

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Пятиминутка

№ 5 (40) 2016

**Программа обследования,
лечения и оздоровления часто
болеющих детей**

**Санаторно-курортное лечение
в Венгрии: Тапольца, Хевиз,
Шопрон, Бюкфюрдо**

**Принцы и принцессы
Ольденбургские:
благотворители и просветители
России (продолжение)**

**Анализ деятельности центров
здоровья для детей Российской
Федерации (продолжение)**

**Авторская методика массажа
с пропитками фитобальзамами**

**Шумы как вредный
экологический фактор**

**Клинико-экспертные аспекты
определения инвалидности**

Введение в сексологию



ISSN 2071-0712



9 772071 071005 1 6005 >

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

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Пятиминутка

№ 5 (40) 2016

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.

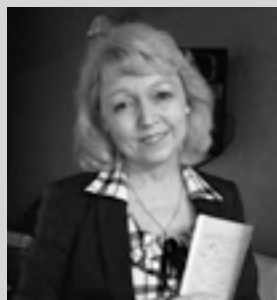
Адрес для писем: 197373, Санкт-Петербург, ул. Планерная, 47, корпус 5, кв. 135. Тел./факс (812) 307-32-78.
E-mail: stella-mm@yandex.ru

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: 16.01.2017
Тираж: 10 000 экз. Заказ № 721
© Издательский Дом СТЕЛЛА, 2017

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



Уважаемые коллеги!

В этом выпуске журнала мы продолжаем знакомить вас с возможностями санаторно-курортного лечения в Венгрии, продолжаем обсуждение темы Центров здоровья в РФ, а также публикации, посвященные истории медицины, медицинской реабилитации, актуальным проблемам педиатрии, экологии, организации здравоохранения и т. д.

Мы открываем и новые рубрики, которые непременно вас заинтересуют, поскольку, на самом деле, мало журналов, которые на подобные рубрики решаются. Речь идет о сексологии и медицинской экспертизе. Да и не так много в этих областях компетентных авторов, которые смогли бы профессионально донести важную информацию до своих коллег.

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:

Коваль Елена Николаевна —

врач терапевт, реабилитолог, автор уникальной методики массажа с пропитками фитобальзамами. Интервью с Е. Н. Коваль читайте на стр. 36.

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:

- Аллергия и дисбактериоз
- Санаторно-курортное лечение
- Метод нейросинхронизации
- Фелинотерапия
- Минеральные воды Чехии и Сербии
- Скандинавская ходьба

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	Форма № ПД-4			
	ООО «Издательский дом СТЕЛЛА»			
	(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	Форма № ПД-4			
	ООО «Издательский дом СТЕЛЛА»			
	(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 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 (продолжение)

[4–13]

Педиатрия. Мамаева М. А.

Программа обследования, лечения и оздоровления часто болеющих детей

[14–17]

Событие.

Конференция с международным участием
«Актуальные вопросы медицинской реабилитации и адаптивной физической культуры»

[18–19]

Санаторно-курортное лечение. Мамаева М. А.

Санаторно-курортное лечение в Венгрии:
Хевиз, Бюкфюрдо, Шопрон

[20–22]

Санаторно-курортное лечение. Др. Лендел Ласло
Спелеотерапия Венгрии: курорт Тапольца

[23–25]

Организация здравоохранения.

В. И. Бондарь, Г. А. Малькова, А. А. Модестов
Анализ деятельности центров здоровья для детей Российской Федерации (по итогам 2013 г.) (продолжение)

[26–31]

Реабилитация.

Минеральные воды в гастроэнтерологии

[32–35]

Альтернативная медицина. Коваль Е. Н.

Каждый пациент выбирает целителя, которого он достоин...

[36–37]

Новые технологии в медицине

Лечение длительно не заживающих ран и трофических язв с применением салфеток «Колетекс»

[38–41]

Медицинская экспертиза. В. Г. Помников, Л. А. Крицкая

Клинико-экспертные аспекты определения инвалидности при эпилепсии

[42–44]

Альтернативная медицина. Сазонова И. М.

Возможности применения гомеопатического меридианального комплекса в лечении сахарного диабета

[45]

Сексология. Др. Юст-Лурина Н.

Введение в сексологию

[46–48]

Актуальная проблема.

Петрова Н. Г., Мамаева М. А., Чайка З. А.

Синдром выгорания медицинских работников: причины и способы коррекции

[49–53]

Повторение пройденного. Скочкова Наталья

Биофизические свойства нервной системы пиявок

[54–56]

Народная медицина.

Калмыцкий чай — напиток кочевников

[57]

Непознанное. Ю. В. Кретов

У меня есть вопросы к науке...

[58–59]

Народная медицина.

Фиточай

[60]



От Редакции: Начало статьи см. «Пятиминутка» № 4–2016 г.



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 (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Итак, следующий наследник рода, а значит и обязанностей продолжения всех начинаний на ниве благотворительности, меценатства и попечения его предков — принц Александр Петрович Ольденбургский, родился 21 мая 1844 г. (как уже отмечалось, все даты приводятся по старому стилю). С рождения он был зачислен прапорщиком в лейб-гвардии Преображенский полк, службу в котором начал с 20-летнего возраста. С детства его готовили к военной службе, но получил и разностороннее гуманитарное образование, мемуаристы единодушно отмечали его начитанность и энциклопедичность знаний, к его услугам была обширнейшая библиотека дворца, значительно пополненная и при его жизни. С 1870 г. — командир полка, с 1876 — командир I бригады I гвардейской дивизии, с которой достойно участвовал в кампании 1877–1878 гг., лично принял участие в ряде крупных сражений, стратегически важных переходах, был неоднократно награжден, в том числе, орденом Св. Георгия IV степени и золотым оружием. Служивший под его началом в 1877–1879 гг. Н. А. Епанчин отмечал: «Принц А. П. Ольденбургский в течение всего похода вел себя по-спартански: он не имел экипажа, всегда был верхом, не имел повара и прочих удобств жизни. Питался при одном из полков наравне с офицерами». С 1880 г. принц командует I гвардейской дивизией, а затем гвардейским корпусом, т. е. всей Императорской гвардией. С 1896 г. — член Государственного совета. Имел чин генерала от инфантерии и звание генерал-адъютанта. На упоминавшейся картине Репина «Торжественное заседание Государственного совета в день его столетнего юбилея» Александр Петрович изображен в дальнем ряду (Рис. 2).

Как принявший на себя обязанности главы рода, состоял попечителем основанных отцом

Императорского училища правоведения, приюта принца Петра Георгиевича Ольденбургского, а также дома призрения для душевнобольных, учрежденного в память императора Александра III, Свято-Троицкой общины сестер милосердия и покровительствовал обществу помощи нуждающимся ученицам женского училища принцессы Терезии Ольденбургской.

Продолжил традицию семьи по совершенствованию медицинской службы страны, но если до него речь шла об открытии новых учреждений и щедром их финансировании с привлечением средств благотворителей через соответствующие общества, то Александр Петрович, прежде всего, озаботился повышением уровня научных медико-биологических исследований.

Ему обязан своим существованием появившийся на основе лаборатории для лечения водобоязни (бешенства) посредством пастеровских прививок, организованной в 1886 г. при ветеринарном лазарете конного полка на средства принца, Императорский институт экспериментальной медицины (поныне учреждение носит имя его основателя — принца А. П. Ольденбургского). Последним был открыт в 1890 г. на Аптекарском острове и не имел аналогов не только в России, но и в мире, т. к. взятый им за основу Парижский Пастеровский институт ориентирован был на гораздо меньший спектр проблем.

По уставу, руководство институтом осуществлял попечитель, а непосредственное руководство — директор, эта должность Александром Петровичем была первоначально предложена И. И. Мечникову (1845–1916), а затем И. П. Павлову (1849–1936). Именно в лабораториях этого института академиком И. П. Павловым были проведены серии блестящих экспериментов,



Рис. 1. К. А. Пауховс
(1835–1915)

принесших ему всемирное признание и Нобелевскую премию 1904 г. В составе учреждения были 7 отделов: физиологии, биохимии, общей микробиологии, патологической анатомии, эпизоотологии, сифилидологии и пастеровских прививок от бешенства. Институту было разрешено открывать свои отделы по России для изучения и применения новых методов лечения заразных болезней, что в то время было жизненно важной проблемой. В лабораториях допускалась работа посторонних врачей-исследователей, коллективно решались сложные научно-прикладные и научные проблемы. На русском и французском языках институтом выпускался журнал «Архив биологических наук» с периодичностью в 2–3 месяца, значение чего сложно переоценить. Здесь работал выдающийся академик Л. А. Орбели. На протяжении всего XX века институт остается одним из ведущих учреждений в своей отрасли в Европе. В 1994 г. на здании была установлена мемориальная доска: «Институт экспериментальной медицины. Основан принцем Александром Петровичем Ольденбургским в 1890 г.»

В связи с 50-летием военно-служебной деятельности в 1914 г. принцу Александру Петровичу Ольденбургскому Именным Высочайшим указом правительствующему сенату был пожалован титул «Императорского Высочества». В опубликованном 28 мая 1914 г. в «Русских ведомостях» Именном Высочайшем указе так и отмечено, что «... во внимание к его разносторонней деятельности, имеющей общегосударственное значение, и высоко просвещенным неустанным трудам его на пользу России, мы признали за благо пожаловать ему титул Императорского Высочества». Здесь отмечен масштаб деятельности очередного представителя дома Ольденбургов, удостоиваемого высочайшего титула.

