,4% (99091), а 16–17-летних — 15,0% (1157272). В пересчете **на 1000 детей соответствующего возраста распределение было следующим**: 7,6 — среди детей 0 до 4 лет, 45,4–5–9 лет, 60,2–10–14 лет, в наибольшей степени охвачены были 15-летние — 74,8, а 16–17-летние уже — 53,0. Соответственно, наиболее активно ЦЗД работали с детьми 15 лет, но и их охват очень далек от полного. Если низкую и сравнительно низкую активность работы с детьми двух младших возрастных групп еще можно объяснить неадаптированностью штатного оборудования, методологической и методической базы штатных ЦЗД к работе, то столь далекий от полного охват детей, начиная с 10 лет, явно не оправдан и объясняется, как уже указывалось, исключительно недостаточным количеством центров, низкой их мощностью и активностью, а также отсутствием эффективных подходов в работе с детским населением, их семьями, медицинскими и образовательными учреждениями.

Здесь еще раз обращаем внимание на существеннейший факт: на детей 0–4 и 5–9 лет приходится более половины всего детского населения страны (59,2), но ЦЗД на работу с этой категорией граждан практически не ориентированы ни методологически, ни по штатному оборудованию и методикам с программным обеспечением, в то время как на возраст от 0 до 3 лет приходится самое активное формирование ребенка с закладкой психологического портрета и стереотипов поведения, в т.ч. и пищевого. В то же время, дополнив методологически и функционально и, соответственно, укрепив материально-техническую Кабинетов здорового ребенка в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ), призванных наблюдать детей с 0 до 6 лет, и включив их идеологически и функционально в систему ЦЗД, можно было бы частично решить проблему, что сказалось бы на здоровье детей в целом в гораздо более значительной степени, чем ведущаяся со значительным (порой навсегда) опозданием «профилактика» в более старшие возрастные периоды. Вне всяких сомнений, ЦЗД могли бы играть весьма заметную роль в воспитании родителей и детей как будущих родителей в рамках культуры здоровья сбережения и ответственного родительства, что также необходимо проводить с ранних лет.

Преобладание же в пересчете на количество детского населения соответствующей возрастной группы детей 15 лет вполне объяснимо: юноши в этом возрасте подлежат постановке на учет в военкоматах, кроме того, массовое обследование обусловлено необходимостью медицинских справок в связи с поступлением в средние специальные образовательные учреждения, подростки данной возрастной группы более управляемы, чем более



старшие. Но и в этой группе количество прошедших через ЦЗД подростков колебалось от 33,3 в С-3 до 93,6 — в У ФО. При этом минимальная степень охвата подростков данной возрастной группы в субъектах отмечалась в Тверской обл. Ц ФО — 1,9 и Ленинградской и Калининградской областях С-3 — 4,8 и 7,7, соответственно, а максимальная — 330,7 — в Ивановской обл. Ц, 300,7 — в Карачаево-Черкесской Республике С-К, 249,2 — в Ульяновской обл. П ФО и 197,8 — в Сахалинской обл. Д-В ФО.

Занимавшая второе место в стране по степени охвата детей (60,2) группа 10–14-летних дала размах показателя в ФО от 27,1 в С-3 и до 77,1 в Ц ФО. Разброс показателя в территориях страны составил от 2,8 — в Тверской обл. Ц, 6,4 и 7,3 — в Новгородской и Ленинградской областях С-3, 10,5 — в Приморском Крае Д-В ФО и до 131,7 — в Саратовской обл. П, 138,2 — в Тамбовской Ц, 181,9 — в Пензенской П, 194,1 — в Омской С и 487,4, опять же, в Ивановской обл. Ц ФО.

На третьем месте по охвату населения соответствующего возраста с неоправданно низкой степенью охвата, учитывая высокую степень организованности этого возрастного контингента, особенно с I–II-ой группами здоровья, и то, что половина их принадлежит к декретируемому возрасту, расположились 16–17-летние — 53,0, с колебанием уровня в ФО от 33,1 в С-3 до 67,6 — в У ФО. И здесь степень охвата детского населения в субъектах была чрезвычайно неоднородна и колебалась в широких пределах — от 0,7 в Тверской и 3,3 в Тульской Ц, 3,5 и 6,3 — в Ленинградской и Калининградской обл. С-3, 12,6 — в Кировской П и 12,9 — в Орловской обл. Ц ФО и до 114,7 — в Свердловской и Челябинской областях У, 118,1, 122,6 и 132,5 — в Республике Башкортостан, в Ульяновской обл. и в Пермском Крае П, 173,2 — в Астраханской обл. Ю, 173,6 — в Республике Алтай С и 302,0 — в Ивановской области Ц ФО.

Далее, что закономерно, т.к. материально-техническая база ЦЗ мало приспособлена для данного контингента, расположились 5–9 летние (45,4) с колебанием степени охвата от 29,0 — в С-3 и до 58,3 — в У ФО. И в данной возрастной группе степень охвата в субъектах колебалась в широком диапазоне: от 2,9 — Ленинградская обл. С-3, 5,0 — в Приморском крае Д-В, 6,1 — в Новгородской обл. С-3, 6,8 — в Республике Адыгея Ю, 9,1 — в Чукотском АО Д-В ФО, до 81,0 — в Рязанской области Ц, 86,0 — в Республике Коми С-3 и 88,0 — в Ярославской области Ц, 91,83 — в Хабаровском Крае Д-В, 93,1 — в Ульяновской обл. П, 97,0 — в Тюменской обл. У, 108,1 — в Саратовской обл. П, 125,1 — в Забайкальском крае С и 367,4 — опять же, в Ивановской Ц ФО.

Замыкали рейтинговый ряд, что логично, дети в возрасте 0–4 лет –7,6, на которых абсолютно не ориентировано оснащение ЦЗД. Колебание уровня охвата населения данной возрастной группы составило от 3,4 и 4,7 в С-3 и П ФО до 9,4 и 15,2 — в Ю и С. Охват осмотрами детей данной возрастной группы в субъектах также был не однороден и колебался от 0,0 в 15 территориях (в 6 — Ц, по 2 — в С-3, П и Ю ФО и по 1 — в С, У и С-К, не было таковых только в Д-В ФО), 0,1 — в Ямало-Ненецком АО У и Республике Саха (Якутия) Д-В, 0,2 — в Липецкой области Ц, Республике Хакасия С, 0,3 — в Москве Ц, 0,5 — в Санкт-Петербурге С-3, 0,6 — в Архангельской обл. С-3 и Ставропольском Крае С-К, 0,8 — в Приморском крае Д-В, 0,9 — в Респу-

блике Бурятия С ФО, и до 21,3 — в Волгоградской обл. Ю, 22,6 — в Красноярском крае С, 47,1 — в Республике Северная Осетия-Алания, 50,7 — в Хабаровском крае Д-В, 96,6 — в Забайкальском крае С ФО, 102,3 — в, опять же, Ивановской обл. Остается открытым вопрос — по каким схемам шло обследование детей данной возрастной группы в тех территориях, где его, согласно отчетности, проводили, и за счет какого возрастного контингента сложилась статистика в них?

Из общего числа посещений ЦЗД (1273514) **повторные обращения составили 14,4% (176959 посещений)**, при этом, т.к. фиксировались факты повторных визитов, не представляется возможным судить, сколько повторных обращений приходилось на одно лицо. При том, что из числа обратившихся в ЦЗ страны, 66,0% детей имели функциональные расстройства и 84,8% детей были предложены индивидуальные коррекционные планы (Табл. 3), логично было бы сопоставимое количество и повторных визитов для контроля выполнения и, при необходимости, уточнения предложенных коррекционных рекомендаций. По ФО удельный вес повторных визитов колебался от 6,2 и 7,9% — в С-3 и Д-В до 21,4 и 22,2% — в С-К и Ц ФО. При этом в субъектах размах показателя был от 0,0 — в 6-ти территориях (по 1 в С и Ц и по 2 в Д-В и С-3 ФО), 0,2% — в Республике Северная Осетия-Алания С-К, 0,3% — в Республике Адыгея Ю, 0,4% — в Республиках Карачаево-Черкесской и по 0,5% — в Ингушетия С-К и Коми С-3, 1,0% — в Республике Чувашия и 1,4% — в Ульяновской обл. П, до 25,7% в Республике Саха (Якутия) Д-В, 30,5% — в Чеченской Республике С-К, 41,2% — в Кировской обл. П, 46,3% — в Ставропольском крае С-К ФО. Отсутствие возрастной структуры обращающихся повторно и спектра причин обращений снижает возможности и качество анализа показателя. Как показало наше исследование, в территориях, где отсутствовали повторные визиты, чаще всего не была решена проблема их оплаты, не реальны повторные визиты и в случаях, когда работа ЦЗД проводится в основном на выездах (нет возможности ни повторного посещения детей в местах выездов, но и на месте дети не могут посещать центры, когда персонал постоянно в разъездах).

В силу отсутствия методического и методологического Центра, окормляющего ЦЗД нормативно и идеологически [9, 18–20, 22, 23] — от «Карты центра здоровья ребенка» (Учетная форма № 025-ЦЗ/у-2) к прилагаемой к Письму № 15–2/10/2–1642 от 18.02.2011 г. отчетной форме произошла подмена понятий: от фиксируемых в 16 пункте I раздела «Общие сведения» — «Категорий обращения» (мотивации к посещению): самостоятельное решение, решение родителей или направления медиков, — на самостоятельное посещение (а не решение о таковом) и посещение с родителями (а не решение родителей о посещении ЦЗД). При этом не понятно, откуда брались эти сведения, коль в Карте их нет, и что же в конечном итоге фиксировалось в соответствующих графах, сумма которых в конечном итоге вместе с направлениями медицинских работников различного размещения (лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) по месту жительства (м.ж.), стационара, образовательных учреждений) составила 103,1%, т.е. каждый ребенок в подавляющем числе фиксировался по какой-либо одной из граф, что возможно только, ес-

ли трактовка в ЦЗД происходила по сценарию Карты, а не предложенной формой отчетности.

Из общего числа осмотренных детей лишь **7,3% пришли/приняли решение о посещении ЦЗД самостоятельно**. Вместе с теми, кого привели родители и законные представители, пришли по самостоятельно принятому решению близких (28,6%), удельный вес составил 35,9%, эта цифра косвенно отражает степень изначальной информированности населения, прошедшего через ЦЗД, о сути работы и необходимости деятельности и посещения таких учреждений в ФО и пользе их для сохранения и укрепления здоровья детей. Удельный вес детей, «обратившихся самостоятельно», в ФО колебался от 2,4% — в С до 13,1% — в Д-В ФО. Колебания в субъектах составили от 0,0 в шести, 0,02 и 0,04% в Ульяновской и Пензенской областях П ФО, 0,2% — в Тульской Ц и 0,3% — в Курской Ц, 0,6% — в Мурманской обл. С-3, Республиках Ингушетия С-К и Бурятия С ФО, до 20,3% — в Краснодарском крае Ю, до 35,9% — в Оренбургской обл. П, 37,5% — в Камчатском крае и 38,6% — в Амурской обл. Д-В ФО, 44,7% — в Брянской обл. Ц, 45,0% — в Республике Адыгея Ю и 100,0% — в Калужской обл. Ц ФО (где все дети пришли самостоятельно и, в то же время, с членами семьи). Конечно, показатель Калужской области — оптимален, если бы количество таких детей в данной территории не составило в пересчете на 1000 детского населения 29,6%, что явно не покрывает число детей с I-ой группой здоровья в области, не говоря уж о II-ой.

«Обратившиеся самостоятельно», в целом, закономерно преобладали среди детей 16–17 лет (24,4% от числа осмотренных данной возрастной группы или 50,2% от всех, первично обратившихся, обратившихся самостоятельно), колебание показателя по ФО составило от 9,9% от обратившихся первично в данной возрастной группе в С, до 72,0% — в Д-В ФО. Следом, с заметным отставанием, шли 15-летние: 15,8% или 20,6% — колебание у них составило от 7,9 до 25,7% в тех же ФО. Если 3,9% таких детей среди 10–14-летних, что составляет 20,1% от всех первично обратившихся (от 0,6% в С до 8,9% в Ю ФО), и вызывает вопрос по поводу низкой самостоятельной активности детей 13–14 лет в этой возрастной группе, то 1,8% (или 8,0%) 5–9-летних (от 0,3% в С ФО до 3,0% — в Ц ФО) вызывает недоумение по другому поводу — такие дети должны бы приходиться в медучреждения все-таки в сопровождении взрослых, равно как их самостоятельного решения о посещении ЦЗД невозможно себе представить. Не говоря уж о детях 0–4 лет, среди которых «самостоятельно обратившиеся составили» 1,3% или 1,1% от обратившихся самостоятельно (от 0,0% в Ц, С-3, Ю и Д-В ФО и до 6,2% — в С-К, 6,7% — в У в ФО) — в общей сложности, по стране, — 817 таких детей решились посетить ЦЗД без сопровождения старших или по собственной инициативе (?!). Скорей всего, это является следствием отсутствия Инструкций по заполнению учетных и отчетных форм [9, 23] и не достаточно четкого разъяснения того, как необходимо заполнять соответствующие графы.

Самостоятельно посетившие составили всего 6,2% от всех случаев повторных обращений, с колебанием в ФО от 3,6–3,7% в С и Ц — до 11,9 и 14,7% в Д-В и С-3 ФО. В 26 субъектах значения показателя были 0,0% (6 — в Д-В, по 5 — в Ц и С-3, 4 — в С, по 2 в С-К и Ю и по 1 — в П и У ФО), в остальных же колебание составило от 0,4, 0,5

и 0,6% — в Кемеровской (С), Владимирской (Ц) областях и Ханты-Мансийском АО (У ФО), 1,0, 1,2, 1,3, 1,6 и 1,7% — в Республике Бурятия (С), Вологодской (С-3), Челябинской (У ФО) областях, Республике Татарстан (П) и Омской обл. С ФО), 1,9, 2,4 и 2,7% — в Приморском крае (Д-В), Кабардино-Балкарской Республике (С-К) и Ивановской обл. (Ц) и до 74,8 и 100,0% в Липецкой и Калужской областях (Ц ФО). Если в начале рейтингового ряда от 0,0 до 3,0% субъекты разместились плотно, то в конце его, свыше 44,8% (Оренбургская обл. П ФО) — очень разреженно, из чего можно заключить, что среди самостоятельно приходящих в ЦЗД детей абсолютно преобладают дети старших возрастных групп, посещающие центры в процессе реализации индивидуальных коррекционных планов или после обследования по направлению ЦЗД и проживающие вблизи центров, что делает повторные посещения менее проблематичными для них, однако для подтверждения этого требуются дополнительные исследования.