Среди его деяний, в которые были вложены весьма большие личные средства, следует особо отметить и Гагринский климатический курорт. В 1900 г., есть мнение, что в связи с заметно пошатнувшимся здоровьем супруги, принц загорелся создать курорт на тогда еще пустовавших землях между Сочи и Сухуми, благоустроенный, но более дешевый и доступный, чем роскошные дорогие курорты Крыма. Он заинтересовал этим проектом Николая II, который и поручил ему создание Гагринской климатической станции. Принц лично руководил строительными, дорожными и мелиоративными работами в собственной его роду манере, вникая во все тонкости, добиваясь возможного на то время высокого профессионального уровня решения всех проблем. Курорт был торжественно открыт в 1903 г. и просуществовал вплоть до распада СССР — почти 90 лет, оставаясь одним из лучших климатических курортов на Черноморском побережье.

Уже 70-ти лет, вскоре после начала I мировой войны Высочайшим приказом от 3 сентября 1914 г. принц назначается на впервые учрежденную должность — Верховного на-



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

чальника санитарной и эксплуатационной части русской армии, ему поручается и шефство над обществом Красного Креста. В его ведении находились вся военно-медицинская служба Российской армии, военные полевые и тыловые госпитали, медицинские и обслуживающие кадры, склады медицинского инвентаря и медикаментов, санитарные поезда, в обязанности входило кадровое обеспечение, снабжение госпиталей лекарствами, оборудованием и инструментами, продуктами, не без его участия распространение получали передовые методы организации фронтовых лазаретов, в том числе

и опыт, лично ему знакомого, Н. Н. Бурденко (1876–1946), чьи лазареты признавались лучшими на фронте по организации работы и оказанию помощи раненым. Он отвечал за четкость и отлаженность взаимодействия всех звеньев военно-медицинской службы Российской армии по возвращению в строй раненых, сохранению жизней, и успехи его на данном поприще несомненны. Отвечал он и за предупреждение эпидемий, эвакуацию тяжело раненых в тыловые госпитали. Историки и мемуаристы единодушно отмечают хорошую организацию военно-медицинской службы Российской армии во время I мировой войны, что объяснялось и объясняло его высокий авторитет как в армейских верхах, так и среди простых солдат и офицеров, как профессионала, в деле организации медицинских учреждений, знакомого как с отечественным, так и с зарубежным опытом, человека высокой профессиональной чести, здорового, творческого практического ума, для чего не достаточно только аристократической крови и кровной связи с императорским домом, хотя и это, как административный ресурс, имеющий значение во все времена, недооценивать нельзя, но без заслуживающих уважения личных качеств, этого явно недостаточно для того авторитета, каким обладал принц Александр.

В браке Александр Петрович повторил деда Георга, взяв в жены представительницу дома Романовых Евгению Максимилиановну Лейхтенбергскую (1845–1925, рис. 12) (старшую сестру мужа его сестры — Терезии, см. «Пятиминутка» № 4–2016 г.) — дочь Максимилиана Богарне, герцога Лейхтенбергского (1819–1852, Эжен Жозеф Огюст



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

Наполеон, из Баварии, — внук императрицы Марии-Франсуазы-Жозефины (1763–1814), младший сын ее сына от первого брака, усыновленного Наполеоном. Сын того самого Евгения (Эжена) Богарне, маршала, активного участника Наполеоновских кампаний, которому, по преданию [4], при захвате Звенигородского Саввино-Сторожевского монастыря на камне, во сне привиделся старец в скромном монашеском одеянии, обещавший ему, что он останется в живых, и что Россия станет второй родиной для его потомков, если его войска оставят монастырь не оскверненным. Когда поутру Евгений Богарне в соборе монастыря увидел на иконе старца из своего сна, выяснилось, что привиделся ему основатель и покровитель



витель монастыря святой Савва Сторожевский. Богарне без объяснений отвел войска от монастыря, не предав его осквернению и разграблению. Все и случилось по предсказанию вещего сна, и прошел Евгений всю военную кампанию, и стала Россия второй родиной для его потомков. Мать Евгении — Великая княгиня Мария Николаевна (1819–1876), дочь Николая I. Максимилиан Богарне переехал в Россию в 1837 г., связав свою жизнь с нашей страной. В 1839 г. императором ему был пожалован титул Императорского Высочества, позже потомкам герцога был дарован княжеский титул и фамилия Романовских. Таким образом, полностью титул Евгении Максимилиановны, супруги Александра Петровича, звучал — Ея Императорское высочество принцесса Ольденбургская, урожденная княгиня Романовская, герцогиня Лейхтенбергская, принцесса Богарне. Соответственно, по линии Богарне, она — правнучка супруги Наполеона Жозефины, прославленной, прежде всего, помимо ее безграничного женского обаяния, как женщина большого ума и мудрости. В детстве воспитанием Евгении и ее старшей сестры Марии занималась Елизавета Андреевна Толстая, двоюродная тетушка Льва Николаевича. Зимой 1857 г. в Женеве Лев Николаевич общался с 12-летней Евгенией. Его впечатление осталось запечатленным в одном из писем: «...Впечатление, оставшееся у меня от Евгении Максимилиановны, такое хорошее, милое, простое и человеческое, и все, что я слышал и слышу о ней, все так подтверждает это впечатление...». Суровый и требовательный в вопросах воспитания, Лев Николаевич не отмечал изъянов в воспитании и качествах Евгении-подростка, и далее то, что связывалось с ее именем, и деяния ее — не вызвали его отторжения.

В 1879 г., спустя несколько лет после бракосочетания, дядей, Александром II, Евгении Максимилиановне и было подарено отошедшее незадолго до этого к дворцовому приказу имение Рамонь в Воронежской губернии с землями и расположенным в нем сахарным заводом. К чести основателей имения промышленников Тулиновых, еще ими было налажено крепкое промышленное хозяйство, была завезена новая для тех мест и для страны сахарная свекла и построен сахарный завод, дававший 40 тыс. рублей чистого дохода в год. Тулиновы происходили из петровских крепостных мастеровых, прошедших благодаря крепкой хозяйской хватке и сметливости до купцов I гильдии, крупных промышленников, владельцев суконных заводов, поставщиков государственной казне сукна отменного качества для Российской армии и флота. Как крупные производители и поставщики казны, они состояли на особом счету и пользовались большими привилегиями. В 1835 г. за особые заслуги перед Отечеством они были зачислены в 6-ю часть родословной книги российского дворянства с утверждением фамильного герба. Но сметливая предпринимательская натура оставалась свойственной этому дворянскому роду, свидетельством чему и является их имение Рамонь с расположенным рядом с хозяйским домом свечным заводом и складскими помещениями при нем (сохранились) и продуманно налаженным одним из первых в России сахарным производством. Для рамонцев, помимо того что они были работодателями, они еще и были меценатами, возведшими в Рамони храм, часовню, основавшими расширенные новыми владельцами школу и лечебницу.

Весь большой и дружный дом Ольденбургских отправился с берегов Невы в далекое благоприобретенное имение, где после знакомства были обсуждены и спланированы дальнейшие действия по преобразованиям. И работы начались не с дворца, как то можно было бы предположить, а со строительства новых корпусов сахарного завода и налаживания на нем производства по последнему слову техники в отрасли. И только с 1883 г. было начато строительство рамонского дворца Ольденбургских.

За годы владения Ольденбургскими, прежде всего, просвещенными трудами Евгении Максимилиановны (Александр Петрович, ввиду большой занятости на военной и государственной службе, не мог уделять сколь-нибудь значимого внимания имению), там было развито образцовое сельскохозяйственно-производственное хозяйство. Ею было расширено и модернизировано, механизировано производство сахара, в развитие которого было налажено производство конфет и шоколада, получивших признание (многочисленные награды, в том числе золотого достоинства и гран при) не только в нашей стране, но и в Европе, куда направлялась продукция. Склады готовой продукции и филиал производства находились в Петербурге (за Нарвской заставой на Петровском шоссе) и — главный склад — в Москве. Было налажено и выведено на образцовый уровень производство сырья — сахарной свеклы, отходы которой по канатной дороге направлялись с сахарного завода в откормочные цеха на 1000 голов. Опытные свекловодческие поля, дополненные прикупленными у окружающих землевладельцев землями, и после революции оставались в распоряжении научных и образовательных сельскохозяйственных заведений. Расширение производства потребовало дополнительного подвоза сырья и угля, для чего и для вывоза готовой продукции была построена железная дорога и узкоколейка к заводу. Во всех работах, помимо приглашаемых специалистов, было задействовано, прежде всего, местное население, привлекались сезонные рабочие, для которых при заводе было выстроено общежитие, ведь, к началу XX века только сахара производилось 150 тыс. пудов в год, до 400 наименований конфет и шоколада, названия которым, практически всем, были придуманы Евгенией Максимилиановной. Для рабочих и инженеров были организованы столовые, которые ежедневно посещались принцессой на предмет вкуса пищи и соблюдения санитарных требований. Давались ссуды для строительства жилья. Спросом, даже у императорского двора, пользовалась и продукция ковровой мастерской: Евгенией было завезено стадо верблюдов из Средней Азии, рисунки для ковров разрабатывались и ею. Неизменным объектом пристального ее внимания были существенно расширенные и поднятые на более высокий уровень деятельности начальная школа и лечебница. Последнюю возглавил ученик И. П. Павлова доктор Павел Павлович Хижин (1852–1909), при ней было открыто (1890) «заразное» отделение для больных сифилисом, настоятельная потребность в специальном лечении которых выяснилась при деятельном участии доктора Э. Ф. Шперка.

В период 1883 по 1887 г. был возведен трехэтажный дворец в романтическом староанглийском стиле Тюдоров (рис. 3, архитектор не известен, но много общего внешне, а особенно вестибюль, с охотничьим замком князей Щербатовых в селе Васильевское, приобретших имение после



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

того, как двоюродный брат Александра Ивановича Герцена (1812–1870 гг., Герцен был незаконнорожденный, и фамилия была придумана ему отцом Иваном Алексеевичем Яковлевым), прокутил имение его отца, предки которого владели им с середины XVIII века. Саша в детстве и юности, пока его не «разбудили» декабристы, проводил там лучшие дни своей жизни, о чем ностальгически вспоминал в эмиграции. Замок Щербатовых был возведен архитектором Петром Самойловичем Бойцовым в верховьях Москва-реки под Звенигородом всего двумя годами ранее Рамонского дворца. С Советских времен и поныне — это санаторий «Герцено» Главного медицинского управления делами Президента. Архитектором этим были возведены такие усадьбы, как Муромцево и Подушкино. Т.к. Бойцов был самоучкой, начинал как мебельщик и дизайнер интерьеров и не имел лицензии, его проекты прикрывались фамилиями иных, лицензированных архитекторов. Нет смысла описывать это чудо архитектурного и инженерного искусства. Все было возведено с замечательным вкусом и с точки зрения привязки к местности, и в плане создания удобств для обитателей, и в плане тонко продуманных неожиданностей, как две комнаты, в одной из которых звук голоса постепенно затихает по мере удаления от двери (тем самым нет возможности подслушать что-либо под дверью, или беспокоить тех, кто за дверью, разговором или музицированием), в другой — даже тихая речь слышна повсюду. И всюду — уют домашнего гнезда с личными пространствами для всех членов семьи, рабочими кабинетами, неизменной библиотекой и неизменным вкусом, воспитанным на лучших образцах. Евгения Максимилиановна замечательно рисовала и писала красками. Ряд масштабных панелей, украшавших залы, были выжжены ею по рисункам, составленным А.Д.Аббеллем, о чем имелась надпись на плитке. О вкусе и художественном чутье принцессы говорит и то, что ею, в том числе и как председателем Общества поощрения художеств, поддерживались такие художники, как В.Н.Васнецов, А.Н.Бенуа, высоко ценился Н.К.Рерих, возглавивший одну из созданных ею художественных школ, две его картины (ныне в Воронежской картинной галерее) украшали Рамонский дворец. Обществом под ее руководством организовывались школы по заводским окраинам Петербурга, поддерживались художественные школы, устраивались художественные выставки, конкурсы. Имеются все основания предполагать, что рисунки и картинки для оберток и фантиков рамонских конфет, учитывая их высокий уровень, заказывались ею учащимся художественных школ, помимо того, что и она была автором многих сюжетов. Сю-



Рис. 5. Герб Великого Герцогства Ольденбургского



Рис. 6. Герб российской ветви дома Ольденбургских

жеты для фантиков, оберток и коробок конфет, поражая разнообразием, были обращены к различным возрастам, в том числе и к детям, с назидательным и просветительским содержанием, понуждающим к освоению алфавита, будящих любознательность, воспитывающих вкус.

Ее активная просветительская и благотворительная социальная общественная деятельность продолжалась и в Петербурге: она попечительствовала Комитету сестер милосердия Красного Креста (с 1893 г. — «Община Святой Евгении»), Максимилиановской лечебнице, была председателем Комитета Свято-Троицкой общины сестер милосердия, Императорского минералогического общества.

При «Общине Святой Евгении» имелась собственная типография, откуда началась история открытых писем/почтовых карточек. Всего с момента начала печати почтовых карточек в 1897 по 1917 гг. этой типографией было выпущено более 30 миллионов (!) экземпляров на 7 тысяч сюжетов (!). Так что если придется брать в руки почтовую карточку, новую ли, или из семейных архивов, вспомните благодарно Ея Императорское Высочество принцессу Евгению Максимилиановну Ольденбургскую, урожденную Богарне, по матери принадлежащую к роду Романовых, правнучку той самой Жозефины. Рисунки и картины для открыток и художественных конвертов, помимо того, что и исполнялись ею, заказывались многим известным к тому времени и ставшими известными позже художникам, как И.Е.Репин, А.Н.Бенуа, К.Е.Маковский и др., использовались репродукции картин из собраний Третьяковской галереи, Румянцевского музея, Эрмитажа. Авторами становились и известные и мало известные фотографы, ряд открыток отображали виды Рамони. Открытки не только с милыми и красивыми сюжетами, но и с назидательными, а также и выпускавшиеся сериями, с посвящаемыми тем или иным событиям, праздникам, историческим, красивым и памятным местам, произведениям архитектуры и архитектурным комплексам, городам и весям... — вкладывались в наборы конфет, что было абсолютной новацией. Об этих открытках современники говорили, что у них лишь один недостаток — их жаль отправлять на почту. Типография пережила Октябрьскую революцию и была реорганизована в Комитет популяризации художественных изданий, в ней вышел целый ряд монографий о художниках и путеводителей по Петрограду и окрестностям.

Естественно, не обойден был вниманием принцессы и Воронеж, где она возглавила благотворительное общество, с 1896 г. покровительствовала Задонской ремесленной школе, а при открытии Конь-Колодезной сельскохо-



зяйственной школы (1899), ею была учреждена «Ея Императорского Высочества принцессы Евгении Максимилиановны Ольденбургской» стипендия.

Во время русско-японской войны 1904–1905 гг. принцессой Ольденбургской был возглавлен Порт-Артурский «Комитет по оказанию помощи раненым солдатам и увековечиванию памяти павших». За свою деятельность она была отмечена женским орденом «За беспорочную службу Отечеству на ниве благотворительности и просвещения».

Рамонь, не только дворец и имение, но все хозяйство были доведены до художественного, ландшафтного, сельскохозяйственного и производственного совершенства, которое заслужило отдельных разделов в путеводителях и описаниях достопримечательностей и живописных мест России. «Рамонь — один из прелестнейших уголков, достойных внимания всякого путешественника...» — далее шло описание дворца, дворцового комплекса, видов, открывающихся из окон и с башен дворца на школу, лечебницу, образцовый конный завод. Все это — рукотворно и результат бурной созидательной энергии изящной женщины, принцессы по рождению и по статусу. Супруг, принц Александр Петрович, не имея сколь-нибудь продолжительного досуга в своих военных и государственных делах, появлялся по преимуществу на открытие тех или иных объектов, создаваемых стараниями Евгении Максимилиановны, но он поддерживал ее во всех начинаниях, был ее помощником и опорой. Из его непосредственного наследия — мужская забава: образцовые псарни, где содержалось до 100 породистых собак, было предусмотрено родильное и ветеринарное отделение, неизменными были приезды принца на осенние, ставшие знаменитыми, псовые охоты. Рамонская же стая, представляемая на ежегодных выставках в столице, была одной из лучших в России. Осенней псовой охотой традиционно завершали сезон пребывания в Рамони, после чего отправлялись на зиму в Петербург. Евгения Максимилиановна в сравнительно короткие сроки создала в Рамони истинно семейное гнездо, куда стремились души и домочадцев, и тех, кому посчастливилось гостить в Рамони, включая представителей императорского дома. Так, восхищенные дневниковые записи о своем пребывании в Рамони оставил великий князь Константин Константинович Романов (литератор, публиковавшийся под псевдонимом К.Р. — Константин Романов), посвятивший своей кухне Евгении стихи, присланные им уже из Киева, куда он убыл из Рамони.

Как это все создавалось, развивалось, поддерживалось — свидетельствует описание обычного дня принцессы в Рамони и как нельзя лучше характеризует ее деятельную натуру: «... энергичная, стремительная, властная и деловая, элегантная — в светлой блузке с высоким воротником и в широкой длинной юбке, в кармане которой всегда лежала, позвякивая, связка ключей от кабинетов, она поспевала везде. Утро начиналось с обхода всех цехов и складских помещений сахарного завода, с обязательным ежедневным осмотром столовой для рабочих и инженерно-технического персонала, при этом снималась проба с приготовляемой пищи, требовала, чтобы блюда были вкусными, советовала по составу продуктов. Следила за чистотой во всех помещениях и в садово-парковом хозяйстве, строго спрашивая со всех, в чьи обязанности вменялось ее поддержание. В коляске отправлялась в све-

ключичные поля. Обязателен был визит в школу и в лечебницу, посещалась ее любимая оранжерея. После обеда — работа с бумагами и документами, счетами, беседовала с управляющим и инженерами». Не проходил мимо ее внимания и быт рабочих: посещала семьи и места размещения сезонных рабочих, даже если кто-то хворал — не боясь заразиться. Отмечали ее доступность для простых людей, она всегда живо откликалась на просьбы рабочих и служащих о помощи, но всегда, если не знала человека, наводила о нем справки: честен ли, не ворует ли с завода, — была щедрой и помогала всегда. Нуждающейся семье могла подарить даже корову, что, по тем временам, был поистине царский подарок. Такой запомнили принцессу рамонцы. В 1902 г., когда пожаром было уничтожено все село Рамонь, стараниями Ольденбургских оно быстро отстроилось, Евгенией Максимилиановной выдавались ссуды на строительство под будущую зарплату, на ее собственные средства был построен целый район кирпичных домов под железными крышами для инженеров и мастеровых.