**Пришли в ЦЗД с родителями и их законными представителями (или по их инициативе)** 28,6% детей от всех, обратившихся впервые в отчетном году. Были ли при этом представители семьи инициаторами визита в ЦЗД или просто сопровождали детей — вопрос остается открытым, т.к. и присутствие родителей важно, чтобы более полно был собран анамнез ребенка и семейный анамнез и результаты обследования ребенка стали бы известны семье, и визит по инициативе родителей важен, т.к. характеризует работу ЦЗД с населением вверенной ему территории, что же при этом фиксировалось, остается не ясным, т.к. не прописано в письме, вводящем данную форму отчета. Интерпретация показателя в такой ситуации затруднительна. Разброс его составил от 24,8–26,4% в П и Ю до 36,4–41,5% в Д-В и С-3 ФО. В субъектах колебание было гораздо более выражено: от 1,0% — в Курской обл. (Ц ФО), 2,3 — в Ульяновской (П), 2,4 — в Кураганской (У), 2,6% — в Тамбовской обл. (Ц), 4,8 — в Республиках Бурятия и Тыва (С), 5,0% — в Башкортостане и 5,2% — в Республике Алтай (С ФО) и до 76,9% — в Калининградской (С-3) и 79,3% — в Рязанской обл. (Ц), 90,1–94,4% — в Республиках Карелия и Коми (С-3) и 100,0%, как отмечалось, — в Калужской обл. (Ц) и еще в Чукотском АО (Д-В ФО).

Посещавшие «в сопровождении» членов семьи закономерно преобладали в младшей возрастной группе (0–4 года) — 60,6%, с разбросом по ФО от 37,6% — в У и 49,9% — в Ц ФО, до 73,3 и 88,6% — в П и С-3, затем — 5–9-летнего возраста — 36,9%, — от 32,1–32,2–32,6% в Ю, П и С ФО, до 44,9 и 55,0% — в С-К и С-3, и 27,6% среди 10–14-летних: от 21,4–23,8% в Ю и С-К до 36,3 и 38,0% в У и С-3 ФО. Существенно ниже, что и закономерно, уровень показателя у 15-летних — в 14,1%, с колебанием в ФО от 7,3 и 9,1% в У и П ФО, до 19,4 и по 19,5% в Ц, Ю и С-3 ФО. Среди же 16–17-летних таковых было и вовсе 9,2%: от 5,4 и 5,6% в С-К и П, до 13,1 и 13,7% Д-В и Ц ФО.

Повторные обращения с членами семьи были связаны в 38,7% случаев, с колебанием в ФО от 11,4, 21,7 и 21,8% в С-К, Ю и С-3 ФО до 44,8 и 48,0% в У и Ц ФО. Либо это могли быть, преимущественно, дети младших возрастных групп, либо необходимость сопровождения была связана с отдаленным расположением ЦЗД, но хотелось бы думать, что родители детей любого возраста проявляли интерес к результатам обследования их детей, а, значит,



и знакомилась с рекомендациями по ЗОЖ и коррекционными мероприятиями индивидуальных планов их детей. Судить же о мотивации присутствия (если только речь идет о нем, а не о побуждении к посещению) членов семьи не представляется возможным даже косвенно, т.к. нет даже возрастного состава детей, посещавших ЦЗД повторно. Можно утверждать лишь, что у этой части детей близкие видели какой-то смысл в посещении центра и, вероятно, были заинтересованы в результатах.

В субъектах удельный вес повторных визитов в сопровождении членов семьи колебался от 0,0% — в 16 субъектах (по 5 — в Д-В и С-3, и по 2 — С, С-К и Ц ФО), 0,6% в Ставропольском крае (С-К), 2,3% Ульяновская обл. (П), 2,8% — в Республике Бурятия и 3,7% — в Омской обл. (С), 5,0% — в Республике Башкортостан (П) и 5,5 — Владимирской области (Ц ФО), до 86,7% — в Забайкальском крае (С), 95,0% — в Ярославской и 96,1% — в Тверской обл. (Ц), 98,0% — в Кемеровской обл. (С) и по 100,0% — в Новгородской обл. (С-3) и, опять же, Калужской обл. (Ц ФО). Т.к. фиксировались просто факты повторных визитов, то не представляется возможным судить о количестве таких детей. Высокий уровень показателя в Забайкальском крае (С), Ярославской и Тверской (Ц), Кемеровской (С), Новгородской (С-3) и Калужской обл. (Ц ФО), как было отмечено, может свидетельствовать как о высокой заинтересованности родителей в результатах обследования и курации их ребенка ЦЗД, так и об удаленности ЦЗД от мест проживания детей, что и требует сопровождения родителей сопровождения части детей обследуемых вне организованных коллективов. Представляется, что в значительной степени проблема сопровождения детей их близкими была бы решена, если бы и сопровождающим детей близким была бы предоставлена возможность обследования, назначения и проведения коррекционных мероприятий в центрах или, хотя бы, получения рекомендаций по ЗОЖ.

Всего 23,8% от всех впервые обратившихся за год детей **были направлены ЛПУ по месту жительства** (Табл. 2), что свидетельствует о недостаточной информированности и незаинтересованности работников ЛПУ в направлении детей в ЦЗД. В ФО размах показателя составил от 10,0% от обратившихся впервые за год — в С-3 до 37,5% — в Ю ФО. В субъектах размах колебания уровней был гораздо существенней, при этом совершенно не направляли в ЦЗД ЛПУ 13 субъектов (4-х — в Ц, 3 — С, по 2 в С-3 и Д-В и по 1 в Ю и П ФО), в 0,1% случаев направлены были ЛПУ дети в Архангельской и Ульяновской (С-3 и П), в 0,2% — в Курской обл. (Ц), в 0,4% в Камчатском крае (Д-В), 0,6% — в Курганской обл. (У) и 2,3 и 2,5 — в Нижегородской (П) и Магаданской обл. (Д-В ФО) и до 60,4 и 66,5% — в Ивановской обл. и Республике Северная Осетия-Алания (Ц и С-К), 70,3, и 70,5% — в Пензенской обл. и Республике Удмуртии (П) и 86,8% — в Волгоградской обл. (Ю). Таким образом, наиболее активно использовали ресурс ЦЗД ЛПУ Южного ФО и именно в Волгоградской обл.

О слабой информированности персонала ЛПУ о предназначении и возможностях ЦЗ свидетельствует и то, что 30,8% детей 0–4 лет, посетивших ЦЗД, были направлены туда из ЛПУ, в то время как особого проку, при имеющемся штатном оснащении центров, ожидать сложно, хотя, если на местах в их структуру были включены кабинеты массажа и ЛФК с возможностью коррекционных

занятий для детей раннего возраста, и в штат ЦЗД включен опытный неонатолог, знающий техники профилактических и коррекционных мероприятий у детей до года (как это имеет место в г. Реутов Московской обл.), это могло бы оправдать и объяснить направление таких детей во всем возрастном диапазоне данной возрастной группы, а так — остается только знакомство с принципами ЗОЖ для детей данного возраста, что проводят в Кабинетах здорового ребенка. Колебание по ФО составило от 6,9, 13,1 и 13,9% в С-3, У и П ФО, до 52,2 и 57,4% — в Ю и С-К ФО.

Аналогична ситуация с детьми 5–9 лет, которых было 21,0% от всех первичных обращений в данной возрастной группе. Здесь также польза визитов при существующем табельном оснащении обусловлена не столько комплексом обследований в ЦЗД, большая часть которых не адаптирована под данный возрастной период, сколько использованием возможностей ЛФК, массажа и приемов физиофилактики для укрепления здоровья и ранней коррекции формирующихся дефектов осанки — столь распространенного состояния у детей с момента, как устанавливается режим вынужденного ограничения их двигательной активности. Диапазон колебаний показателя в ФО составил 7,2 до 33,1% в С-3 и Ц ФО.

Дети 10–14 лет направлялись ЛПУ по месту жительства всего в 25,2% от всех первичных обращений за отчетный год, колебание же показателя составило от 9,7 и 13,0 в С и в С-3 ФО, до 37,2 и 40,8% — Ю и Ц ФО.

Подростки 15 лет оказывались в ЦЗД по направлению ЛПУ по месту жительства в 24,4% от всех их первичных обращений за год, с колебанием показателя в ФО от 11,3 и 11,63 в С и С-3, до 48,1% в Ю ФО. И среди 16–17-летних посещения ЦЗД по направлениям ЛПУ еще несколько снизились, продолжая тенденцию, и составили 22,9%, с колебаниями уровней от 11,2, 12,3 и 12,4% в С-3, П и У ФО до 39,7 и 41,7% в Ц и Ю ФО.

Столк низкий процент направлений ЦЗД из ЛПУ детей от 10 лет и старше в большинстве ФО опять же указывает на низкую информированность о назначении и о возможностях ЦЗ на уровне нижнего, амбулаторно-поликлинического, звена, отсутствие заинтересованности в направлении детей в ЦЗД со стороны, прежде всего, участковых педиатров, в т.ч. и по причине отсутствия в значительной части учреждений обратной связи, обеспечивающей участковых врачей полезной дополнительной информацией о детях, подтверждающей необходимость и эффективность посещения ЦЗД, способных разгрузить врачей ЛПУ от части работы, связанной с диспансеризацией, в структуру проведения которой вполне логично было бы включение обследования в ЦЗД [18, 24].

Среди повторных обращений в ЦЗД направленных ЛПУ всего было уже 33,1%, что позволяет предполагать наличие все-таки некоторого контроля за процессом взаимодействия ребенка и ЦЗД со стороны ЛПУ по месту жительства, хотя бы у части детей. Впрочем, значительная часть детей могла просто возвращаться в ЦЗД после консультации специалистами ЛПУ по направлениям ЦЗД, однако направленных из ЦЗД в ЛПУ детей было в 6 раз больше, чем направленных из ЛПУ по месту жительства в ЦЗД (359344 против 58560 повторных приемов в ЦЗД по направлению ЛПУ). Колебания показателя в ФО происходи-

ли между 7,5, 7,9 и 8,9% С-3, У и Д-В ФО, до 41,0 и 61,7% в Ц и С-К. Таким образом, как было отмечено, взаимодействие ЛПУ с ЦЗД по ФО желает много лучшего. Абсолютно отсутствовали повторные визиты в ЦЗД по направлению ЛПУ в 30 субъектах страны (в 7 субъектах Ц и С-3 ФО, 6 — Д-В, по 3 — С и П, 2 — в С-К и по 1 в У и Ю ФО). В остальных субъектах уровни колебались от 0,5 и 0,6% — в Пермском крае (П) и Мурманской обл. (С-3 ФО), по 0,8 — в Забайкальском крае (С) и Самарской обл. (П ФО), 1,2 и 1,4% в Липецкой и Костромской обл. (Ц), 2,4 и 2,6% — в Тюменской обл. (У) и в Республике Калмыкия (Ю ФО) и до 40,9 и 43,5% — в Республиках Чеченской и Дагестан (С-К), 52,9 и 69,3% — в Тульской обл. и в Москве (Ц), 75,4% — в Ставропольском крае (С-К) и 87,5 и 99,1% — в Волгоградской (Ю) и Курской обл. (Ц ФО). Если низкие значения показателя можно объяснить слабой осведомленностью и заинтересованностью ЛПУ по месту жительства в ЦЗД, то высокие могут свидетельствовать об обратном положении, а также скромных возможностях самих ЛПУ в обследовании детей и попытке как-то компенсировать это за счет новых подразделений, оснащенных аппаратурой функционального скрининга и донозологической диагностики.

Несколько странно, но, несмотря на то, что ЦЗД призваны работать только с детьми с I и II группами здоровья, **из стационаров в эти подразделения по стране было направлено** в общей сложности 2347 детей (что составило 0,2% от впервые обратившихся за отчетный год), и большая часть из них была направлена в Ц ФО — 1334 ребенка (0,5%), а именно в Ивановской обл. (1332–2,6% от впервые обратившихся в ЦЗ за отчетный год). Только в Д-В ФО из стационаров не было направлено ни одного ребенка, в остальных число таких детей колебалось от 32 (С-3) до 629 (0,8% в С-К ФО, в основном в Республике Дагестан — 569 детей или 5,5%) детей, впрочем, не превысив в остальных ФО 80 человек и сотых долей процента. Т.к. речь идет о первичных обращениях, а не о повторных визитах, исключена вероятность, что это были дети, вернувшиеся из стационара после обследования по направлению ЦЗД. Понятно, что повозрастное распределение определялось таковым в Ивановской обл. (Ц ФО): по 0,4% среди детей 0–4 (242 ребенка) и 5–9 лет (1208), а в остальных возрастных группах по 0,1% (619, 113 и 166 детей — по возрастанию). Учитывая, что большую часть (1450 детей) составили дети двух младших возрастных групп, аппаратная база ЦЗД на которых не ориентирована, нельзя предположить, что мотивом посещения было какое-либо из обследований, представляемых ЦЗД, для уточнения диагноза.

Среди повторных посещений ЦЗД по направлению стационара было 1097 детей (0,6% от числа посетивших ЦЗ более 1 раза в отчетном году). Фактически все эти дети были из Ивановской обл. Ц ФО (2,2% от всех повторных посещений). Вот здесь можно предположить, что какая-то часть из них возвращалась из стационара после обследования по направлению ЦЗД, могут быть и другие гораздо более прозаические причины, но для уточнения необходимо дополнительное исследование.

Абсолютно преобладали среди прошедших за 2013 г. через ЦЗД страны дети, **направленные медицинскими работниками образовательных учреждений**, — 43,2%. Это и понятно, учитывая, что основную массу контингента ЦЗД составили дети возраста посещения образова-

тельных учреждений, как организованные дети, осмотр которых проще в организации. Но такая ситуация складывалась не во всех ФО, так, в Ц ФО дети, направляемые медработниками образовательных учреждений, находились на 3-м месте по частоте с минимальным значением в 28,8%, на 2-м месте, с отставанием в 1% от I-го (36,5%), они находились в Ю ФО, но в остальных — преобладали, с максимальными значениями в 55,6 и 54,4% — в П и С ФО. Колебания показателя в субъектах чрезвычайно широки: от 0,0% в Калужской обл. (Ц), Республике Коми (С-3) и Чукотском АО (Д-В ФО), 0,1 и 0,6% — в Кировской (П) и Курганской обл. (У ФО), 2,4%, 5,0 и 7,9% — в Республиках Карелия (С-3), в Марий Эл (П) и Ленинградской обл. (С-3 ФО), 9,0, 9,4 и 10,9% — в Республике Северная Осетия-Алания (С-К), Приморском крае (Д-В) и Калининградской обл. (С-3 ФО) и 12,0 и 12,2% — в Волгоградской обл. (Ю) и Москве (Ц ФО), до 75,7, 82,1 и 85,7% — в Амурской (Д-В), Псковской и Архангельской обл. (С-3), 90,5, 92,1, 93,1 и 95,2, 97,6 и 98,6% — в Мурманской (С-3), Владимирской обл. (Ц), Республиках Алтай и Тыва (С), Ульяновской (П) и Курской обл. (Ц ФО).