И, в итоге, поджог склада готовой продукции на сахарном заводе в октябре 1905 г. На складе к этому времени скопилось продукции на 2 млн. рублей (!), под которую были взяты кредиты на закупку сырья, угля и прочие нужды. Реки расплавленного сахара и конфет стекали в реку Воронеж.... Случившееся тяжело отразилось на уже подорванном здоровье Евгении Максимилиановны, по воспоминаниям старожилов, у нее случился паралич ног. Принц Александр увез ее на лечение в Гагры. Причины пожара конкретно не были установлены, но слухи о поджоге дошли до наших дней: подозревался управляющий имением немец Кох, поспешно бежавший в Германию, предполагается, что пожар скрыл его финансовые махинации. По другой версии, поджог — следствие революционных событий 1905–1907 гг., тем более, что на заводе существовала подпольная большевистская организация, и были забастовки, потребовавшие привлечения для наведения порядка войск. В эти годы Ольденбургские не приезжали в Рамонь из обоснованных опасений, т.к. крестьяне громили усадьбы и убивали. Что характерно, в Рамони такого не произошло, но возникший огромный долг вырос многократно процентами до такой степени, что даже императорская семья, принявшая живое участие в Евгении и судьбе Рамони, не смогла изыскать увеличившуюся многократно сумму, и завод, и хозяйство имения перешли за долги в Удельное ведомство, а во владении Ольденбургских остался только дворец с парком и дворцовыми службами, но принц Александр Петрович и Евгения Максимилиановна там больше не бывали, передав его сыну с невесткой. Воспользовавшись трагедией шоколадные, конфетные и сахарные «короли» попытались продать решение о закрытии Рамонской фабрики, как мощного конкурента, однако Удельное ведомство решило ее реконструировать, оснастив новым оборудованием, и фабрика проработала до 1911 г., упаковывая продукцию в прежние фантики и упаковки рамонской фабрики. В 1911 г. новые владельцы демонтировали оборудование и перевезли его в Воронеж, где в короткие сроки было возобновлено производство конфет под прежней рамонской маркой. Завод действовал до еще сравнительно недавнего времени, ныне же корпуса его, тихо разрушаясь, лишь напоминают о еще сравнительно недавно достигнутой, благодаря рачительной хозяйке из дома Оль-

денбургов и Богарне, европейского уровня славе его производства. В то время как 11 голов завезенных принцессой Евгенией из Европы оленей, размещенных на выделенном для них участке леса для разведения, а, со временем, и охоты, стали родоначальниками ныне существующего стада оленей Воронежского государственного биосферного заповедника.

Принц Александр был среди тех генералов, которые призывали Николая II (1868–1918) отречься от престола. После отречения принц от своего имени и от имени супруги письменно присягнул Временному правительству — это, пожалуй, единственный случай, когда принц принял активное участие и высказался по злободневным политическим вопросам, до этого, как и его отец, предпочитая держаться в стороне, как от внешней, так и от внутренней политики. С Временным правительством у него не складываются отношения, и вскоре, оставив пост Верховного начальника санитарной эвакуационной части, он продает Временному правительству свой петербургский дворец и выезжает в Финляндию, куда к нему приезжает и Евгения Максимилиановна. В Финляндии принца избирают почетным членом Высшего монархического общества (т.е. речь не шла об отречении от монархического строя). Спустя короткое время супруги перебираются на Атлантическое побережье Франции в Биарриц, где они и окончили свои дни.

У принца Александра Петровича и принцессы Евгении Максимилиановны Ольденбургских был единственный сын и наследник — принц Петр (рис. 13), которому после трагических событий в Рамони с утратой всего с таким глубоко продуманным тщанием созданного хозяйства прошедшегося по живому вплоть до паралича, — была передана родителями Рамонь.

Принц Петр родился 9 ноября 1868 г. в Петербурге, с подросткового возраста он часто бывал Рамони, играл в лапту с местной детворой, с удовольствием предаваясь их радостям. Как то водилось для лиц высокого происхождения — с молодых ногтей был приписан офицером к пехотному «принца Ольденбургского» полку. С молодых лет он увлекся охотой, в чем осенние охоты его батюшки в Рамони, очевидно, сыграли не последнюю роль. Повзрослев и проникнувшись проблемами и возможностями Рамони, а также находясь в рамках творческих традиций семьи, со временем, он организует опытное поле, которое стало служить научным целям. В 1891 г. в Рамони прошел организованный известным агрономом И.Н.Клингенем, при участии будущего академика Д.Н.Прянишникова съезд агрономов посвященный борьбе с засухой, в начале XX века это поле было включено в «Сеть опытных полей Всероссийского общества сахарозаводчиков». Т.е. — налицо продолжение семейной традиции глубокого профессионального проникновения в любые решаемые (по вменяемому себе долгу, необходимости или по наитию, по душевному стремлению) проблемы. Имея пристрастие



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

к археологии, как отмечалось современниками, он отличался обширными познаниями и в этой области и принимал участие в археологических экспедициях. Следует отметить и его активное участие в создании Гагринского курорта в помощь отцу.

О военной службе Петра Александровича известно, что в 1904 г. он получает под свое начало полк, расквартированный в Царском Селе. В чине генерал-майора он, как и отец, принял участие в I мировой войне, в 1915 г. был награжден Георгиевским оружием. В годы же революции примкнул к воронежским эсерам, принимал их в Рамони и даже выступал с их программой. Но в 1917 г., понимая, что большинство

простых людей поддерживают большевиков, постепенно распродал, по стесненным обстоятельствам, мебель и утварь их с бывшей супругой соседствующего с Рамонью Ольгинского дворца, — исчезает и появляется во Франции по соседству с родителями. Причем, чтобы ему бежать, рамонские крестьяне выправляют ему документы на имя крестьянина Березовской области, облачают его в крестьянскую одежду, чем, по сути, спасают бывшего барина, что еще раз свидетельствует о той светлой, доброй и благодарной памяти, что оставили по себе Ольденбургские среди простых жителей Рамони.

Свой вклад в эту память внесла и супруга принца Петра Александровича порфирородная (т.е., появившаяся на свет, когда ее отец был императором) младшая дочь императора Александра III и императрицы Марии Федоровны великая княгиня Ольга Александровна (1882–1960, рис. 14).

Брак их состоялся, для наших дней, весьма странно, но для тех времен — вполне обыденно, учитывая, что действовал закон, согласно которому члены императорской фамилии не могли ни заключить брак, ни расторгнуть его без разрешения на то императора. Видимо состоялся сговор родителей принца Петра с вдовствующей императрицей Марией Федоровной и Николаем II, родным старшим братом великой княгини Ольги. В какой мере учитывалось желание самих молодых сказать сложно, во всяком случае, для Ольги Александровны это было совершенно неожиданным. Спустя годы она так описывает событие предшествовавшее объявлению об их помолвке с принцем Петром Ольденбургским: «... Меня пригласили на вечер к Воронцовым... Едва я приехала к ним в особняк, как Сандра (дочь Воронцовых) повела меня наверх, в свою гостиную. Отступив в сторону, она впустила меня внутрь, а затем закрыла дверь. Представьте мое изумление, когда я увидела в гостиной кузена Петра. Он стоял, словно опущенный в воду. Не помню, что я сказала. Помню только, что он не смотрел на меня. Он, запинаясь, сделал мне предложение. Я так опешила, что смогла ответить одно: «Благодарю вас». Тут дверь открылась, влетела графиня Воронцова, обняла меня и воскликнула: «Мои наилучшие пожелания». Что было потом, уж и не помню. Вечером в Аничковом дворце я пошла в комнаты брата Михаила, и мы оба



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



заплакали». Ей тогда было 19 лет, в то время как ему — 33. Нет данных о том, какие чувства испытывал принц Петр к своей будущей порфирородной супруге, которая была моложе его на 14 лет, но в конечном итоге любил он ее нежно, глубоко и искренне, переживая их разрыв до последних дней. Свадьба их состоялась 27 июля 1901 г. Странность обстоятельств этого брака и дальнейшего развития отношений между супругами — логично ложатся на упоминание И. А. Бунинна, поддерживавшего с ним сложившиеся в эмиграции дружеские отношения, о «явных признаках вырождения». Вероятно, Петр Александрович, нес на себе печать многократных родственных браков его предков и «выше головы прыгнуть не мог», а голова его оказалась гораздо ниже, чем у его предков. И, ведь, с великой княгиней Ольгой они приходились одновременно троюродными и четвероюродными братом и сестрой.

Ольга Александровна, последняя и любимая дочь Александра III, рано, в 12 лет, потеряла безвременно ушедшего из жизни отца. Могучий и огромный Александр III был к ней нежно привязан и старался брать ее с собой всюду, где это позволяли обстоятельства. Как отец, которого называли мужиком за простоту в быту, как она считала, еще и за то, что «... он действительно понимал крестьян...», она была равнодушна к своей одежде, больше всего любила простое льняное платье, в котором занималась живописью, в нем чувствовала себя свободно. Выросшая в роскошном Гатчинском дворце, образованная в области и учившаяся живописи, она не расставалась с карандашом даже на уроке математики — так ей проще было усваивать. Учили ее и игре на скрипке и фортепьяно, что было унаследовано ею из пристрастий отца. Но «как рыба в воде» она чувствовала себя в седле, любовь к лошадям — это уже было от матери, отец лошадей не жаловал. Мария Федоровна была превосходной императрицей и оставалась ею даже в общении с детьми, так что Ольгу с матерью «разделяла пропасть», ей никогда в голову не могло прийти искать у матери утешения, императрица всегда страшно боялась, что кто-то может перейти границы этикета и благопристойности, рамки которых в те времена были обозначены жестко и были чрезвычайно узки. Живопись и любовь к лошадям — все, что объединяло Ольгу с матерью. Так что и за браком Ольги чувствуется твердая воля ее матери, озабоченной соответствием партии дочери ее высокому положению, возможно, спасением кровно близкого к императорскому дому рода, а отнюдь не чувствами дочери.

После свадьбы молодые принц и принцесса приезжают в имение родителей Петра Александровича — Рамонь, где их очень тепло встречают и предлагают к их услугам особняк «Уютный». Но невестке особняк не понравился, и молодые супруги покупают соседнее имение — Чарыково, переименованное в Ольгино, где в короткие сроки возводится летний дворец со всеми положенными службами (рис. 15). Оформлен и обставлен он был сообразно вкусам молодой хозяйки с многочисленными вазами цветов по всем комнатам. Но создается впечатление, что не случайно дворец был построен в абсолютной зеркальной симметрии, с двумя половинами, имеющими симметрично расположенные самостоятельные выходы.

Принцесса Ольга Александровна всей душой полюбила Рамонь, где она впервые столкнулась с бытом простых

крестьян и ее обитателей. Все единодушно отмечают свойственную ей исключительную доброту. Она была крестной матерью для доброй половины младенцев, родившихся во время ее пребывания в Рамони. На калитку дома, где рождался младенец, ею вешался мешок с приданым. Всегда находили у нее отклик просьбы о материальной помощи от погорельцев. Подолгу общаясь с крестьянами, она проникалась их проблемами и чаяниями, среди них, по ее словам, она себя чувствовала «настоящим человеком». Отчаянная наездница, активно включилась в осенние Рамонские охоты. Обладая высоким художественным вкусом, высоко ценила красоту окрестностей Рамони, в том числе открывавшиеся с балкона Ольгинского дворца виды: «Местность была восхитительной. Поля упирались в леса, из-за которых выглядели золоченые купола старинного монастыря свт. Тихона Задонского, куда приходило множество паломников. Помню, однажды летним вечером я сидела на балконе и наблюдала, как садится солнце. Вокруг царил такой покой, что я поклялась, что если господь когда-нибудь удостоит меня быть счастливой, то своего первенца я нареку Тихоном». Так оно произошло, только не в этом браке. В браке с принцем Петром Александровичем детей не появилось, был ли это протест вольнолюбивой порфирородной великой княгини против решения ее судьбы без ее согласия, или были тому иные причины, сказать сложно, но факт остается фактом, что род российских Ольденбургских пресекается на четвертом по счету их браке с представительницей рода Романовых.

А дело было так. Через несколько лет брака на параде в Павловске брат Михаил Александрович (1878–1918) познакомил Ольгу с офицером лейб-гвардии кирасирского полка Николаем Александровичем Куликовским, представителем скромного дворянского рода. И к Ольге приходит первая в ее жизни, да еще и взаимная, любовь. Она потребовала развода у мужа, но выслушав супругу, принц Петр Александрович отвечал, что его «крайне заботит его собственная репутация и честь семьи». И Николай II, без разрешения которого брак не мог быть расторгнут, был крайне недоволен. Было решено оставить все, как есть, на несколько лет. Куликовского же принц Петр назначил своим адъютантом с правом проживания в их доме. По-прежнему чета молодых Ольденбургских выезжала в Рамонь, но уже в сопровождении Н. А. Куликовского, сохраняя при этом корректные отношения. Все это не могло не стать и стало достоянием света и молвы. Но брак сохраняли еще долгих 13 лет.

В 1914 г. следом за 12 Ахтырским гусарским полком, которому она покровительствовала, Ольга Александровна уходит на I мировую войну простой сестрой милосердия (подготовиться к этой миссии помогли ей и частые посещения ею лечебницы в Рамони). В главном госпитале Киева под ее попечительством находилось 400 раненых солдат и 28 офицеров. Медперсонала не хватало, и ей приходилось работать сутками. За самоотверженный труд она была удостоена Георгиевской медали, по получении которой она скромно положила ее в кармашек, не считая, что ее скромные труды сколь-нибудь сопоставимы с совершенным любым из находящихся на ее попечении раненых. И только по настоянию ахтырцев, которые убедили, что ее награда — не только ее лично, но и всего полка, она надела медаль (рис. 14). Развод ее с принцем Александром был



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

разрешен Николаем II лишь в 1916 г. после чего они с Николаем Александровичем Куликовским оформили свои, выдержавшие такие долгие и сложные испытания временем и войной, отношения. В этом браке у Ольги Александровны появились 2 статных красавца сына, ставших офицерами Датской армии, и старший был назван, по ее обету, Тихоном в память о чудных вечерах, коротавшихся на балконе ее дворца в Ольгино, младший сын был наречен Гурием.

Принц же Петр Александрович до конца жизни оставался безутешным, попытка его второго брака уже во Франции была неудачной. Его портрет очень живо представляется в воспоминаниях уроженца Воронежа (что не могло не объединять дополнительно их с принцем) Ивана Алексеевича Бунина (1870–1953): «Я мельком взглянул на него, на мгновение испытал то пронзительное чувство, которое нередко испытываешь теперь при виде некоторых пожилых и бедных людей, знавших когда-то богатство, власть, знатность: он был очень чисто (по-военному чисто) выбрит и вымыт, аккуратен в одежде, очень простой и дешевой: легкое непромокаемое пальто, неопределенного цвета бумажные воротнички, грубые ботинки военного английского образца... Меня удивил его рост, его худоба, — какая-то особенная, древняя, рыцарская, в которой было что-то даже как бы музейное... и выцветшие глаза, скорбные, тихие и очень серьезные под треугольно поднятыми бровями...». Принцем была приобретена небольшая ферма, заведены корова, куры, кролики, он копался в саду и огороде, а по субботам — ездил к родителям. Бунин находил принца Петра прекрасным человеком и выделял его «совершенно исключительную доброту», «душевное благородство, равное которому надо днем с огнем искать, необыкновенную простоту и деликатность в обращении с людьми, редкую нежность в дружбе, горячее стремление ко всему, что дает человеческому сердцу мир, любовь, свет и радость...». Таким запомнился знаменитому писателю кавалер полученного за ратные заслуги Георгиевского оружия, боевой генерал-майор, доживающий вдали от Родины, для которой его род так много сделал. По количеству свершенного во благо Родины он не может сравниться с родителями и остальными предками, просто не успел в полной мере унаследовать их благотворительным мероприятиям в различных областях, но можно предположить, что, если бы не драматические мирового масштаба события в России, вынудившие родителей и его покинуть страну, он бы отметил благо-

деяниями и трудами по еще многим и многим направлениям, помимо уже упомянутых выше. Скончался принц Петр Александрович, последний из российских Ольденбургских, от скоротечной чахотки 11 марта 1924 г. в санатории, в бедности и полном одиночестве, последний его предел — в подzemелье русской церкви Михаила Архангела в Каннах. Мать его, принцесса Евгения Максимилиановна, последние годы парализованная, скончалась годом позже, и похоронена в Биаррице, где, семью годами позже, рядом с ней, нашел упокоевание и ее супруг, принц Александр Петрович Ольденбургский.

Очень хочется, чтобы наша страна и мы все восприняли доброй и благодарной памятью о сынах и дочерях нашей Родины, положивших много сил для ее процветания и благоденствия народа ее, в их общем единении, независимо от сословной принадлежности, но исключительно сообразно их общности в деяниях на всеобщее благо, сообразно присущим им всем благородству чувств и побудительных мотивов, чувству долга и стремлению к беззаветному служению на благо Отечества, на каком бы поприще это не приходилось реализовать. Быть достойным их памяти! Сохраняя память о них всех, сохраним и Отечество, унаследованное от них — вот достойная национальная идея, но для этого необходимо эту память обрести и воспитать ее в потомках наших. Справедливости ради следует отметить, что имеются планы восстановления памятника принцу Петру Георгиевичу (рис. 11), мемориальными досками возвращается память об Ольденбургских в Петербург, на месте их семейной усыпальницы, разграбленной и уничтоженной в 1917–18 гг. в Сергиевой Приморской пустыни, на территории возрождающегося монастыря в 1998 г. была установлена плита с именами всех восьми погребенных там представителей дома, а в 2012 г., к 200-летию принца Петра Георгиевича Ольденбургского, рядом с памятной плитой на месте разрушенной усыпальницы ему установлен бюст. Реставрируется Рамонский дворец. В то же время, Ольгинский дворец не сохранился, во время войны в кухню дворца угодила фашистская бомба, и дворец был растащен на стройматериалы. После войны на его фундаментах был сооружен хирургический корпус районной больницы, разместившейся в имении. В 2007 г. больница переехала в новое здание на новое ме-



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 ателее К.К. Буллы.



сто, а имение и оставшиеся со времен Ольденбургских хозяйственные постройки дворца, находясь в небрежении, неуклонно разрушаются. Как и уцелевший «Свитский корпус» Ольгинского дворцового комплекса (рис. 4) (в последствии — роддом), который будучи в гораздо большем небрежении, нежели Рамонь, все еще напоминает нам о вкусах хозяйки и создательницы комплекса, великой княгини Ольги принцессы Ольденбургской, являя собой образец чудеснейшего модерна, впрочем, исполненного в весьма сдержанной и скромной, характерной для любимого великой княгиней простого льняного рабочего платья, манере.

На досуге, в эмиграции, принц Петр робко писал прозу автобиографического характера, впрочем, не нашедшую спроса. В своем произведении «Одиночество», которое он особенно хотел увидеть напечатанным, среди пронзительно-ярких ностальгических воспоминаний о дорогой сердцу Рамони и Ольгино имеются следующие слова: «... Зачем я не слышу Ее звонкого смеха, не вижу Ее больших серых добрых глаз, Ее ласковой улыбки? Неужели навсегда, на всю жизнь разлука, одиночество?» ... — вот такая она, Любовь до гроба, Любовь к высшей степени достойной женщине, порфирородной великой княгине и достойной дочери своего Отечества, принявшего многие страдания за утрату доброй памяти. Любовь, продолжающая звучать и после смерти, ниспровергая ее самою.