Т.к. в стране имеется проблема с детскими дошкольными образовательными учреждениями, а значит, и с организованностью, прежде всего, детей с 0 до 4 лет, вполне закономерно, что меньше всего в ЦЗД направлялись медработниками образовательных учреждений дети данной возрастной группы — 12,9% от числа первично осмотренных в данной возрастной группе, но по стране это — 8294 детей. Какое обследование и рекомендации они получили в ЦЗД, и чем они отличались от того, что они могли получить в кабинете Здорового ребенка, еще предстоит уточнить, как и мотивы, побудившие медработников образовательных учреждений направить этих детей в ЦЗД. Остается только надеяться, что арсенал средств помощи, которым располагали ЦЗД, в которые попали эти дети, и опыт персонала данных подразделений, сделал их визит в учреждение небесполезным. По ФО колебание показателя составило от 0,0 и 1,3% — в Д-В и Ю ФО, до 14,9 и 42,5% — в Ц и У ФО от всех детей данной возрастной группы первично обратившихся в ЦЗД за отчетный год.

В следующей возрастной группе, 5–9 лет, происходило резкое повышение показателя — 41,9% от их числа, это, в организованной своей части, — дети старших групп дошкольных образовательных учреждений и младших классов, т.е. значительная часть этих детей — организованы, и часть из них подлежат осмотрам перед поступлением в школьные образовательные учреждения. Колебание по ФО составило от 29,0 и 35,2% — в Ц и С-К ФО, до 52,5 и 55,1% — в С и П ФО. Но оправданность направления таких детей относительно возможности полного их обследования штатными методами ЦЗД — так же предстоит еще изучать, а, соответственно, и эффективность посещения ЦЗД.

В возрастной группе 10–14-летних показатель продолжил рост и уже достиг уровня 46,0%, речь идет уже о детях школьного возраста, так что подобное вполне оправдано, а если учесть, что штатное оборудование и методология, привнесенные из ЦЗД для взрослого населения, оказались наиболее адаптированы, по утверждению разработчиков оборудования, для детей начиная с 10 лет, то и вполне оправдано. В ФО показатель колебался от 30,5,



42,2 и 42,9% от первично посетивших ЦЗД детей данной возрастной группы за отчетный год в Ц, Д-В и Ю ФО до 50,7, 55,7 и 65,7% — в С-К, П и С, т.е. и в этой возрастной группе размах между минимальным и максимальным значениями был более чем двукратный.

Среди 15-летних показатель уже достиг своего максимального уровня в 48,9%, с еще большим размахом колебания по ФО — от 27,7 и 30,6% в Ю и Ц ФО и до 62,2 и 67,1% — в У и С. Следует тщательно изучить причины такого разброса показателя по ФО, спектр его объективных и субъективных причин, т.к. эта возрастная группа, как никакая, должна была бы приблизиться к 100% по активности их направления медицинскими работниками образовательных учреждений.

Казалось бы, что 16–17-летние, с одной стороны, как в подавляющем большинстве находящиеся в образовательных учреждениях, а, с другой, как контингент, для которого аппаратная и методологическая база ЦЗД наиболее приспособлена, должны бы быть направляемы в ЦЗД медицинскими работниками образовательных учреждений наиболее активно, однако в данной возрастной группе средний показатель по стране неожиданно снижается по сравнению с предыдущим почти на 1,5%, достигая 47,4%. Но, с другой стороны, среди этих детей наибольшее количество случаев самостоятельных обращений. Колебание по ФО составило — от 26,5 и 31,7% в Ц и Ю ФО до 61,9 и 67,6% — в П и С.

Среди повторных обращений в ЦЗД дети, направленные медработниками образовательных учреждений составили 21,2%. В ФО колебание уровня составило от 7,5, 20,0 и 20,8% в Ц, Ю и С-К ФО, до 44,2, 46,0 и 52,4% — в С-3, С и Д-В. Не представляется возможным судить о возрастном спектре и причинах повторных направлений в ЦЗД медиками образовательных учреждений и количестве таких направлений на одного ребенка, хотелось бы верить, что речь в этих случаях идет не о различного рода недоразумениях, а о сознательном участии и взаимодействии образовательных учреждений в деле оздоровления ребят, о контроле в динамике исполнения индивидуальных коррекционных планов.

Таким образом, только среди повторно обратившихся среди инициаторов преобладали члены семей (38,7%) и ЛПУ (33,1%) и в группе 0–4-летних — они же (60,6 и 30,8% — соответственно), среди же остальных возрастных групп, в основном, инициатива посещения ЦЗ принадлежала медицинским работникам образовательных учреждений, что отражает тот факт, что в своей основной массе, как показало наше исследование деятельности ЦЗД в различных территориях, эти подразделения на выездах и на своих рабочих местах стихийно и вполне объяснимо ориентированы на работу с организованным контингентом детей образовательных, в т.ч. и сезонных оздоровительно-образовательных учреждений, расположенных на прикрепленной территории, преимущественно, это дети школьного возраста.

На II-м месте среди инициаторов посещения ЦЗД были члены семей детей — 28,6%, но здесь цифра не однозначна, т.к. по названию графы фиксировалось число детей, пришедших на прием с родителями, но по их ли инициативе или нет — не известно. В любом случае, настораживает тот факт, что в 71,4% случаев у сотрудников ЦЗ нет возможности собрать подробный анамнез ребенка, выяснить его особенности, особенности семьи, ее уклада, а главное — довести до сведения близких ребенка рекомендации по здоровому образу жизни и мероприятиям индивидуальных коррекционных планов, которые были назначены в 84,8% случаев первичных обращений в течение отчетного года (Табл. 3).

Вопрос же о том, чья инициатива должна преобладать в направлении детей в ЦЗД остается открытым и, скорей всего, не имеет однозначного ответа, т.к. картина не может быть идентичной в территориях с высоким удельным весом детей, вынужденно пребывающих

Таблица 3

Результаты обследования детей в ЦЗД страны (по итогам 2013 г.)

Возраст	из них выявлено		назначено индивиду- планов		к врачам-специалистам ЦЗД		Направлено в ЛПУ		в стационар			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%		
Всего, в т.ч.	367059	34,9	693267	66,0	891112	84,8	289216	27,5	359344	34,2	1804	0,2
0–4 года	26569	41,2	37378	58,0	55719	86,4	17168	26,6	20907	32,4	150	0,2
5–9 лет	118187	35,5	218408	65,7	283803	85,3	91691	27,6	110160	33,1	491	0,1
10–14 лет	138071	34,8	264236	66,6	338315	85,2	113859	28,7	134706	33,9	697	0,2
15 лет	33976	34,3	65746	66,3	80567	81,3	25290	25,5	36232	36,6	259	0,3
16–17 лет	50255	32,0	107459	68,3	132667	84,4	41167	26,2	57339	36,5	204	0,1
повторно	38086	21,5	85565	48,4	79984	45,2	24309	13,7	32741	18,5	30	0,0
итого	405144	33,0	778792	63,5	970674	79,1	313484	25,5	392085	31,9	1831	0,1

в интернатных учреждениях, в силу объективных причин, как это имеет место в северных территориях и в других территориях с низкой плотностью детского населения, и в местах, где большинство детей находятся дома. ●

*Продолжение в следующем номере журнала.*

#### ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ДОКУМЕНТЫ И ЛИТЕРАТУРА

1. Шабалов Н. П. Детские болезни. М., 1993, с. 86–94.
2. В. И. Бондарь. Состояние здоровья детей свидетельствует об истощении адаптационных резервов человека. // Сборник тезисов Международного Конгресса «Здоровье, обучение, воспитание детей в XXI веке». — М, 2004. С. 172–175.
3. Бондарь В. И. О наболевшем в здравоохранении. О нашем здоровье: кому оно нужно и как дальше жить-выживать // Пятиминутка, 2009; 3 (8): 4–9.
4. 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>
5. Бондарь В. И. Что не учитывает современная медицина, но о чем необходимо задумываться врачу и тем, кто определяет перспективы развития медицинской науки и практики (Часть II). Дисадаптоз, как реальность требующая пересмотра основ терапевтического процесса // Пятиминутка, 2010; 1 (10): 4–9.
6. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. Всемирная организация здравоохранения. 2010.
7. Московская декларация, принятая по итогам работы Первой глобальной Министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (28–29 апреля 2011 года). <http://www.minzdravsoc.ru/health/zozh/71>
8. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2011. Модернизация и развитие человеческого потенциала. — М.: 2011. — 144 с.
9. 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>
10. 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>
11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 марта 2010 года N 152н «О мерах, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака». <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/1031>
12. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 февраля 2011 г. № 15–2/10/2–1642 (о предоставлении информации о деятельности Центров здоровья для детей).
13. 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>
14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации 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>
15. Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г. — Распоряжение Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 г.
16. Бондарь В. И. Ожирение. В кн. Психосоматическая патология у детей / Ред. И. П. Брызгунов. — М. «Психотерапия», 2009. Гл. 15, с. 308–341
17. Модестов А. А., Бондарь В. И., Косова С. А., Малькова Г. А. 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.
18. Бондарь В. И. Центры здоровья для детей: кампанейщина или фундамент новой системы медицинской помощи детям? // Idoctor. — 2015, № 6 (34). — С. 10–13.
19. Бондарь В. И., Модестов А. А., Малькова Г. А., Коган С. А., Терлецкая Р. Н. 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.
20. Бондарь В. И., Коган С. А., Модестов А. А. 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.
21. Стародубов В. И., Руднев С. Г., Николаев Д. В., Коростылев К. А. Федеральный информационный ресурс центров здоровья: современное состояние и перспективы развития // «Социальные аспекты здоровья населения» электронный научный журнал, 2015, 5 (45).
22. Бондарь В. И., Малькова Г. А., Модестов А. А. Деятельность центров здоровья для детей Северо-Западного Федерального округа (по итогам 2013 г.) // Пятиминутка, 2016, № 1 (36), с. 28–35.
23. Бондарь В. И., Модестов А. А. Законодательная и нормативная база Центров здоровья для детей, как профилактических подразделений: реалии, издержки и перспективы развития. // Пятиминутка, 2016, № 2 (37), с. 9–15.



**Говорухина И. Н.,**  
врач-сурдолог, ведущий специалист Цетра слуха «Ю-МЕД»,  
Санкт-Петербург, Россия

## ДВА УША ЛУЧШЕ, ЧЕМ ОДНО!

**М**ы уже говорили о том, что качество жизни человека в значительной степени зависит от состояния и эффективности слуха. Современные высокие технологии, внедренные в цифровые слуховые аппараты, дают большинству их пользователей реальную возможность лучше слышать и общаться в различных акустических условиях. Однако даже самые совершенные технологии и реализующие их устройства, если их применяют на одном ухе, не могут в полной мере восстановить коммуникативные функции слабослышащего человека.

Природа не случайно предоставила человеку возможность слышать двумя ушами. Чтобы хорошо, легко и комфортно слышать в разнообразных условиях, человеку необходимы два уха с нормально развитыми физиологическими бинауральными механизмами.

При длительном слушании одним ухом у человека часто наблюдается депривация слуха. Это явление связано с ухудшением слуха на стороне не стимулируемого, обычно хуже слышащего уха. В результате неполноценного развития бинаурального слуха или депривации слуха на одном ухе существенно ухудшаются его коммуникативные способности.

Сегодня в странах Европы и Америки два слуховых аппарата используются в качестве стандартной технологии эффективной коррекции двухсторонней нейросенсорной тугоухости. Количество пользователей с двумя слуховыми аппаратами в России ориентировочно составляет всего 10–12% от общего количества всех протезированных слабослышащих.

У большинства слабослышащих людей, их родственников отсутствуют знания об основных преимуществах и достоинствах бинаурального слуха и о его значении для сохранения остаточного слуха. Общеизвестно, что если человеку предоставить возможность оценить

качество восприятия звуков с помощью одного или двух слуховых аппаратов, подавляющее большинство лиц с двусторонней потерей слуха предпочтут два слуховых аппарата. Пользователи, использующие два аппарата, обычно более удовлетворены результатами слухопротезирования.

Итак, если человек отмечает снижение слуха на оба уха, то наиболее естественным решением станет использование двух слуховых аппаратов.

### УЛУЧШЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЗВУКОВ

**Д**ля точного определения, с какой стороны звучит тот или иной звук, нам необходимо слышать одинаково хорошо обоими ушами. Звуки быстрее достигают уха с той стороны, из которой они исходят. Потом информация поступает в кору головного мозга, в которой происходит анализ местонахождения источника звука и его возможная удаленность. Эта информация очень важна! Если человек пользуется двумя слуховыми аппаратами и на улице услышит сигнал автомобиля, ему будет проще моментально оценить обстановку и решить, как избежать аварии.

### УЛУЧШЕННЫЙ КОМФОРТ И ЕСТЕСТВЕННОСТЬ ЗВУКОВ

**П**ри слушании двумя ушами все звуки воспринимаются более естественно и комфортно. Большинство пользователей отмечают, что слушание и участие в разговоре более комфортно с двумя слуховыми аппаратами, чем с одним.

Установлено, что почти половина всех слабослышащих постоянно ощущают шум в ушах, а иногда и в голове. Би-

науральное протезирование, как правило, снижает негативное воздействие внутри ушного шума. В то же время с одним аппаратом ощущение внутри ушного шума во втором ухе, как правило, сохраняется.

### УЛУЧШЕННОЕ ВОСПРИЯТИЕ ЗВУКА В ШУМЕ

**Р**азборчивость речи в шуме для людей со снижением слуха — серьезная проблема. Головному мозгу необходима информация с обеих сторон для более детальной оценки звуков окружающей среды. Два слуховых аппарата помогут отделять ненужный фоновый шум от важных разговоров.

Кроме того, два слуховых аппарата снижают необходимость дополнительного увеличения громкости. Это происходит за счет центральной суммации громкости. Бинауральный слух имеет повышенную громкость (на 4–7 дБ), что ведет к расширению полезного динамического диапазона, и слишком громкие окружающие звуки не будут доставлять излишний дискомфорт.

Отсутствие у пожилых людей достаточных навыков использования слуховых аппаратов иногда является ограничивающим фактором для проведения бинаурального слухопротезирования. Однако внедрение в практику высоких технологий значительно упрощают навыки обращения со слуховым аппаратом. Большинство современных цифровых и программируемых слуховых аппаратов автоматически регулируют уровень громкости и его частотные настройки, а новейшие цифровые позволяют оптимизировать процедуру выделения полезного речевого сигнала на фоне шума. При этом многие современные цифровые слуховые аппараты снабжены специальным пультом дистанционного управления.

Важный совет. Если по причине ограниченных финансовых возможностей приходится выбирать между двумя аппаратами или одним, лучше выбирать более дешёвые аппараты, но два. Тогда не придётся выбирать, каким ухом при одностороннем слухопротезировании придётся пожертвовать, и можно попытаться сохранить весь остаточный слух. ☺



**Ю-МЕД**  
центр слуха

## ЦЕНТР СЛУХА Ю-МЕД Слуховые аппараты

### Слуховые аппараты PHONAK AUDEO

- Незаметность.
- Естественный звук.
- Подавление свиста.
- Слышите собеседника с любой стороны.
- Технология Зум обеспечивает двукратное повышение четкости и разборчивости речи.
- Функция беспроводной связи открывает новые возможности для использования мобильного телефона или телевизора.
- Дистанционный микрофон позволяет отчетливо слышать голоса членов семьи и друзей на расстоянии до 20 метров.

**Вы будете носить их с удовольствием!**  
**Уникальное предложение от центра слуха «Ю-МЕД» и Phonak!**  
**Пробное ношение, скидки, подарки.**

Медицинская лицензия №78-01-00-44-65

Спешите записаться по телефонам:  
575-76-26, 570-05-69, 950-28-95  
или на сайте: [проверка-слуха.рф](http://проверка-слуха.рф)  
Санкт-Петербург, Большая Московская ул., дом 16

Реклама



**Павлова Е.,**

врач общей практики, нутрициолог,  
эксперт по оздоровительному питанию и вынашиванию здорового ребенка,  
Санкт-Петербург, Россия, <http://epavlova.ru>

## МАСТОПАТИЯ — МЕРЫ ПОМОЩИ И ПРОФИЛАКТИКИ

Если женщина в возрасте старше 30 лет ощущает боль, набухание молочных желез перед «критическими днями», а при ощупывании груди пальпируются болезненные «узелки», необходима консультация врача.

Эти симптомы складываются в диагноз — мастопатия. Мастопатия — изменения в молочной железе под действием гормонального нарушения в организме. Мастопатию описал J. Velpeau в 1838 г., диагностируется это состояние у 60–80% женщин с 20–35 лет. У женщин с гинекологическими заболеваниями мастопатия выявляется в 95% случаев. Печально, что женщины часто запускают эту проблему, ожидая, что «все пройдет само», в то время как, применив простые действия, можно в большинстве случаев предотвратить осложнения.

### ПРИЧИНЫ МАСТОПАТИИ

- Отягощенная наследственность: доброкачественные или злокачественные образования в области молочных желез по материнской линии.
- Прерывание беременности (аборт) на ранних сроках прерывает процесс перестройки молочных желез для кормления ребенка. Обратный процесс перестройки после прерывания неравномерный — пусковой механизм возникновения мастопатии запущен.
- Преобладание эстрогена над прогестероном. Жировые клетки (адипоциты) удерживают эстроген и прогестерон из крови и используют жировую ткань молочной железы, как «склад». Если в плазме крови циркулирует повышенное количество эстрогенов, то накопление в жировых клетках увеличивается, что и приводит к мастопатии. Избыточное употребление кофе, алкоголя, молочных продуктов (содержат эстрогены), что формирует гормональные нарушения, увеличивает уровень эстрогена. Избыток эстрогена вызывает боль и отек в молочных железах.
- Продолжительный стресс нарушает работу эндокринной системы, что формирует гормональный дисбаланс.
- Нарушения функции щитовидной железы, йододефицит.

- Беременность после 35 лет.
- Отказ от грудного вскармливания, кормление грудью менее 3 месяцев.
- Раннее возникновение менструального цикла, позднее наступление климакса.
- Отягощенный гинекологический анамнез — воспалительные заболевания придатков (аднекситы), миомы матки, эндометриоз, синдром поликистозных яичников, для которых характерно преобладание эстрогена над прогестероном.

### ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СТАДИИ МАСТОПАТИИ:

1. Мастодония.
2. Фиброзная мастопатия.
3. Фиброзно-кистозная мастопатия.
4. Кистозная мастопатия.

Мастодония — увеличение вследствие отека 1–3 долей молочной железы перед менструацией, возникает боль при пальпации этого участка. Боль обычно проходит после менструации. Если не проходит, необходима консультация врача.

Фиброзная стадия характеризуется болезненным уплотнением, без четких границ, в верхне-наружном квадранте железы. Симптомы исчезают после менструации.

Фиброзно-кистозная стадия разделяется на узловую и диффузную. Протоки молочной железы расширяются с разрастанием соединительной ткани и образованием кист, возникает боль, выделение «секрета» перед менструацией, симптомы прекращаются с началом менструации. Поражаются одна или обе молочных железы.

Кистозная мастопатия характеризуется болезненными умеренной плотности образованиями, без четких границ в одной или обеих железах. При надавливании на уплотнение возможно выделение секрета светло-желтого или темно-коричневого цвета.

Чтобы подтвердить или опровергнуть опасения и предположения используется УЗИ молочных желез с 4 по 14

день менструального цикла. Для беременных, кормящих и женщин в менопаузе день проведения УЗИ не важен. Маммография рекомендуется в обязательном порядке женщинам старше 40 лет ежегодно в качестве скринингового метода выявления рака молочной железы. При обнаружении кисты выполняется пункция и цитологическое исследование содержимого. При диагностике важно обратить внимание на подмышечные лимфоузлы, чтобы своевременно дифференцировать мастопатию и рак молочной железы. Также необходимо определение уровня эстрогена и пролактина в плазме крови.

После диагностических мероприятий не стоит занимать выжидательную позицию. Следующие 6 шагов помогут остановить процесс нежелательных изменений в молочных железах и предотвратить появление осложнений.

## 6 ШАГОВ

1. Витамин Е — антиоксидант, снижает воспаление и оказывает эффект в молочных железах. Освобождает цитокины для восстановления поврежденной ткани. Для восполнения потребностей организма в витамине можно применять БАДы или продукты, содержащие витамин Е (миндаль, семена подсолнечника, шпинат, капуста, авокадо, манго, киви).

2. В качестве противовоспалительного средства для предотвращения выработки простагландинов (медиаторов воспаления), которые вызывают боль в груди, рекомендуются омега-3 жирные кислоты в виде БАД или продуктов питания (рыба жирных сортов, орехи, оливковое или кокосовое масло).

3. Рекомендуется исключение из рациона кофеина — кофе, чая, энергетических напитков, Coca-cola, которые тоже способствуют поддержанию воспаления и гормонального нарушения.

4. Необходима поддержка работы печени и кишечника, так как именно в этих органах разрушается эстроген, что снижает его количество в сыворотке крови и предотвращает отложение в жировой ткани. Для этого рекомендуется увеличить употребление овощей с высоким содержанием клетчатки (капуста, шпинат, петрушка, укроп или фенхель, свекла). Капуста содержит индол-3-карбол, который обладает антиэстрогеновым эффектом, стимулирует расщепление эстрогенов в печени, имитирует рецепторы эстрогенов.

Яичный желток рекомендуется как источник фосфолипидов для снижения воспаления в организме, улучшения работы печени, помогая тем самым утилизировать эстроген.

Восстановление кишечной микрофлоры с помощью пробиотиков поможет улучшить расщепление, переваривание и всасывание компонентов пищи и усвоение питательных веществ.

5. Рекомендуются физические упражнения, чтобы улучшить питание мышц груди и лимфоток. В работающей мышце никогда не будет застоя и патологических изменений, что предотвратит формирование мастопатии.

6. Системная энзимотерапия в данном случае полезна как средство борьбы с разрастанием соединительной ткани, которая образуется в процессе перестройки ткани молочной железы.

Эти 6 шагов просты, но очень важны для сохранения и восстановления здоровья. Женщины не должны ими пренебрегать, хотя выполнение этих простых советов потребует от женщины определенных усилий и дисциплины. Как говорил Ибн Сина: «Безделье и праздность не только рождают невежество, но и являются причиной болезни».



*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**



**Балалыкина Т. В.,**  
гастроэнтеролог, эндоскопист,  
ДКДЦ Приморского района,  
Санкт-Петербург, Россия



**Балалыкина В. С.,**  
студентка 4 курса СПбГПМУ,  
Санкт-Петербург, Россия

## ХИМИЯ СЛЮНЫ

Человеческий организм устроен гармонично, и все в нем логично взаимосвязано. Так, например, в ротовой полости слюна взаимодействует не только с пищей, но и с зубами. Слюна — одна из важнейших биологических жидкостей организма человека, выделение которой в полости рта происходит практически постоянно. Отделение слюны уменьшается при стрессе, испуге или обезвоживании и практически прекращается во время сна и наркоза.

Слюноотделение является реакцией на эмоциональное возбуждение, раздражение рецепторов ротовой полости и рецепторов желудка. Усиление выделения слюны происходит при действии обонятельных и вкусовых стимулов, а также вследствие механического раздражения крупными частицами пищи и в процессе жевания. Также вид и запах пищи, звуковое раздражение, связанное с приготовлением пищи, приводят к отделению слюны.

В полость рта слюна поступает из нескольких желез, и в каждой из них разный химический состав жидкости. Самой крупной из слюнных желез является околоушная, затем подчелюстные и подъязычные. Ежедневно в полость рта человека выделяется от 300 до 1500 мл слюны. Продукция слюны в течение суток неравномерна: в течение 14 ч. вне приема пищи вырабатывается примерно 300 мл. так называемой базовой, не стимулированной слюны (скорость слюноотделения — 0,25–0,50 мл/мин), в течение 2 ч. на фоне еды выделяется 200 мл. стимулированной слюны (со скоростью 2,0 мл/мин), а в оставшееся время — 8 ч. ночного сна — слюноотделение практически прекращается (0,1 мл/мин). В каждый момент времени в полости рта находится 0,5 мл слюны. Тонкая пленка слюны медленно (0,1 мм/мин) движется, обволакивая ткани полости рта в направлении спереди назад и рефлекторно проглатывается, полностью обновляясь за 4–5 мин.

Функции слюны:

1. **Пищеварительная.** Она заключается в смачивании пищевого комка и его подготовке к проглатыванию и перевариванию. Все это способствует входящий в состав слюны муцин, который склеивает пищу в комок.

2. **Защитная** функция слюны проявляется в следующем:

- Защита слизистой оболочки ротовой полости (от пересыхания).

Эпителий полости рта подвергается самым различным и физическим, и химическим воздействиям, связанным

с употреблением пищи. Слюна способна защитить эпителий верхней части пищеварительного тракта, а также эмаль зубов.

- Регенерация эпителия слизистой ротовой полости происходит благодаря содержанию в слюне белкового вещества лизоцима, обладающего бактериостатическим действием.
- Защита организма от попадания в него вирусных инфекций и болезнетворных микроорганизмов. За это отвечают содержащиеся в слюне ферменты нуклеазы и множество иммуноглобулинов.
- Защита от свертывания крови.

3. **Выделительная функция.** Слюна имеет такую способность, как выделение продуктов обмена организма в момент сплевывания слюны. Со слюной могут выводиться некоторые лекарственные препараты, мочевая кислота, мочевины и др.

4. **Трофическая функция.** Слюна — это биологическая среда, имеющая непосредственный контакт с эмалью зуба. Именно она является основным источником цинка, фосфора, кальция и остальных микроэлементов, необходимых для сохранности и развития зубов.

5. **Минерализующая** — функция, которая способствует поддержанию физиологического равновесия процессов ре- и деминерализации эмали зубов, а, значит, и постоянного состава эмали после различного рода неблагоприятных воздействий на нее.

6. **Очищающая** — функция, которая помогает вымыванию и удалению из ретенционных пунктов зубных рядов и полости рта зубного налета, остатков пищи, микроорганизмов, детрита.

7. **Буферная.**

Одной из форм защиты является сохранение и поддержание pH-среды в ротовой полости.

Поскольку смешанная слюна представляет собой взвесь клеток жидкой среды, которая омывает зубной ряд, то кислотно-основное состояние полости рта определяется скоростью слюноотделения, совместным действием буферных систем слюны (*системы на слайде*)

Свойства слюны:

1. **Участие в речеобразовании.** Слюна необходима для формирования правильной речи и общения. При постоянном потоке воздуха в процессе разговора, приёма пищи сохраняется влажность в полости рта (муцин и другие гликопротеины слюны).



2. **Восприятие вкуса.** Растворение в слюне химических веществ, входящих в состав пищи, способствует восприятию вкуса вкусовым анализатором.

3. **Плазмоствертывающая и фибринолитическая способность**, за счет чего обеспечивается местный гомеостаз, и благоприятно протекают регенерирующие процессы слизистой оболочки полости рта.

4. **Поверхностное натяжение** (обуславливает смазывающую способность слюны по отношению к зубам. Известно, что при снижении поверхностного натяжения жидкость вспенивается, снижаются ее омывающие и очищающие свойства).

5. **Создание местного иммунитета.**

6. **Разжижает поступившие вещества.**

7. **Вязкость.**

8. **Электропроводность.**

Что же из себя представляет слюна в химическом смысле?

Слюна — это биологическая жидкость, которая более чем на 98% состоит из воды. А оставшиеся проценты — это соли различных кислот, микроэлементы и катионы некоторых щелочных металлов, некоторые витамины. Также в слюне обнаружены специфические белки — саливопротеин, способствующий отложению фосфорокальциевых соединений на зубах, и фосфопротеин — кальцийсвязывающий белок с высоким сродством к гидроксиапатиту, участвующий в образовании зубного камня и зубного налета. У большинства людей в слюне содержатся и группоспецифические антигены, соответствующие антигенам крови.

Основными ферментами слюны являются амилаза и мальтаза. Амилаза расщепляет крахмал (полисахарид) до мальтозы (дисахарид). Мальтаза действует на мальтозу и сахарозу и расщепляет их до глюкозы. Благодаря наличию в слюне лизоцима, она обладает бактерицидными свойствами и предупреждает развитие кариеса.

Пищеварение в полости рта начинается с приема пищи, который является пусковым механизмом для функционирования желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В процессе жевания происходит смешивание измельченной пищи со слюной.

В слюне имеются самые различные по происхождению белки, в том числе белковое слизистое вещество — муцин. Пищевой комок, увлажненный слюной, благодаря муцину, становится скользким и легко проходит по пищеводу.

Пища находится в полости рта непродолжительное время — 15–30 с, поэтому в ротовой полости не проис-

ходит полного расщепления крахмала. Однако действие ферментов слюны продолжается некоторое время в желудке. Это становится возможным потому, что пищевой комок, попавший в желудок, пропитывается кислым желудочным соком не сразу, а постепенно — в течение 20–30 мин. В это время во внутренних слоях пищевого комка продолжается действие ферментов слюны и происходит расщепление углеводов.

Но нельзя забывать про зубы! Они имеют самое прямое отношение к состоянию ЖКТ. Состояние зубов во многом определяется характеристиками окружающей их среды — ротовой жидкости. Именно со свойствами ротовой жидкости связывают процессы естественного вторичного созревания эмали, т.е. повышения ее кариес-резистентности. Слюна — важный элемент кариес-резистентности организма на протяжении всей жизни человека.