И все же! О каком из принцев Ольденбургских упоминала Э.М.Конюс в своей монографии? Кто сумел пробить брешь в стене замалчивания заслуг достойных сынов Отечества исключительно из соображения их «не правильной» сословной принадлежности? Оказалось, речь идет о родившемся в год начала Отечественной войны 1812 г. принце Петре Георгиевиче Ольденбургском (1812–1881, рис.9)! Именно он с 1860 г. долгое время возглавлял, как «главноуправляющий», Ведомство императрицы Марии Федоровны (Мариинское ведомство), объединявшее множество благотворительных заведений различной направленности, за время его управления, число их выросло втрое. К нему относился и основанный Екатериной II, следом за восшествием ее на престол, Петербургский Императорский Воспитательный дом. Врачом же и прозектором при Воспитательном доме с 1858 по 1868 г. состоял упоминавшийся в самом начале К.А.Раухфус. Понятно, что как человек, не терпящий формального отношения к возложенным на него и принятым им на себя обязанностям и обязательствам, и вникающий во все тонкости вверенного ему дела, Петр Георгиевич был знаком доктором Раухфусом, к моменту строительства детской больницы 10 лет проработавшего в находящемся в его ведении учреждении на одном из ключевых постов. Более того, род Ольденбургских традиционно благоволил к соплеменникам (Карл Андреевич — из саксонских немцев): и как соплеменникам, и как более понятным и близким им по жизненным принципам, присущей их нации самоорганизованности и отношению к делу. Учитывая, что московский близнец петербургского воспитательного дома снискал среди москвичей, в связи с высочайшей смертностью питомцев, славу «фабрики ангелов», — работы доктору Раухфусу, как прозектору, хватало с лихвой! Карл Андреевич, как никто, понимал, что основным бичом детских стационаров любого типа являлись неуправляемо распространяющиеся в детских стационарах инфекции. Просвещен-

ный же меценат не ограничился абстрактным похвальным желанием создания детского больничного учреждения, но избрал в качестве воплощения личность, способную реализовать ее на самом высоком профессиональном уровне с приматом функционального предназначения создаваемого учреждения, чтобы само здание уже способствовало лечению и служило профилактике вспышек, тогда так плохо поддававшихся лечению и сопровождавшихся высокой смертностью, инфекционных заболеваний. Получив замечательную возможность реализовать свои соображения по профилактике внутрибольничных инфекций в детском учреждении, начиная с создания проекта, чего трудно добиться в приспособляемых зданиях и проектах, как это было сплошь и рядом, Карл Андреевич создал замечательный памятник и по себе, как о высокого уровня, масштабно мыслящем профессионале, так и о просвещенном благотворителе данного проекта, как о человеке, ставящем утилитарное предназначение проекта выше личных амбиций, сводящихся и реализуемых в тщеславной помпезности в ущерб выполнению учреждением его непосредственных функций. Следует отметить, что для ознакомления с существующим на тот момент европейским опытом организации медицинских учреждений, в том числе и прежде всего детских, и с научной целью Карл Андреевич в интервале 1862 и 1867 гг. дважды командировался в Германию и Францию (обращает внимание, что на годы командировок приходится и год 100-летия Петербургского Воспитательного дома). Побудительным мотивом для принятия Высочайшего Государя Императора повеления об устройстве Детской больницы Принца Петра Ольденбургского, состоявшегося 30 сентября 1864 года, было отмечаемое в этот день двадцатипятилетие службы Его Императорского Высочества в ведомстве императрицы Марии. В итоге, по инициативе Карла Андреевича, активно поддержанной Петром Георгиевичем Ольденбургским, как административно, так и из личных средств, а также при участии ряда благотворительных фондов, по проекту архитектора Цезаря Альбертовича Кавоса (1824–1883, старший сын Альберта Катариновича Кавоса, строителя Мариининского театра, и сам построивший множество зданий в Петербурге и его окрестностях) в 1867 г. было начато строительство детской больницы, которой, отдавая должное заслугам принца в появлении ее на свет, Александром II высочайшим рескриптом при открытии было дано название «Детская больница принца Петра Ольденбургского», собственно, тем самым род Ольденбургских становился попечителем этой больницы на все последующие поколения (рис. 16). Не думаю, что у К.А.Раухфуса были основания усомниться в заслуженности присвоения их детищу имени патрона принца Петра Ольденбургского, тем более, что строительство больницы и было приурочено к конкретной юбилейной дате в его, принца, деятельности. Больница же, как строилась, как одно из многочисленных учреждений Мариининского ведомства, так и оставалась в его ведении. Представленные Ведомством императрицы Марии Фёдоровны на Международной выставке в Брюсселе в 1876 г. план здания и образцы оборудования Детской больницы имени принца Петра Ольденбургского были удостоены «Почетного диплома за лучшую детскую больницу». На Всемирной выставке в Париже больница была удостоена Большой золотой медали,



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

и проект ее принимается как эталонный при строительстве подобных учреждений в России. Примененный Карлом Андреевичем павильонный метод строительства, с выделением боксов для изоляции «неясных случаев», рациональная организация амбулатории при больнице — компоненты первой в России целенаправленно продуманной системы изоляции заразных (потенциально заразных) детей, — не потеряли своего значения до настоящего времени, подтверждая признанные и современниками большие заслуги доктора К.А.Раухфуса в строительстве детских больниц. В течение 40 последующих лет Карл Андреевич возглавлял свое детище в качестве директора (рис. 17).

В 1918 г. (какие уж тут «принцы») — больница закономерно переименована в «Детскую больницу им. К.А.Раухфуса» (между прочим, потомственного дворянина в первом поколении, действительного тайного советника и кавалера многих царских наград, о чем было благо-разумно умолчано, и больница получила имя доктора, непосредственно причастного к ее появлению на свет и возглавлявшего ее на протяжении четырех десятков лет с момента открытия). В 1922 году ликвидировали Петропавловскую церковь, находившуюся в ее комплексе.



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



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



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 ателее К.К.Буллы.

И ныне это — Детская городская больница № 19 им. К.А.Раухфуса (Лиговский проспект, д. 8). Вот почему мне не удавалось ее разыскать под упомянутым Э.М.Конюс названием. Тогда же, когда лишилась исходного названия детская больница его имени, а страна впадала в состояние не ею избираемой памяти, был снесен и установленный, как «просвещенному благотворителю», памятник Петру Георгиевичу на Литейном проспекте (рис. 11) ... Тем более, низкий поклон Эсфири Мироновне Конюс, отважившейся упомянуть некоего принца Ольденбургского в увидевшей свет в 1954 г. книге в то время, как больница, продолжая исполнять свое предназначение, давно уже носила другое назва-

ние, чего Эсфирь Мироновна не могла не знать, пробивая брешь в стене незыблемого агрессивно-холодного отчуждения и впуская тем самым в новую жизнь замечательный старинный аристократический род, а таким образом привлекая внимание к бесчисленным иным неправомерно вычеркнутым из благодарной памяти потомков. Обо всем этом особенно уместно вспомнить в связи с приближающимся годом 150-летия с момента начала строительства (2017 г.) и 205-летия со дня рождения принца Петра Георгиевича, а затем и открытия (2019 г.) поныне действующей Детской больницы имени принца Петра Георгиевича Ольденбургского.

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.



От Редакции: На страницах нашего журнала постоянно освещаются самые актуальные проблемы современной медицины. Часто болеющие дети (ЧБД) — одна из таких наболевших проблем. Мало того, несмотря на всю свою актуальность, эта проблема до сих пор не имеет решения. В сегодняшней бюрократической системе здравоохранения ЧБД выпали даже из статистического учета, данные по ЧБД мы получаем сейчас исключительно от исследователей, которые непосредственно занимаются этой проблемой. Соответственно, нет и практически значимых программ работы с ЧБД, которые могли бы взять на вооружение педиатры. Вернее, программы разрабатываются, в основном, на энтузиазме отдельных специалистов, однако официальные структуры здравоохранения, к сожалению, не торопятся эти программы ни признавать, ни внедрять, ни даже рассматривать.

Программа обследования, лечения и оздоровления ЧБД, тезисно представленная в этой статье, была предложена в качестве пилотного проекта еще в 2011 г. на круглом столе в Законодательном Собрании Санкт-Петербурга, одобрена научным сообществом города и могла бы давно служить людям, однако этого не случилось до сих пор. Поэтому с 1 декабря 2016 г. Программа реализуется на базе крупной коммерческой клиники «СМТ» (СПб, Московский пр., 22).



Мамаева М. А.,

кандидат медицинских наук,
ПСПбГМУ им. Акад. И. П. Павлова,
Руководитель Общества специалистов
«Международное медицинское сотрудничество»
при Издательском Доме СТЕЛЛА, СПб, Россия

ПРОГРАММА ОБСЛЕДОВАНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ И ОЗДОРОВЛЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

По данным различных авторов, часто болеющие дети составляют в общей популяции детского населения в среднем от 14 до 18% (1,2). На консультативном приеме в Приморском районе СПб в 2005–2015 гг. ЧБД составили 62%. Поскольку ЧБД — это не диагноз, а медицинский термин, собирательное понятие, обозначающее большую группу детей, переносящих количество простудных заболеваний выше пороговой частоты, согласно критериям, разработанным В. Ю. Альбицким и А. А. Барановым в 1986 г. (3), т. е. от 4 до 6 «острых» заболеваний в год в зависимости от возраста, ЧБД не учитываются в стат.талонах, для них не разработаны стандарты обследования, лечения и реабилитации, они выпадают и из системы диспансеризации. Теме «ЧБД» посвящаются многочисленные конференции, издаются монографии, однако большинство из них носит исключительно рекламный характер... А педиатры по-прежнему не знают, что делать с такими детьми, нередко назначая им антибиотики, иммуномодуляторы и синтетические витаминно-минеральные комплексы, и дети продолжают болеть в прежнем режиме, многие из них переходят потом в разряд хронических

пациентов (бронхиальная астма, atopический дерматит, нейродермит, аденоидит, хронический тонзиллит и т. д.) с последующей инвалидизацией.