Общеизвестно, что патогенез кариеса зубов обусловлен такими факторами, как питание, уровень солнечной радиации, содержание фтора в питьевой воде, иммунологическое состояние организма, структура и уровень минерализации зубов, состав и свойства слюны и др. Особое значение в патогенезе кариеса зубов придают именно слюне.

В норме pH слюны колеблется вблизи 6,5–6,9, при кариесе pH может снижаться. При pH 6,8 ротовая жидкость перенасыщена кальцием, при pH 6,0 — она становится кальций-дефицитной. Гидроксиапатит, растворенный в слюне, определяет активную концентрацию ионов  $\text{Ca}^{2+}$  и  $\text{HPO}_4^{2-}$ .

Состояние перенасыщенности ротовой жидкости гидроксиапатитом имеет первостепенное значение для поддержания гомеостаза минеральных компонентов в полости рта, минерализации эмали и защиты от кариеса.

Резистентность и восприимчивость к кариесу формируются многими факторами и на различных уровнях: молекулярном, тканевом, органном и системном.

Молекулярный уровень — устойчивость или восприимчивость, обусловленная особенностями химического состава апатита эмали.

Тканевый уровень — наличие дефектов в строении органической матрицы.

Органый уровень — анатомические особенности зуба, размер и форма промежутков между зубами.

Системный уровень — состояние органов и систем организма, в том числе слюнных желез, характер слюноотделения.

«Кариес-резистентность» есть состояние организма и полости рта, которое обуславливает устойчивость эмали зубов к действию кариесогенных факторов, в том числе и кислот, образующихся на ее поверхности. Кариесогенность определяется составом и структурой эмали, факторами защиты полости рта (специфическими и неспецифическими), количественными и качественными показателями слюны, характером слюноотделения, особенностями диеты, наличием вредных привычек, свойствами зубного налета и т.д.

Качество слюны и наличие у нее полезных свойств напрямую зависит от общего состояния ротовой полости, а также от здоровья зубов и десен, в частности. Поэтому регулярное посещение стоматолога и соблюдение правил гигиены полости рта позволяют иметь здоровую слюну, которая, как выясняется, необходима для всего организма человека.



**Богданович В. Н.,**  
врач, писатель, психолог, Санкт-Петербург, Россия,  
[www.osoznavanie.ru](http://www.osoznavanie.ru)

## «КТО ТЫ БУДЕШЬ ТАКОЙ?»

*«Нужда — это перманентное состояние, когда целью жизни становится существование».*

*А. Круглов*

Деньги можно получить только от людей. Даже если у вас в руках «копи царя Соломона», или даже если вы печатаете деньги. В любом случае, и драгоценности (золото, алмазы), и денежные купюры должны быть признаны другими людьми. Именно поэтому для успешного приобретения вам необходимо быть открытым к диалогу с ними. С какой стати вы будете замыкаться в себе?!

Существует всего лишь шесть мотивов, которыми мы руководствуемся при выборе места работы. Порядок перечисления — произвольный. Это мотивы:

- денег;
- творчества;
- утилитарности;
- социализации;
- коммуникации;
- участия в процессе.

Мотив «деньги» понятен только на первый взгляд. На самом деле, задайтесь вопросом: «А согласен ли я работать из-за денег в паршивом коллективе, где меня постоянно ругают, и всегда есть угроза «подставы»? Или где монотонный, долговременный и не интересный труд? Где скучная, далекая от творчества работа?» Это касается и так называемых «духовных денег». Большие деньги возвращают, а маленькие — озлобляют. Расшифровываю.

«Творчество» — это большой внутренний интерес, самовыражение, процесс работы, одухотворённый каким-то внутренним смыслом. Исследования показали, что в настоящее время, что у нас, что на Западе, этот мотив становится всё более и более важным и базовым при поиске работы.

«Утилитарность» означает наличие каких-то практических выгод и удобств. Это может быть льготное питание, близость работы от дома, удобный режим работы, хороший социальный пакет, возможность работать дома, возможность брать выходные по собственному графику, возможность аккордной работы и т.д.

Под «коммуникацией» понимается возможность качественного и «безопасного» общения в коллективе, кото-

рый вы считаете своим. Именно это руководит человеком, который ищет на работе «междусобойчик».

«Участие в процессе» — это внутренняя потребность в труде, в наличии работы как таковой. Всё-таки в общественной жизни сохранились принципы социализации и желания что-то делать самому, а не сидеть, сложа руки, ничего не делать и за это что-то получать. Это противоречит внутреннему миру человека, его натуре, той искре, благодаря которой мы являемся образом и подобием Его.

«Социализация» означает внедрение в общество, это должность, звание, статус. Человеку свойственно стремление к успеху и его видимому проявлению, к уважению к его заслугам перед обществом, людьми, коллективом. Не у всех это одинаково выражено, некоторым проще и легче играть роль «серого кардинала», но это тоже статус, правда, широко известный в узких кругах, но всё же... Есть даже очаровательная шутка: «Полноценный мужчина состоит из корня «муж» и приставки в виде «чина».

Для иллюстрации того, что крайне важно знать свои мотивы, приведу одну короткую, но поучительную историю. Помнится мне, как одна дама устроилась с минимальным образованием на одну очень хорошую работу. Ей там сказали, что могут ей платить хоть 5000 \$ в месяц (а это было в далеком 1998 году!), но пока платить не за что, поэтому она может дерзать, мол, «у вас перспективы!» Она уволилась, спустя месяц, мотивируя увольнение тем, что она сидит там одна, что ей там скучно, одиноко, неуютно, в офисе только охранник, и иногда приезжают руководители, которые опять-таки занимаются своими делами при закрытых дверях, и от этого она чего-то боится. Кроме того, за закрытыми дверями работают ещё два сотрудника, которые постоянно заняты, и ей совсем не с кем перекинуться словом. Вот так-то.

Во-первых, для нее самым важным в процессе работы было наличие комфортного коллектива (коммуникативность). Во-вторых, у нее была необходимость в социализации, в-третьих — в утилитарности, а деньги, несмотря на постоянную нужду в них, у нее стояли — в-пятых. Вот так. История для размышления и для проведения самоанализа, и Задание!

Ответьте себе на вопрос в течение пары-тройки дней: «А что у меня «во-первых», а что «в-пятых»? Чем я могу поступиться, а чем — никогда!»

На листке бумаги распишите ваш собственный порядок мотивов, которыми вы руководствуетесь при выборе работы, чем вы можете поступиться, а чем — ни за что.

Есть азы социального самосознания. Незнание их может привести и приводит массу народа, особенно в современных условиях, к обычным трагедиям. Дело в том, что человек в социуме может занять только одну из четырех позиций. Это позиция:

- хозяина;
- наемной рабочей силы (от хай-менеджера до неквалифицированного грузчика);
- богемы (от аудитора до музыканта);
- маргинала (от бомжа до аскета, живущего по своим законам).

Иных позиций нет. Даже политики, в принципе, — наемная рабочая сила. Задумайтесь, к какой категории вы себя относите, и избежите массы тяжелейших разочарований и потерь.

Если вы по натуре «хозяин», то тотальная ответственность за всё у вас в крови. Более того, она вас не гнетёт, не давит. Вы так живёте, отвечая за то, что вы считаете «своим», за то, что «моё». Это ваш образ и стиль жизни, который воспринимается как нечто само собой разумеющееся. Ведущий смысл — ответственность за то, что «свое».

Если вы «богема», то вы несёте ответственность за то, что считаете своим «сейчас». И до тех пор, пока вы это «своим» считаете. Это может быть аудит, это может быть адвокатура. Это может быть кризисный управляющий. Провёл аудит, отдал документы, получил расчёт, и дальше этим отчетом хоть заборы подпирайте... Он уже не переживает за это, в отличие от «хозяина». Его работа окончена. Он её отпустил. Время прошло. Ведущий смысл — интерес к тому, что делаешь сейчас.

Если вы «наемный работник», неважно какого звена, то в итоге отвечает за вас «хозяин». Множество людей, которые не разобрались в том, «кто я буду такой», на этом погорели. Они поработали, узнали тонкости и детали, обозлились на «хозяина» и решили стать сами хозяевами дела. Набрали кредитов, договоров, людей... и им очень тяжело. Эта ответственность не для них. Всё делается крайним напряжением сил, выматывает, потому как они «собственный» бизнес буквально «тащат» на собственной энергетике. А она конечна. Потом бегство от долгов, от людей, от кредитов в «стакан», «налево», в экстрим... Куда угодно, только не в работу, так как она утомляет. Ведущий смысл — ограниченная ответственность за то, что назначено «твоим».

Как-то раз Э.Горовиц, знаменитый дирижер, заметил, что первая скрипка в оркестре периодически морщится во время игры. Он поинтересовался у него, в чем дело. Может, скрипач так реагирует на его неудачную работу. Скрипач ответил, что это не так, просто он терпеть не может играть на скрипке! Представляете, он всю жизнь занимался тем, что ему не по душе. Правда, он достиг высот, но они ему удовольствия не принесли.

Если вы «маргинал», то вы сами устанавливаете для себя правила, по которым будете жить и так живёте, работаете, учитесь, делаете деньги. Пример? Пожалуйста. Это аскет, который пришел на какое-то место, основал для себя что-то и живёт так, как ему заблагорассудится, соблюдая какие-то общие правила общежития. Это основатель

журнала «Плейбой», который несколько десятков лет никогда не вылезает из пижамы. Это его дресс-код. Не нравится? Как хотите. Желаете тоже ходить в пижаме, станьте таким же. Как видите, всё очень «просто». Ведущий смысл — то, что хочу, то и есть «свое».

Точного теста для того, чтобы вы смогли с большой степенью достоверности определить то, кто вы есть, пока ещё не придумали, зато это роскошный повод для самоанализа с карандашом и листом бумаги.

**Задание.** От вас требуется ответить самому себе максимально честно: «Кто я буду такой»? Только не торопитесь, можете на этом пункте задержаться на несколько дней. Это же ваша судьба. Если не ясно самому, то обратитесь к другу — настоящий друг врать не будет. Это и есть обязанность друга — говорить правду в глаза. Иначе кто вам это еще скажет? В силу этой неприятной особенности у нас так мало ДРУЗЕЙ, зато много приятелей и «типа друзей».

Когда ответите, то примерьте полученный результат «на себя». Как оно там — не жмет, не давит, удобно? У всех нас жизнь — коридор с сужающимися стенками, но с бесконечно открытым верхом. Так, у «хозяина» есть возможность расширяться и углубляться в бизнес до тех пор, пока не возникнут иные интересы, и бизнес будет кормить его. «Наёмный работник» знает, что лестница карьеры открыта для него и его талантов, а ту энергию, которую он ранее тратил на ненужные переживания, можно бросить на карьерные достижения. «Богема» может начать обучаться вести дела индивидуально и подумать о новом потребном будущем. «Маргинал» может перестать комплексовать от того, что он не такой как все, и начать жить «нормально» для себя.

То, что можно сделать в социуме, ничем не заменишь. Это самый жесткий вид тренинга, если, конечно, так подойти к собственной деятельности, к работе, к отношениям, которые там складываются.

Американцы, огромные специалисты во всем том, что касается работы, советуют не только регулярно менять специальность и род деятельности, но и ... искать новую работу сразу, как только устроился на работу. И это правильно. Точно выбранная работа — залог долголетия. От работы можно и нужно получать радость, а не кошмарные сны. И пусть такая работа встречается не чаще брака по расчёту, перешедшего в брак по любви.

**Задание.** Возьмите листок, разграфите его вертикально пополам и, как Робинзон, в одну колонку запишите минусы, в другую — плюсы имеющейся у вас сейчас работы. В плюсах может оказаться все: близость от дома, от метро, общение с коллегами, профессиональный рост, возможность творить, деньги, статус, социальный пакет, удобный график, корпоративная культура, времяпрепровождение с каким-то смыслом, поиск новых знакомств или самореализация...

Важно, чтобы плюсов оказалось не менее десяти. Если на плюсы фантазии не хватает, а минусы перехлестывают через край, то в этом случае самое время подумать о смене места работы. Стоит ли игра свеч?

Я повторяюсь, но многое в этой жизни зависит только от вас, от способности точно и четко формулировать **свои** задачи и цели. Хотите иметь хорошую работу? Вам ничто не мешает, кроме ваших сомнений. ©



**От Редакции:** В течение нескольких лет мы поддерживаем данную рубрику новыми публикациями, посвященными народной медицине, ее удивительным и забытым сторонам, которые сейчас имеют тенденцию к возрождению. Народные целители, несомненно, относятся к сфере народной медицины, к которой до сих пор в нашем, казалось бы, просвещенном обществе относятся очень неоднозначно. Мы надеемся, что статьи и интервью данной рубрики помогут отделить зерна от плевел, помогут выработать критерии отличия настоящих целителей от так называемых шарлатанов, которых сейчас немало паразитирует на этой популярной теме, помогут объединить усилия врачей и специалистов по альтернативным методам исцеления на благо людей.

## «ТОЧКИ ДЕТСТВА» И ЛЕЧЕНИЕ ДЦП



Мы продолжаем беседу с известным целителем Юрием Васильевичем Кретовым, начало которой опубликовано в предыдущем номере журнала (см. «Пятиминутка» № 3–2016 г.).

— Юрий Васильевич, в предыдущей беседе мы с Вами коснулись очень актуальной темы — лечения такого распространенного и не до конца понятного современной медицине заболевания, как ДЦП (детский церебральный паралич). Вы сообщили, что увидели так называемые «точки детства», прежде всего, у своих артистов в театре, когда репетировали новый спектакль, и это помогает Вам формировать новые образы... Однако воздействие на «точки детства», если знать, на какие, как и когда, способно запустить обратные механизмы развития такого заболевания, как детский церебральный паралич и ему подобные заболевания, которые приводят к глубокой инвалидности, исключению людей из социума и даже невозможности самообслуживания.

— Я увидел не только это. Меня поразило то, что практически в каждом ребенке есть основа для формирования церебрального паралича, но в одном ребенке — эта основа становится реальностью, а в другом — возможность проявления заболевания составляет лишь доли процента. Дело в том, что в процессе развития ребенка все окончания нейронов, нервных «стволовиков», постепенно «находят» друг друга и организуются

в систему. А если не «находят», и этот процесс заходит за определенную границу, то формируется детский церебральный паралич, и с возрастом эта патология «закрепляется». Происходит это в результате возникающих «завихрений» энергии.

— Вероятно, Вы в какой-то мере увидели причину возникновения ДЦП, увидели то, что пока не известно науке. Причина заболевания пока не известна, однако ДЦП лечат, лечат разными методами, но лечат только последствия и осложнения, все существующие методики нацелены лишь на временное улучшение, стабилизацию процесса, но никак не на полное излечение. Само заболевание, все равно, с возрастом усугубляется и прогрессирует...

— При ДЦП есть уже очевидные «вихревые зажимы», и если на них действовать с помощью «спиралевидных схем» («спирали», которые работают при помощи мысли, — один из приемов, которые рекомендует целитель; важно, в каком направлении надо вращать спираль, по часовой или против часовой стрелки — прим. Ред), можно получить очень хороший результат. И я уже начал это использовать.

— Можете привести примеры, когда Вы использовали «точки детства», «спиралевидные схемы»

для работы с пациентами и видели эффект?

— Один человек, назовем его Д., приходил ко мне за рекомендациями практически в течение 25 лет. Дело в том, что у него стоял серьезный диагноз: «Эпилепсия», до нашего знакомства у него было до 20 приступов в день! Психоневролог прописывал лекарства, которые на самом деле вызывали обострение заболевания. Для меня это было странно. Я не помню уже, что и когда я ему советовал, но он был очень дисциплинированным пациентом, выполнял все рекомендации, в итоге приступы прекратились, причем, без лекарств. Приступов не было в течение всех этих 25 лет! Мы научились их упреждать. Кроме того, он страдает с раннего детства церебральным параличом. Однако, несмотря на двигательные нарушения, он получил высшее образование, стал программистом, но с работой, все равно, были большие проблемы, рука была сильно спазмирована. И сейчас, когда я стал работать с «точками детства», рука постепенно стала расслабляться. Будем работать дальше. Я надеюсь, что мы справимся.

— То есть Вы практически наблюдаете этого человека в течение четверти века? Он взрослый мужчина, и Вы возвращаете его организм частично в то время и в то со-

**стояние, когда формировалась его нервная система?**

— Можно и так сказать. Хотя это очень упрощенно. «Точки детства» у каждого человека свои и только свои. И воздействия на них, соответственно, очень индивидуальны. Нет общей схемы для всех. У этого конкретного человека во время формирования нервной системы как раз «сработали» те доли процента, о которых я говорил. Но зная это, мы можем пытаться вернуть организму память того момента, когда нервные волокна «искали друг друга»...

— **Значит, все-таки мы смогли бы помочь детям с ДЦП при помощи Вашей методики, если правильно воздействовать на «точки детства»... На детей ведь проще воздействовать? Пока заболевание не перешло в запущенную стадию...**

— Конечно, будем работать. Будем пробовать. Вреда, по крайней мере, здесь никакого не будет. Я делаю лишь то, что мне подсказывает Природа, и ничего более... Мы же не яды рекомендуем! Будем брать самые тяжелые случаи, когда больше никто не может помочь...

— **В таком случае, напрашивается вопрос и про взрослых пациентов. А можно ли применить «точки детства» для лечения таких за-**

**болеваний, как болезнь Альцгеймера и болезнь Паркинсона?**

— Я думаю, здесь тоже надо пытаться работать. Мы прекрасно знаем, что эти заболевания имеют крайне плохой прогноз. Значит, любая новая методика может дать шанс пациенту. Но я не буду ничего утверждать, пока не увижу конкретный результат.

— **Для таких пациентов, как дети, страдающие ДЦП, а также больные упомянутыми выше неизлечимыми недугами, играет большую роль фактор времени. Чем раньше им будет оказана помощь, тем больше надежд на положительный результат. Сейчас много новых методик, экспериментальных и научно доказанных, о которых многие пациенты просто не осведомлены. Вся проблема в том, что информация до многих не доходит или доходит слишком поздно.**

— Дело не во времени, а в скорости движения информации. Заметьте, как быстро вошел в нашу жизнь Интернет! И сразу изменилась скорость движения информации. Думаю, стоит только опубликовать то, о чем мы сейчас говорим, и дополнительно разместить эту публикацию в Интернете, сразу все, кому надо, об этом узнают. Можно сказать, что мы попадаем в «десятку» с этой методикой.

Но я не могу сказать, что сразу все общество это воспримет правильно. Самые цепкие пациенты используют эту информацию совершенно точно и решат свою проблему, а вот что касается остальных... Знаю, что со временем, медики будут эту методику использовать и признавать. «Спирали» тоже сначала все отрицали, считали ерундой, а теперь патентуют...

— **Вам, наверное, обидно? Патентуют ведь те, кто эти «спирали» не видит и до конца даже не понимает их значение и механизмы действия.**

— Дело не в патентах и не в обидах. Дело в признании или непризнании нового, не понятного для всех, в первую очередь, для людей науки. А вот когда через пару десятков лет наука, наконец, до чего-то додумается (!), тогда кто-то, возможно, за «точки детства» получит Нобелевскую премию...

— **Да, но дети, страдающие ДЦП, не могут ждать этого момента... У них попросту нет для этого времени. Так что будем использовать сегодня «скорость движения информации».** ☺

*Беседу вела М. Мамаева*

*Продолжение следует...*



**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



**И. Д. Пунтикова,**  
психолог, директор Центра красоты и здоровья «Healthy Joy»,  
Санкт-Петербург, Россия

## ИСКУССТВО ВОЗРОЖДАТЬСЯ

*«Жизнь, в любом виде, стоит того чтобы жить.  
И ей все равно, что о ней думают люди».  
Китайская народная мудрость.*

*«Человеческая природа ведет борьбу  
не только с болезнью, но и с врачом,  
не считающимся с естеством человека».  
Р. Гуфеланд.*

Одна из самых любимых и неразрешенных тем современной науки: скрытые возможности человека и их неограниченность. Раскрыть эти возможности в себе — для многих означает улучшить «качество и количество» своей жизни. К основным представлениям древней традиционной китайской медицины и философии относится понятие о «жизненной силе», разлитой в окружающем пространстве. В Аюрведе — это «Прана»; у Гипократа — «Physis» («физис»; отсюда «physician» — врач); у китайцев — «Ци» или «Чи». Жизненная сила — эта сама наша природа, мы состоим из нее. И если мы ставим внутри себя барьеры и препятствия, отделяясь от жизненной силы, то создаем условия для БОЛЕЗНИ.

Джонаттан Свифт сказал: «Я не верю, что потомки могут быть умнее своих предков, а наука может сделать человека счастливее». Научно-технический потенциал современного общества сейчас высок, как никогда за всю историю нашей цивилизации. Сейчас имеются все необходимые условия, чтобы «накормить, одеть и оздоровить» всех людей планеты, создать им необходимые условия для раскрытия их духовного и физического потенциалов. И, тем не менее, этого не происходит. Наоборот, рост врожденной, хронической, неизлечимой и инфекционной патологии — доказательство нелепой ошибки эволюции общества, забывшего свою историю и отказавшегося от своих исконных знаний.

Любой путь к «абсолютному здоровью» никогда не даст положительных результатов, если пытаться отгородиться от других путей исцеления. Восточная мудрость говорит: «Каждый должен учиться путем своего личного опыта. Не принимай ничего окончательно, пока сам себе ничего не докажешь. Но если ты благоразумен, то воспользуешься советом и опытом людей, прошедших этот путь до тебя. На каждом переходе пути будет видно, что те, кому удавалось пройти дальше, оставляли знаки-вехи для идущих за ними».

Да, природа и время делают свое дело согласно своим законам. Но куда хуже, если в эти законы внедряется общество, одержимое качествами разрушительного невежества. И здесь только вы можете изменить себя. Не стоит менять общество — меняйте свое окружение и свой взгляд на Мир. И тем интереснее наш личный опыт в создании и развитии необычного проекта «Люди для людей», который был создан на базе нашего центра красоты и здоровья «Healthy Joy».

Приведу пример. После диагностического массажа ГуаШа спины на коже выходят пятна Ша — так происходит выведение токсинов. У женщины, получившей данную процедуру, вызвала удивление реакция окружающих: «У неё вся спина, как синяк, да ещё и такой тёмный!». «А, как и с кем она живёт?». «Ей 34 и живёт с мамой». Ну, вот и ответ, почему столько Ша...

Наше тело и психика — это очень мудрые механизмы. Они, конечно же, неразрывно связаны друг с другом и обязательно дадут сигнал своему обладателю, что что-то идёт не так. Важно уметь понимать, что именно пытается сообщить нам наш организм. Так, например, женщина, всё детство подвергавшаяся бесконечной критике своих родных и поверившая в то, что она «никчёмная», в подростковом возрасте заболела псориазом, которым страдает больше 20-ти лет, и никакое лечение не даёт устойчивого эффекта. Долгое время на психологических консультациях она утверждала, что к родным и вообще к людям испытывает «только самые позитивные чувства: любовь и благодарность». Лишь через несколько месяцев работы она смогла признать и выразить свою злость и гнев на них: «Пусть даже не приближаются ко мне!!!». Ещё через пару недель впервые в жизни её кожа на лице очень заметно очистилась.

Здесь чуда нет. Механизм примерно такой: в нашем обществе есть так называемые социально порицаемые чувства и эмоции: гнев, злость, ненависть, раздражение. Всем вменяется, что надо быть успешным, сильным, самым умным, богатым и т.п. А если ты не самый-самый, да ещё смеешь раздражаться и злиться на кого бы то ни было, тем более, на родных, то тебя отвергнут, никогда в жизни не будут любить, а будут только бояться и обходить стороной. Вот потому люди и «гасят» в себе эти негативные переживания. Но они никуда не деваются. Они лишь не выражены. Тело может среагировать на гнев, блуждающий



внутри и не имеющий выхода, очень по-разному. Псориаз, как сигнал о том, что «ко мне не надо приближаться» — идеальный выход для психики в данном случае. В итоге мы и имеем очень улыбчивую, всех вокруг любящую женщину, с которой люди что-то не стремятся стать ближе, но все утверждают, что она «очень хороший человек». Как только гнев и злость этой женщины, которые она копила десятилетиями, получили право голоса и были выражены, надобность в защите с помощью псориаза стала понемногу отпадать, и кожа стала очищаться.





Иметь право и возможность выразить все свои чувства очень важно. Однако же не стоит связывать свои заболевания исключительно с психологическими причинами. Давайте будем реалистами и признаем за медициной и фармакологией места, по праву им принадлежащие.

Изначально у нас были два направления деятельности — салон китайского массажа «Healthy Joy» и психологический центр. Однако через некоторое время пришла идея их объединить. Этому способствовали наблюдения о том, как связаны физическое и эмоциональное состояние людей. В основу проекта легло две идеи:

— поддержание физического и психологического здоровья людей;

— возможность сотрудничества со специалистами самых разных областей, с которыми участники анти-тренингов и мастер-классов могут познакомиться в нашем пространстве, а не почитать в интернете, который поглотил львиную долю человечества, и где люди обезличены.

Из этих двух целей сложно выделить, какая первична. Мы, как практикующие психологи, имеем большой опыт индивидуальной и групповой работы, и в последний год стали замечать, что даже на само слово «тренинг» люди реагируют не с интересом, как раньше, а, скорее, напрягаются. Слишком уж много сегодня тренингов, сулящих напряжённую работу для достижения какой-то, не всегда чёткой, цели, и очень сложно оценить профессионализм их ведущих. Люди устали от напряжённой работы на тренингах, где нужно быть почти всё время в тонусе и двигаться с той скоростью, с которой требуется. И вообще от требований люди устали. Тем более, важно сказать, что результат от тренинга есть, только пока идёт регулярная тренировка или пока навык не доведён до автоматизма. При этом тренируемое качество — одно. И это очень подходит для деловых навыков, но для жизни автоматизм не полезен.

Наши встречи представляют собой произвольную беседу на любые темы, которые актуальны для участников. От простой беседы такие мероприятия отличаются тем, что появляется возможность иначе взглянуть на разные стороны привычной жизни, увидеть причинно-следственные связи, понять, как можно действовать иначе и применить это понимание в жизни. Вроде, как сойти с привычных рельсов (куда часто люди не особо-то самостоятельно и встали) и начать осознанно строить другую «ветку» своего жизненного пути, имеющую качество, более подходящее для каждого конкретного человека. Случается, что многое, казалось бы, очевидное для одного человека, совершенно не является таковым для другого. Соприкосновение разных точек зрения и жизненных опытов даёт удивительные результаты,

Когда в жизни человека начинают происходить изменения, вызванные его осознанными действиями и подкреплённые принятой им на себя ответственностью, меняется «волшебным» образом и его физическое состояние. Проходят мышечные зажимы, симптомы остеохондроза становятся менее выраженными, хронические заболевания различных внутренних органов перестают давать рецидивы.

Сейчас проект «Люди для людей» набирает силу. У нас появилось много друзей и последователей. Активное сотрудничество с Издательским Домом СТЕЛЛА и Обще-

ством специалистов «Международное медицинское сотрудничество» даёт возможность проводить очень интересные встречи. Так, недавно прошла встреча с очень интересным врачом — апитерапевтом Ириной Власовой. «Живые лекари, а именно, пчелы и пиявки, сами являются универсальными природными аптеками» (И. Власова). Доктор, кандидат медицинских наук Марина Мамаева постоянно рассказывает на этих встречах о курортах Венгрии, а сейчас еще и о курортах Сербии и о курортологии вообще. Это очень важно. Так как люди очень мало знают о грамотном использовании преимуществ курортного лечения и о профилактике заболеваний, а значит, о сохранении своего здоровья.

Среди экспертов, с которыми мы уже успели поработать, — кандидат физико-математических наук, который провёл потрясающе интересную встречу о свойствах воды и её способности менять структуру и хранить информацию; нумеролог — специалист, опирающийся на дату рождения человека, чтобы определить основные черты его характера (эти мастер-классы вызвали очень большой интерес); специалист по картам Таро — как известно, разные карты используются и в работе психологов, как одна из проективных методик; ведущие косметологи и массажисты с мастер-классами по уходу за лицом и телом. У нас выступают как врачи — профессионалы так и народные целители. Наши друзья — художники предлагают гостям «покреативить» и создать свои шедевры из разных материалов. Нам представляется важным развитие проекта, в котором будет как можно меньше ограничений. Именно поэтому, мы приглашаем специалистов из любых областей, которые хотят рассказать о себе и своей профессии или увлечении и проводить мастер-классы, сотрудничая с нами. Каждый человек может оказаться таким специалистом.

Мы выбираем специалистов для сотрудничества, опираясь на свой профессионализм, жизненный опыт и ценности. Пока что ни одно из этих качеств нас не подводило, а, стало быть, есть основания дальше доверять себе в этом вопросе.

В наше время ценность живого человеческого общения возросла, как никогда. Электронные способы коммуникации дали невероятные возможности, сократив время и расстояние, но Людей друг от друга очень отдалили. А, как известно, человеку нужен человек. Несмотря на то, что возможностей для общения в сети Интернет сегодня очень много — мы живём в эпоху социальных сетей, — люди очень часто жалуются именно на одиночество. Им не хватает живого общения, возможности видеть собеседника, иметь тактильный контакт, находиться рядом.