В большинстве случаев подобных исходов возможно избежать, если своевременно выявлять те патологические состояния, которые явились основой для формирования частой простудной заболеваемости ребенка. Наша Программа нацелена, прежде всего, на выявление и лечение таких патологических и пограничных состояний, перечень которых представлен в таблице 1.

В соответствии с выявленной патологией назначается план лечения (таб. 2) и план реабилитации (таб. 3).

Особенности Программы:

- Разработанный и проверенный годами алгоритм обследования ЧБД (таб. 4)
- Обязательная коррекция дисбиоза кишечника по результатам анализа кала на дисбиоз с тестами на чувствительность к энтеросептикам, бактериофагам, пробиотикам
- Коррекция витаминно-минерального дисбаланса по результатам спектрального анализа волос на минералы

- Оригинальные методики лечения ОРВИ, ОРЗ, хронической ЛОР-патологии, аллергических заболеваний, патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), мочевыводящей системы
- Разработанная система реабилитации ЧБД
- Целенаправленное санаторно-курортное лечение с учетом всех показаний и противопоказаний
- Соблюдение этапности ведения ЧБД
- Схема диспансеризации ЧБД
- Семейное психологическое консультирование
- Разработка индивидуального плана диетического питания и питьевого режима

Особый акцент в Программе сделан на выявление и коррекцию дисбиоза кишечника у ЧБД. В этой связи обязательным пунктом алгоритма обследования является анализ кала на дисбиоз с тестированием на чувствительность к энтеросептикам, бактериофагам и пробиотикам. Только исходя из данных такого обследования возможна грамотная коррекция дисбиоза, которая состоит из нескольких последовательных этапов:

1. Энтеросорбция — с целью удаления из организма скопившихся токсинов, аллергенов и других ненужных веществ, мы предпочитаем гелевые формы (Энтеросгель) или суспензии (Смекта), которые обладают ещё и обволакивающим действием, способствуют улучшению процессов пищеварения и удалению некоторых патогенных

и условно патогенных бактерий из кишечника. Продолжительность энтеросорбции в среднем 5–7 дней.

2. Этиотропная терапия — энтеросептики, бактериофаги (БФ), в редких случаях антибиотики, согласно результатам на чувствительность. Продолжительность курса обычно 7–10 дней. Курс БФ может повторяться после некоторого перерыва.

3. Пребиотики — препараты, содержащие пищевые волокна и питательные вещества, необходимые для роста и развития нормальной микрофлоры (Фитолон-сироп, Рекицен-РД и др.). Продолжительность курса обычно 3 недели.

4. Пробиотики — препараты, содержащие представителей нормальной микрофлоры. Курс от 2–3 недель до 2–3 месяцев, иногда рекомендуется и более продолжительный курс. Предпочтение отдаётся жидким формам, не имеющим возрастных ограничений. Примером является препарат «РЕЛА ЛАЙФ»® финской компании VERMAN, хорошо зарекомендовавший себя за годы применения в Программе. 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

РЕКЛАМА

Lactobacillus reuteri - самая продаваемая лактобактерия в аптеках Финляндии*

«Рела Лайф» - источник пробиотических лактобактерий *Lactobacillus reuteri*, выделенных изначально из женского грудного молока.

Клинически исследованные продукты.
www.relalife.ru

* IMS Health SLD MAT EUR 10/2016



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



Таблица 1

Факторы, поддерживающие частую простудную заболеваемость детей (Мамаева М. А., 2007)

Паразитозы (лямблиозы, глистные инвазии) — 42%
Хронические очаги инфекции ЛОР-органов (синуситы, тонзиллиты, аденоидиты и т. д.) — 36%
Гиперплазия лимфоидной ткани без инфицирования — 22%
Аллергические заболевания — 56%
Инфекции мочевых путей — 18%
Заболевания и состояния дисбаланса, дисфункции желудочно-кишечного тракта (дисбиоз кишечника, ДЖВП, хронический гастродуоденит, нарушение функции поджелудочной железы и др.) — 100%

Таблица 2

Принципы лечения ЧБД

Лечение острых эпизодов ОРЗ и ОРВИ, в т. ч. осложненные варианты (бронхиты, пневмонии, отиты, синуситы и т. д.)
Устранение основных факторов, поддерживающих частую простудную заболеваемость (паразитоз, дисбактериоз, носительство патогенной флоры, санация носоглотки и т. д.)
Коррекция витаминно-минерального дисбаланса
Реабилитация (не менее 1,5–2 месяцев 2 раза в год)
Санаторно-курортное лечение и другие способы оздоровления
Рациональное питание по возрасту и питьевой режим
Семейное психологическое консультирование
Оздоровление среды обитания ребенка

более 100 клинических исследований. Эта бактерия способна продуцировать Реутерин — антибактериальное вещество широкого спектра действия, благодаря чему она подавляет рост патогенной микрофлоры, в частности, *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 12, 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 и взрослым. Препарат 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.

Соблюдение этапности и грамотный подбор препаратов для коррекции дисбиоза кишечника у ЧБД является важным звеном Программы. Исследования показали, что на фоне своевременной и грамотной коррекции дисбиоза кишечника купируется до 90% аллергических проявлений.

Таблица 3

План реабилитации ЧБД

Галотерапия, ионотерапия, горный воздух
Массаж общеукрепляющий общий
ЛФК. Аквааэробика. Дыхательная гимнастика
ФТЛ (УФО, электрофорез и др.)
Апитерапия (прополис, мед)
Фитотерапия (фиточаи, полоскания, ингаляции, орошения и т. д.). Ароматерапия.
Домашние водные процедуры. Закаливание. Плавание.

Таблица 4

Алгоритм обследования ЧБД

Клинический анализ крови, общий анализ мочи
Копрограмма, 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. Риноцитограмма. Посев мокроты.
УЗИ органов брюшной полости, почек и мочевого пузыря
Спектральный анализ волос на минералы
Консультации ЛОР-врача, стоматолога, невролога, физиотерапевта, по показаниям: инфекциониста, гастроэнтеролога, диетолога, эндокринолога, кардиолога, гинеколога или андролога
По показаниям: иммунологическое обследование

Важной частью Программы является также спектральный анализ волос на минералы. Согласно полученным данным, у ЧБД выявляется выраженный дефицит жизненно важных минералов (таб. 5).

Состояния, обусловленные дефицитом или избытком тех или иных минералов в организме, условно называют дисэлементозами. У большинства ЧБД имеют место дисэлементозы, которые проявляются клинически — шелушением и сухостью кожи, расслоением ногтевых пластин, неврологическими нарушениями и т. д. Напомним, что хронические дефициты некоторых минералов приводят к тяжёлым заболеваниям, например, дефицит Сг способствует развитию сахарного диабета, дефицит Са — к остеопорозу и ломкости костей, дефицит Fe — к анемии и т. д.

Чем глубже мы изучаем проблему ЧБД, тем больше убеждаемся, что эта тема включает в себя всю педиатрию без преувеличения. Мы также убеждены, что своевременное выявление и коррекция всех патологических состояний, которые являются основой для формирования частой простудной заболеваемости детей (таб. 1), не только купируют эту частую простудную заболеваемость, но и профилактируют многие тяжёлые хронические заболевания, которые наслаиваются в будущей взрослой жизни сегодняшнего ребёнка. Поэтому считаем, что коррекция выявленных витаминно-минеральных дефицитов обязательна для такой категории детей! Причём, учитывая селективность и индивидуальность выявленного витаминно-мине-

Таблица 5

Уровень минералов в волосах ЧБД (по данным «Центра биохимических исследований» СПб, 2007)

Дефицит магния — 94%
Дефицит кальция — 59%
Дефицит хрома — 71%
Дефицит марганца — 65%
Дефицит железа — 70%
Дефицит цинка — 71%
Дефицит селена — 76%

рального дисбаланса, коррекция должна проводиться не синтетическими витаминно-минеральными комплексами, а целенаправленно — монопрепаратами и малокомпонентными комплексами с учётом синергизма и антагонизма, а также с помощью диеты (4). Например, Zn содержится в таких продуктах питания, как мясо животных и птиц, морепродукты, орехи, грибы, бобовые, сыр и т.д., Mg — в пшеничных отрубях, овсяных хлопьях, грече, рисе, белой фасоли, ржаном хлебе, листьях и корне петрушки и т.д., Fe — в красном мясе, печени, гранатах, кураге, артишоках, зеленых яблоках, моркови, свекле, яйцах и т.д.

При выраженном витаминно-минеральном дисбалансе в рамках Программы ребёнку назначается консультация диетолога с формированием индивидуальной диеты и правильного режима питания.

В Программу также включён блок «Семейное психологическое консультирование», так как ЧБД — это, помимо всего, ещё и серьёзная социальная проблема, а также блок «Оздоровление среды обитания ребенка», что, к сожалению, мало зависит от нас, врачей-педиатров.