Наш салон красоты и здоровья «Healthy Joy» и пространство «Люди для людей» — это место, где есть люди, с которыми интересно и полезно общаться и работать! Мы предлагаем оторваться от клавиатуры и мониторов и увидеть друг друга в самом прямом смысле этих слов. ☺

**Санкт-Петербург**  
**Барочная ул., д. 4 (ст. метро Чкаловская)**  
**+7 (911) 146 99 21; +7 (950) 016 14 07**  
**<http://healthy-joy.spb.ru>**  
**<http://vk.com/healthyjoyspb>**  
**<http://fb.com/healthyjoyspb>**

## ДЕСЯТЬ ЗАПОВЕДЕЙ, КОТОРЫЕ ПОМОГАЮТ ЖИТЬ

### 1. Всегда верьте в хорошее!

Мысль материальна. Это так. Вера — главное орудие, это то, что нельзя отнять у человека. Она, действительно, творит чудеса. Можно просто верить и получить желаемое. И даже если вы не добьетесь того, к чему стремитесь, позитивный настрой со-служит хорошую службу.

*«Чудеса там, где в них верят, и чем больше верят, тем чаще они случаются»*

*Д. Дидро*

### 2. Не привязывайтесь ни к кому!

Сила любви выражается в двух вещах: в доверии и свободе. Без них нет полноценных и здоровых отношений. Ни один человек не является вашей собственностью, как бы сильно вы его ни любили. Он всегда имеет право на свободу выбора. Привязываясь к кому-либо, вы не оставляете выбора ни себе, ни любимому человеку, ибо опутываете его по рукам и ногам своей любовью. Инстинктивно человек будет пытаться вырваться из этих оков, и вы можете потерять его навсегда.

*«Там, где барахтаются глупцы, у мудрого нет привязанности»*

*Будда*

### 3. Обращайте внимание на мелочи!

Тут важно понять: не на мелочность, а именно на мелочи. Это разные вещи. Нет ничего сложного в том, чтобы подарить машину или дорогое украшение, имея большие деньги в свободном распоряжении. А написать смс, когда вы совсем не договаривались об этом, и назначить вам встречу в гостинице напротив вашей, куда вы приехали в соседний город на неделю в командировку — дорогого стоит.

*«Нельзя увидеть воды в звёздах, но, глядя под ноги, можно увидеть звёзды в воде»*

*Ф. Бэкон*

### 4. Не пытайтесь изменить другого человека — меняйтесь сами!

Измениться можно только самостоятельно. «Стань таким, как я хочу», — хорошо поется только в песне. Не станет он таким, каким хотите видеть его вы! Он будет самим собой, таким, каков он есть, если он не хочет меняться. Меняйтесь сами. Меняйте свое восприятие, отношение и видение. И вы увидите, насколько вам станет легче жить и быть. Если изменится другой человек, если будет у него такое желание, воспримите это как подарок судьбы. Если он не поменялся — ничего страшного! Ведь поменялись вы! Это и станет решением вашей проблемы.

*«Раньше я говорил: «Я надеюсь, что все изменится». Затем я понял, что существует единственный способ, чтобы все изменилось — измениться мне самому»*

*Д. Рон*

### 5. Всегда желайте людям добра!

Все, что вы желаете другим, обязательно когда-нибудь вернется к вам. Хотите получить счастье — желайте людям счастья, хотите любви — желайте любви, здоровья — желайте всем людям здоровья, хотите побольше денег — пожелайте другим финансовой удачи и побольше!

*«Я не знаю иных признаков превосходства, кроме доброты»*

*Л. Бетховен*

### 6. Не бойтесь любить!

Взаимная любовь — конечно же, счастье. Но, увы, не правильно. Бывает и такое: мы любим, а нас не замечают. Позвольте себе такую роскошь, как быть счастливым от того, что вы любите. Начнем с того, что не всем это дано, и то, что вы можете испытывать светлые, божественные, бескорыстные чувства — уже удача!

*«Страх — это противоположность любви»*

*Ошо*

### 7. Умейте быть благодарными!

Очень часто мы не замечаем добро, которое получаем от Вселенной и от других людей. Воспринимаем это как должное и само собой разумеющееся. Но так быть не должно. Необходимо быть благодарными не только за нечто глобальное, но и за любую мелочь, даже за то, что каждое утро вы просыпаетесь, и вам в окно светит солнце, или льет дождь, или завывает ветер. За то, что вы живете на этом свете, и каждый день с вами происходят маленькие и большие чудеса, которых вы не замечаете, потому что привыкли к ним и воспринимаете как должное! Остановитесь на секунду. Прислушайтесь к биению сердца и поблагодарите этот мир за то, что вы в нем есть.

*«Получая, не забывай говорить спасибо — и будешь получать еще больше»*

*У. Блейк*

### 8. Не бойтесь начинать с нуля!

Не всегда все идет по плану. Бывают ситуации, когда думаешь, что мир рушится, и все летит «в тартарары». Умейте в такие мгновения сказать себе: «Нет, это не конец! Да, проблема. Но я обязательно с ней справлюсь!» Не бойтесь начинать с нуля и заново. Неважно, сколько раз вы упали. Важно, сколько раз поднялись и продолжили путь. Постарайтесь научиться подниматься и идти вперед. Только тогда вы будете способны достичь вершины.

*«Что б ни было — иди вперед»*

*И. Гете*

### 9. Старайтесь больше отдавать!

К сожалению, данность такова, что люди обычно являются эгоистами, потребителями, заботящимися лишь о своих потребностях. Постарайтесь хотя бы иногда помогать людям просто так, без всяких задних мыслей, без надежды на вознаграждение — выручить из неприятности, сказать ласковое слово, подарить свое тепло и хорошее настроение, поддержать, дать вовремя нужный совет, уберечь от опасности, если это возможно и в ваших силах, да, просто, улыбнуться и пожелать другому удачи! И вы обязательно увидите, как начнет меняться в лучшую сторону ваша жизнь. Только делать это нужно бескорыстно, не ожидая подарков и вознаграждения. Может, миллионером вы и не станете, но уж точно станете намного счастливее.

*«Делай добро и бросай его в воду»*

*Пословица*

### 10. Умейте прощать!

Спросите себя, а не слишком ли часто вы берете на себя роль третейского судьи и становитесь в позу гордого правдоискателя-одиночки? Ведь правду говорят: в своем глазу не видим бревна, а в чужом замечаем соринки. Мы сами не всегда «белые и пушистые». Старайтесь поскорее избавиться от обид, гнева, ярости, желаний отомстить. Все эти вещи нас разрушают. Они портят нам настроение, «пробивают» наше биополе. Вы не измените подлых, непорядочных, лживых и злобных людей. Это их право — быть такими! Они выбрали для себя такой путь. Не тратьте на них свои нервы, здоровье, свое настроение. «Отпустите ситуацию» — пусть она уйдет. Помните, что эти люди уже наказаны тем, что живут в нашем мире с такой сущностью. А когда человек совершенно другой, когда сам переживает за свой проступок или неверное действие, не спит ночами, кается, просит у вас прощения, то, собственно, не простить такого человека — в корне неверно. Он-то в корне неверно, и все осознал, и надеется на исправление, а вы, кроме возмущения собственной гордыни, ничем не можете себя утешить.

*«Сильнее всех побед — прощение»*

*И. Шиллер*



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

## ИСТОРИЯ ГУБНОЙ ПОМАДЫ: ПОЛЬЗА И ВРЕД

Самые сведущие в модных тенденциях французы подсчитали, что женщина за свою жизнь «съедает» от 4 до 6 кг губной помады, а мужчина «съедает» с губ женщины вдвое больше. Давайте попытаемся выяснить, насколько это вредно для организма, и в целом узнаем о пути эволюции губной помады.

Большинство полагает, что этот вид декоративной косметики появился лишь в древнем Египте и был изобретением знаменитой царицы Клеопатры. На самом деле, желание сделать свои губы более яркими возникло еще у первобытных женщин. Уже в пластах ледникового периода археологи находят красные палочки, заостренные характерным конусом. Это была косметика доисторических кокеток. Эдуар Тейлор в знаменитой книге «Первобытная культура» отмечал, что губная помада — вторичный продукт по отношению к краскам первобытного художника. Как только женщины увидели каменных баб и примитивные статуэтки с размалеванными губами, они тут же перенесли художественный опыт на оригинал. Помада изготавливалась следующим образом: полые стебли растений заполняли красящим веществом красного цвета. С незапамятных времен для косметики использовали три вида природных красителей: минералы — киноварь (сульфид ртути) и сурик (оксид железа); биологический краситель кармин и растительные — шафран и хну.

Обнаружив, что минеральные красители очень вредны для кожи, их стали смешивать с животными жирами. При раскопках в одном из древних поселений обнаружили следы краски — смесь жира и красящего вещества, — которая по своему составу приблизительно соответствовала современной губной помаде. Так что великая Клеопатра помады не изобретала. Но именно древние египтяне возвели применение косметики в культ и превратили губную помаду в модный аксессуар, доступный только самым знатным женщинам. Изготовлением его занимались исключительно жрецы. Они использовали животные жиры и различные красящие вещества, например красную охру и кармин. Губы Нефертити пахли ржавчиной, так как в те времена пользовались суриком, растертым с пчелиным воском. Ничего хорошего из этого не получалось. Цвет

был красивый, а вот поцелуй оказывался в буквальном смысле ядовитым. Поэтому царица Хатшепсут (1450 год до н.э.) организовала военный поход в мифическую страну Пунт, где, как считалось, можно было найти изобилие безвредных и ярких красителей. Конечно, речь шла о кармине, который готовился из мелкого насекомого — кошенили. Самые лучшие «червенцы» (так кошениль называли славяне) водились в Араратской долине, и именно оттуда их экспортировали во все страны античной цивилизации. Насекомых вываривали, растирали с козьим жиром и разливали по маленьким горшочкам из глины.

Помада была настолько популярна, что ее помещали в гробницы богатых женщин, чтобы и в загробной жизни дамы могли выглядеть «на все сто». Правда, кроме помады, египтяне дали миру еще одно заблуждение, с ней связанное. Большинство рекламных кампаний использует образ древней египтянки с чувственно-пухлым, ярко окрашенным ртом. На самом деле помада в Древнем Египте использовалась не для визуального увеличения размеров губ, а, наоборот, — для того, чтобы полоски губ выглядели тоньше. Кстати, подобная тенденция наблюдалась более четырех столетий! Вот почему в моде были темные оттенки. В эпоху античности помада не сдала своих позиций и занимала прочное место на туалетных столиках рядом с румянами, белилами, краской для бровей и ресниц. Самыми модными оттенками считались коричневый и темно-вишневый.

В средние века в Европе губная помада была объявлена церковью вне закона, дьявольской и колдовской. Разумеется, от косметики смогли отказаться не все, за что и были преданы огню. Рискуюя собственной жизнью и жизнью возлюбленных, крестоносцы привозили своим возлюбленным губную помаду с Ближнего Востока. Началась настоящая война с косметикой, в которой принимали участие и отцы церкви, и медики. Святой Иероним утверждал, что окрашенную особу Христос не узнает в день Страшного суда и сойдет в ад. В XIV веке специальная папская булла открыла христианскому миру тот факт, что применение косметики искажает в женщине образ Марии, Царицы Небесной. Прекрасная половина христианского мира

тут же отреагировала на запрет чисто женской уловкой: кармин стали разводить свинцовыми белилами, чтобы добиться «естественного» розового цвета. О том, сколько человек пало жертвами отравления солями свинца, история умалчивает.

Первый настоящий бум декоративная косметика пережила в эпоху Возрождения, которая ознаменовалась культом красоты. Украшение лица в те времена, с современной точки зрения, порой переходило всякие разумные границы: на абсолютно белом фоне — «по-египетски» тонкие, ярко накрашенные губы (как на портретах английской королевы Елизаветы I).

При такой моде скрывать недостатки было совсем несложно. Обманутые чудесным действием косметики мужчины потребовали законодательной защиты своих прав. И в конце XVII века английский парламент вынес вердикт, который гласил: «Если после свадьбы новоиспеченный супруг заметит, что жена его не так хороша, как в период сватовства (поскольку тогда она пользовалась косметикой), он имеет право развестись, даже не давая плутовке шанса исправиться».

Во Франции при Людовике XVI помадой пользовались исключительно представители сильного пола — чтобы губы выделялись на фоне бороды и усов. Женщины к этому виду косметики были допущены только в XIX веке! Причем долгое время считалось, что помадой (да и румянами) пользоваться могут только актрисы — представительницы не слишком «приличной» профессии. Для порядочных женщин это считалось недопустимым, поэтому им оставалось только кусать себе губы, чтобы они казались пухлыми, и щипать щеки, для улучшения циркуляции крови.

И опять французы позаботились о вкусе поцелуя — в 1882 году была создана так называемая виноградная помада, в состав которой входили свежее молоко, пчелиный воск, корни и зерна черного винограда. До полного триумфа оставался лишь один шаг, который был сделан во время демонстрации губной помады на Всемирной выставке в Амстердаме в 1903 году. Косметическую новинку, сделанную на основе оленьего жира, дамы оценили по достоинству и уже ни за что не желали от нее отказываться. Тогда губная помада фасовалась в круглые или квадратные баночки по 4–5 грамм, а наносили ее с помощью кисточки, а то и просто пальцем.

Огромную роль в популяризации помады сыграл кинематограф. «Великий немой» открыл миру моду на белое лицо с огромными горящими глазами и не то что подкрашенным, а прямо-таки нарисованным ртом цвета самого спелого винограда. Грета Грабо, Марлен Дитрих, Джоан Кроуфорд — звезды черно-белого кино — стали законодательницами «модных губ», миллионы женщин во всем мире старались походить на них. Сара Бернар называла помаду «*stylod'Amore*» («Палочка любви»). В то время была создана целая галерея стиля нанесения помады на губы. Их авторами были художники-гримеры Голливуда во главе с Максом Фактором. За каждым из стилей — особый характер, свое настроение. Помаду для кинематографа начали производить на основе германских синтетических красителей.

Бедная кошениль, которую к тому времени научились разводить в Мексике на плантациях агавы, наконец, смогла вздохнуть спокойно. Вместо жучков из кактуса

стали добывать текилу, а эволюция помады совершила еще один рывок, прямо в дамские сумочки. В 1915 году в США был запатентован тюбик с выдвижным цилиндриком. В 30-е годы фабриканты поняли, что помада — лакомый кусок. Именно тогда появилась реклама продукции «*Elizabeth Arden*», в которой говорилось, что накрашенные губы — это лишний плюс при получении работы. В 1947 году, после войны и всех ее лишений, Париж переживает настоящий косметический бум. Отныне уже большинство женщин постоянно носит в своих сумочках маленький заветный тюбик. Парфюмерная промышленность очень быстро смогла предложить модницам на выбор помаду всех цветов и оттенков — от перламутрово-белого до вамп-красного.

А вот советским женщинам эпохи построения социализма не слишком повезло с выбором помад. Отечественная промышленность в 60-е годы предлагала всего 5 оттенков, каждый из которых имел номер.

Семидесятые годы подарили женщинам блеск для губ. Восьмидесятые объявили помаду «оружием мужчины для закрепощения женщин», так же как и бюстгальтер. Производители нашли симметричный ответ — появилась реклама фирмы *Yardley*, на которой изображены тюбики помады в ленте для патронов и слоган: «Помада — это женское оружие».

Между прочим, престижная продукция люксовых марок отличается от более доступной (не имеются в виду дешевые подделки) именно упаковкой, на которую приходится 60% цены. Кроме того, помада, в основе которой, как и много тысячелетий назад, лежит животный жир, обладает защитными свойствами и предотвращает рак губ. Новые современные добавки — алоэ вера, витамины А и Е — делают ее еще более полезной с косметической точки зрения. Современная губная помада содержит касторовое масло, масло какао, жожоба, пчелиный воск, петролатум, ланолин, витамин Е, алоэ-вера, аминокислоты, коллаген, УФ-фильтры, различные пигменты для цвета.

И не всегда используют красители. Для ухода за губами используют гигиеническую помаду. В любом возрасте и людям любого пола необходимо заботиться о своих губах. Природа обделила губы железами секреции и меланином, защищающим от солнца. Имея довольно тонкую кожу, они достаточно уязвимы к влиянию внешних факторов, поэтому быстро теряют природную защиту и красоту. Дабы предотвратить старение, шелушение и некоторые болезни, нужно вовремя позаботиться о губах. Вернуть им былую красоту и здоровье может гигиеническая губная помада. Важно лишь правильно ее подобрать и регулярно ею пользоваться.

Промышленное производство этого косметического продукта началось в США в конце 19 в. Доктор Чарльз Брауни создает и выпускает первую гигиеническую помаду, даря ей имя *ChapStick*. Это творение напоминало свечу, завернутую в фольгу. К сожалению, этот опыт создания помады не увенчался успехом. И только последователям доктора удалось к середине 20 в. усовершенствовать это косметическое средство и уже выпускать его в виде твердого цилиндрика.

Гигиеническая губная помада — это не только предмет декоративной косметики, но и главный помощник в защите и уходе за губами.



Гигиеническая помада способствует:

- заживлению кожного покрова;
- защите от вирусных инфекций;
- регенерации клеток;
- избавлению от дискомфорта и неприятных ощущений.

Гигиеническая помада, состоящая из воска и питательных, витаминных, увлажняющих, фильтрующих солнечное облучение добавок, облегчает страдание обветренных, потресканных, раздраженных губ. Летом губы пересыхают и поддаются влиянию солнечного облучения, поэтому гигиеническая помада с солнцезащитным эффектом в эту пору — лучший выбор.

Осенью все готовятся к предстоящим холодам. Поэтому до первых морозов нужно вовремя подпитать губы и восполнить оптимальный водный и жировой баланс.

В зимнее время рекомендуется выбирать средства маслоподобной консистенции с добавлением масла ши, авокадо, какао-масла, ланолина, ретинола, которые смягчат губы и сделают кожу эластичной и гладкой. Полезными зимой остаются средства с солнцезащитными свойствами. Следует помнить, что увлажняющие гигиенические помады в это время года могут нанести вред, поскольку нарушают целостность липидной пленки, защищающей кожу от холода.

Весной организм может страдать от нехватки витаминов, теряя свои защитные функции. Губы становятся

уязвимыми к различным инфекциям. Главное требование к весенней помаде — витаминные и заживляющие компоненты (витамины А, Е, С, календула, ромашка, облепиха).

Обратите внимание на состав губной помады.

Ингредиенты, которых стоит избегать:

- Силиконовое масло. Этот ингредиент позволяет средству продолжить срок хранения и стойкость красящего пигмента. В свою очередь, масло, покрывая кожу губ своеобразным плотным слоем, не дает возможности им подпитаться полезными добавками.
- Салициловая кислота. Способствует шелушению кожи губ.
- Камфора, фенол, ментол. Даря губам ощущение свежести, разглаженности, обаятельной припухлости, такие ингредиенты могут способствовать пересыханию кожи.
- Парфюмерные добавки обычно имеют алкогольный компонент, который обезвоживает и обезжиривает ваши губы.

Вазелин и минеральное масло в основе помады приводят к забиванию пор, поэтому отдавайте предпочтение средствам на основе натурального воска. К примеру, пчелиный воск предотвратит обезвоживание кожи, создаст защитный барьер, подарит упругость и эластичность губам.

Пользуйтесь гигиенической губной помадой регулярно — и ваши губы будут сиять здоровьем и красотой! ☺

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

**Мамаева М. А.,**

кандидат медицинских наук,  
директор Издательского Дома СТЕЛЛА,  
Руководитель Общества специалистов «Международное  
медицинское сотрудничество», Санкт-Петербург, Россия

## КУДА ИСЧЕЗЛИ МЕРОПРИЯТИЯ «МЕДИЦИНА И МУЗЫКА»?

Многие врачи обращаются к нам в редакцию с вопросами, куда исчезли наши мероприятия под общим названием «Медицина и музыка», которые регулярно проводились в течение нескольких лет в Доме графов братьев Виельгорских в исторической квартире в центре Санкт-Петербурга на Итальянской улице. Эти мероприятия, необычные и по своему формату, и по той чудесной, душевной атмосфере, в которой они проходили, настолько полюбились медицинскому сообществу, что небольшой уютный концертный зал в вышеупомянутой графской квартире с дворцовыми интерьерами был всегда переполнен. Врачи самых разных специальностей приходили в это незабываемое место усталые после работы, но с большим удовольствием слушали и лектора (1 часть мероприятия), и прекрасный концерт классической музыки, который традиционно вел блистательный конференсье, искусствовед, композитор и певец Владимир Несторович Гурков. Лица врачей на глазах преображались, светлели, на них проявлялись радость и воодушевление... Музыка творит с людьми настоящие чудеса. Мы станем добрее и чище, вслушиваясь в произведения Баха и Бетховена, Листа и Шуберта...

«Роль салонов в русском быту возрастает от середины XVIII к середине XIX веков... Салоны были самые разные. Этот пласт культуры глубинно и перманентно влиял на искусство XIX века. В салонах России шлифовалось искусство поэта, художника, композитора, драматурга, журналиста, исполнителя. Но особое место в культурной жизни России первой половины 19 века занимали художественные салоны, т. е. те из числа наиболее влиятельных гостиных, где искусство выдвигалось на первый план. Их было немного, ведущую роль играла литературная традиция. Салонов собственно музыкальных было еще меньше, но это были известные в Европе гостиные княгини В. Волконской, В. Одоевского, графов Виельгорских, А. Ф. Львова...» — так пишет о салонах как о символе эпохи Е. Н. Соколова, кандидат искусствоведения, доцент кафедры художественного образования и музейной педагогики РГПУ им. А. И. Герцена, СПб (см. «Пятиминутка» № 4–2011 г.)

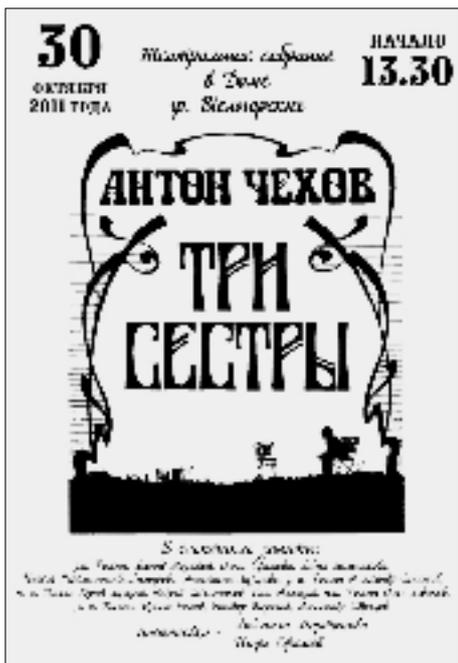
Неудивительно, что когда наступила некоторая пауза в череде музыкально-научных мероприятий из цикла

«Медицина и музыка», сообщество врачей обеспокоилось их отсутствием. И мы решили разъяснить ситуацию нашим коллегам.

Дело в том, что идея мероприятий «Медицина и музыка» возникла не на пустом месте, а при посещении одного из музыкальных вечеров в обозначенной исторической квартире Виельгорских. Это были замечательные музыкальные вечера, где в уютном «домашнем» концертном зале выступали самые лучшие артисты, певцы и музыканты Санкт-Петербурга и Москвы, где звучала лучшая классическая музыка всех времен. Эти вечера организовывали современные хозяева исторической квартиры Тамара Васильева и Игорь Гребнев, которые эту квартиру выкупили в виде обычной «коммуналки» в весьма плачевном состоянии, отреставрировали на свои личные средства и вернули ей первоначальный облик (по историческим фотографиям и эскизам).

У графов Виельгорских не осталось прямых потомков, но Т. Васильева и И. Гребнев возродили память о знаменитом некогда роде российских дворян, которые очень много сделали не только на ниве служения Отечеству, но и внесли немалый вклад в развитие культурных традиций нашего города. Ведь именно в Доме графов братьев Михаила и Матвея Виельгорских собиралось элитное общество Северной Столицы, и именно в этом литературно-музыкальном салоне бывали Пушкин и Жуковский, Гоголь и Лермонтов, здесь выступали с концертами Глинка и Ф. Лист...

Друзья и коллеги современных хозяев квартиры в шутку называли «графом и графиней Виельгорскими» и удивлялись всегда, когда узнавали, что ни Тамара, ни Игорь не имеют родственных связей с известной дворянской фамилией. Справедливости ради, стоит учесть заслуги этих людей в деле возрождения не только традиций высочайшей графской семьи, но и исторически сложившихся культурных традиций нашего города. Ведь литературно-музыкальный салон на Итальянской улице — единственный в своем роде возрожденный исторический салон на своем историческом месте. Вероятно, поэтому в этом зале такая необыкновенная атмосфера. Как говорится, «намоленное место», несущее в себе благодать...



Да и дух семьи Виельгорских, очевидно, там присутствует до сих пор!

Впервые музыка в этом доме зазвучала еще около 200 лет назад. Сами графы Виельгорские были прекрасными музыкантами, но впоследствии произошло много исторических событий, которые отразились не лучшим образом не только на судьбе дворянской династии, но и на графской квартире. События, прямо скажем, почти мистического плана, учитывая, что люди, которые после многих десятилетий забвения возродили историю семьи Виельгорских и одну из петербургских культурных традиций — традицию литературно-музыкальных салонов, в итоге оказались на улице...

Почти 15 лет Тамара Васильева и Игорь Гребнев гостеприимно открывали двери своей музыкальной гостиной, где прижились и наши мероприятия «Медицина и музыка», и где впоследствии еще ставились уникальные спектакли «Классического театра» известного санкт-петербургского режиссера Людмилы Мартыновой. Сюда частенько навдывалось телевидение за интересными сюжетами для культурных программ, журналисты из газет и интернет-изданий. Ничто не предвещало беды...

Однако возрожденный салон-квартира, как выяснилось, давно привлекал внимание не только людей, тянущихся к высокому искусству. Как теперь уже очевидно, в результате ловко спланированной мошеннической операции квартира странным образом была отобрана у хозяев, отобрана по решению суда (!), и хозяева — в общем-то, пенсионеры, вся жизнь которых заключалась в этих музыкальных мероприятиях, оказались без жилья (выплатив многолет-

ний кредит за эту квартиру) в городе, для возрождения культурных традиций которого они столько сделали, причем, сделали за свой собственный счет, без какой-либо поддержки государственных структур. Их выселяли на улицу вместе с маленькими внуками, которые в данной квартире проживали и тоже приобщались к музыке...

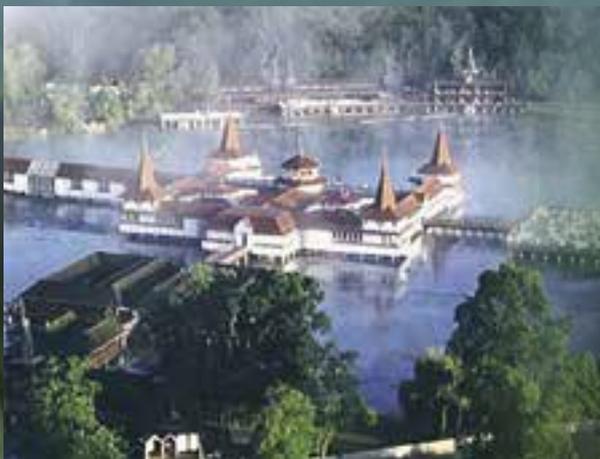
Все люди, которые бывали в Доме Виельгорских и были в курсе этой дикой истории, как могли, приняли участие в судьбе хозяев исторической квартиры и включались в борьбу за торжество справедливости, собирали подписи под обращениями в Комитет и Министерство культуры, а затем и в следственные органы. Сами Т.Васильева и И.Гребнев неустанно ходят по кабинетам чиновников, следователей, проку-

ров и судей, пытаясь доказать очевидное, что налицо мошенничество! Однако идет время, а следствие стоит на месте по непонятным причинам... И все прекрасно понимают, что тем, кто присвоил таким непорядочным способом графскую квартиру с музыкальной гостиной, не нужны ни сама гостиная, ни история семьи Виельгорских, ни, тем более, культурные традиции Северной Столицы. Неизвестно, какие у них заслуги, и почему следственные органы так лояльно относятся к этим людям, но в то же самое время изгнанные ими из собственной квартиры прежние хозяева, которые за свое подвижничество не получили от государства ни орденов, ни медалей, скитаются теперь по съемным квартирам и летним дачам, все еще надеясь на справедливость в ожидании очередных судов...

А графская квартира на Итальянской, 6 «замолчала» — больше не звучит там чудесная музыка Ференца Листа, 200-летие которого отмечалось именно в этом зале в 2011 году в память об одном из петербургских концертов великого венгерского композитора, не звучит музыка Бетховена, Шуберта, Моцарта, великого Глинки, также исполнявшего свои произведения когда-то в этих стенах, не звучит и музыка одного из братьев Виельгорских, которая звучала только в этом месте и больше нигде! И что-то зловещее ощущается в этом «молчании» исторической квартиры. Как известно, затишье бывает перед бурей. Интересно, как спится по ночам тем, кто чувствует себя сейчас «победителем» в этой ситуации? Дух семьи Виельгорских не исчез из этой квартиры даже после превращения ее на долгие годы в «коммуналку». Думается, и сейчас не исчезнет. Остается надеяться на Божий промысел...







**О КУРОРТАХ ВЕНГРИИ  
ЧИТАЙТЕ НА СТР. 20**