Важным разделом Программы является санаторно-курортное лечение. Несмотря на скромные возможности детской санаторно-курортной службы в нашей стране, тем не менее, рекомендуется направлять ЧБД в детские санатории, преимущественно местные, т.к. в таких случаях не требуется период адаптации к изменившимся климатическим условиям (5). При направлении в санаторий ребенок не должен переносить острое заболевание, демонстрировать выраженную дисфункцию нервной системы, должен обладать определенными навыками самообслуживания и пребывания в коллективе. Детей младшего возраста целесообразно направлять в санатории совместного пребывания матери и ребенка, это способствует лучшей адаптации ребенка к новым условиям, благоприятному воздействию оздоровительных процедур, обеспечению полноценного ухода и созданию комфортных условий для самого процесса оздоровления.

Альтернативой сегодня может служить полноценный отдых и оздоровление за рубежом родителей совместно с детьми.

В поиске наиболее приемлемых мест для детского отдыха и оздоровления мы обратили внимание на Венгрию, страну, расположенную в центре Европы, и хотя не обладающую морем, но обладающую прекрасным мягким климатом, и оздоровительные технологии в этой стране

доведены до уровня совершенства. Страна богата такими ценными природными факторами, как термальные источники, минеральные воды, лечебные грязи и соли, есть даже природные карстовые пещеры, где успешно лечат бронхиальную астму и различные бронхолегочные заболевания, есть единственное в мире пригодное для круглогодичного купания термальное озеро Хевиз, есть озеро Балатон с чистой водой, на берегах которого расположено много санаториев и детских лагерей отдыха. В Венгрию ездят не только отдыхать и восстанавливать здоровье, в эту страну ездят серьезно лечиться, т.к. уровень здравоохранения и сервиса очень высок, а стоимость такого отдыха и лечения вполне приемлема для российских граждан.

На венгерских курортах ЧБД могут получать полноценное оздоровление и лечение сопутствующих заболеваний ЖКТ, атопического дерматита и бронхиальной астмы, ревматизма и других заболеваний соединительной ткани, патологии опорно-двигательного аппарата, нервной системы и т.д.

Привлекательной особенностью Венгрии является то, что эта страна сохраняет свой внутренний аграрный рынок, благодаря чему население и туристы получают полноценное натуральное питание. Также важно, что питьевой там считается обычная вода из-под крана, настолько она соответствует всем санитарно-гигиеническим требованиям.

Пока наша отечественная система детской санаторно-курортной службы будет возрождаться и укрепляться, наше население и, в первую очередь, дети могут получать полноценное оздоровление в европейских странах.

Комплекс предложенных мероприятий не является универсальным. Каждый организм индивидуален, поэтому врач должен использовать индивидуальный подход при выборе тактики лечения своих пациентов, особенно детей. Мы предлагаем коллегам лишь один из вариантов решения проблемы. ☺

ЛИТЕРАТУРА

1. Самсыгина Г.А. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии // Практика педиатра, декабрь, 2005. — с. 40–44
2. Балева Л.С., Вавилова В.Л., Доскин В.А. и др. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей (медицинская технология), М., 2006, 46 с.
3. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления, Саратов, 1986. — 228 с.
4. Мамаева М.А. Часто болеющие дети: программа обследования, лечения и оздоровления (методическое пособие для врачей-педиатров). — СПб: Издательский Дом СТЕЛЛА, 2014. — 60 с.
5. Бондарь В.И. Что означает право ребенка на охрану здоровья в нашей стране // Пятиминутка, № 1, 2007, с. 4–9



КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АДАПТАТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ»

15 –16 ноября 2016 года состоялась наша очередная ежегодная российско-венгерская конференция, посвященная вопросам медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения с участием наших венгерских коллег. Как и в прошлом году, мероприятие проводилось совместно с ПСПбГМУ им. И. П. Павлова.

По сложившейся традиции, первый день конференции был посвящён российско-венгерскому сотрудничеству в области медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения. Мамаева М. А., канд. мед. наук, руководитель Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА представила свой взгляд на перспективы такого сотрудничества и те достижения, которые уже есть на сегодняшний день. Так, специалисты Общества регулярно посещают курорты Венгрии в форме рабочих поездок по обмену опытом, участвуют в международных конференциях в России и Венгрии по обозначенной тематике, консультируют на своих рабочих местах пациентов, нуждающихся в санаторно-курортном лечении и реабилитации.

Большое впечатление произвели выступления мэра всемирно известного города-курорта Хевиз Габора Паппа, руководителя высшей школы при Институте кондуктивной педагогики им. А. Петё Др. Агнеш Матьяшине Кишш, главного врача стоматологической клиники г. Шопрон Др. Наталии Пивец, а также представителя сети отелей «Данубиус» Лидии Израиловой.

С приветствием выступили Генеральный консул Венгрии в Санкт-Петербурге Ференц Надь-Ребек, проректор по воспитательной работе университета проф. А. А. Потапчук, проректор по международной работе проф. С. Х. Аль-Шукри.

В рамках конференции также состоялся круглый стол на тему российско-венгерского сотрудничества в области медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения с обсуждением конкретных вопросов.

Живая дискуссия и в первый, и во второй день конференции имеет продолжение и сейчас. Затронуты актуальные темы, которые не оставили равнодушными ни одного участника мероприятия.

Второй день мероприятия был полностью посвящён крайне актуальным проблемам медицинской реабилитации и медицины в целом, а потому вокруг множе-

ства докладов разворачивалась настоящая дискуссия. Так, большой интерес у врачей вызвали доклады к.м.н. И. В. Власовой по апитерапии, В. М. Скочковой по скандинавской ходьбе, Ю. А. Шевчук по спелеотерапии и т. д. Бурная дискуссия развернулась вокруг темы обследования и лечения часто болеющих детей после доклада канд. мед. наук Мамаевой М. А., которая представила авторскую комплексную программу работы с такими детьми, которые составляют в Северо-Западном регионе огромную группу, практически выпадающую из системы диспансеризации. Программа ценна тем, что базируется на статистически обоснованных научных данных, полученных в результате 10-летней исследовательской работы.

Мы благодарим за поддержку конференции компании: Ою «Верман», ООО «Компасъ», ООО «Аврора», ООО «Биомедика Санкт-Петербург», ООО «Восток» (МЦ «Медицентр»), которые участвовали в выставке. Благодарим также ООО «Родник» за возможность продегустировать в течение двух дней чудесные чешские и сербские минеральные воды.

Осталось, как всегда, после таких мероприятий, приятное «послевкусие».

О следующих мероприятиях Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА вы можете узнать из анонсов на страницах нашего журнала и на сайте:

www.stella.uspb.ru





**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

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ВЕНГРИИ: ХЕВИЗ, БЮКФЮРДО, ШОПРОН

В последние годы санаторно-курортному лечению как важному этапу медицинской помощи стали, наконец, уделять должное внимание на правительственном уровне, чего не наблюдалось в течение многих лет. Предпринимаются попытки возрождения прежних советских здравниц, где так любили отдыхать трудящиеся во время отпусков, выделяются финансы на освоение новых курортных зон, благо, наша страна богата природными оздоровительными факторами и курортными местами.

Однако пока этот сектор отечественного здравоохранения переживает фазу восстановления, нашим согражданам где-то надо поправлять свое здоровье, получать курсы необходимой реабилитации после оперативных вмешательств и тяжелых заболеваний, а также оздоравливать детей.

Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» более пяти лет изучает курорты Венгрии, которые славятся своими термальными и минеральными водами, лечебными грязями, мафетами, лечебными пещерами и другими оздоровительными факторами. Вся Венгрия в буквальном смысле представляет собой страну-курорт, настолько много на этой не большой, но благодатной территории городков и местечек, имеющих статус курорта. Но главное, что поразило нас, как специалистов, это высокий уровень венгерского здравоохранения, о чем мы ранее вообще ничего не знали.

К сожалению, Венгрия мало себя рекламирует, свои оздоровительные возможности и природные богатства. Поэтому первой задачей нашего Общества был сбор информации о венгерских курортах, получение знаний и обмен опытом с венгерскими специалистами в области реабилитации и санаторно-курортного лечения. Второй и более сложной задачей является информирование наших пациентов и всех категорий населения о возможностях венгерской курортологии, профессиональное консультирование по вопросам санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации, грамотные рекомендации

по выбору профильного курорта и лечебной программы согласно заболеванию и состоянию пациента.

Для достижения этих задач мы регулярно организуем рабочие поездки наших специалистов в Венгрию, и за 5 лет удалось побывать на многих венгерских курортах, изучить лечебно-оздоровительные программы, которые широко применяют венгерские реабилитологи, умело используя в этих программах природные лечебные факторы.

Природные лечебные факторы — это главное, на чем базируется венгерская курортология. Физиотерапевтические процедуры (электротерапия, магнитотерапия и др.), аппаратная медицина и т.д. имеют в лечебно-оздоровительных программах венгерских курортов вспомогательное значение. Поражает разнообразие всевозможных видов массажа, начиная от классического в нашем понимании и заканчивая экзотическими восточными практиками. Можно сказать, что в Венгрии есть все, что душе угодно.

ШОПРОН

Последняя наша рабочая поездка в Венгрию, совмещенная с семинаром, состоялась 06–13 декабря 2016 г. Основной базой для группы специалистов был г. Шопрон, расположенный на западной границе Венгрии, в 4-х км от Австрии. Город Шопрон по праву называют самым средневековым городом Венгрии. Так и есть. С горы, где, утопая в зелени естественного лесопарка, расположен чудесный, уютный отель Hotel Lover*** superior, открывается великолепная панорама центральной части города в средневековом стиле, т.к. в Шопроне, действительно, сохранилось много строений времен Средневековья. Привлекательны красивые узкие улочки города, ведущие на центральную площадь, где по соседству со зданием мэрии и старинными особняками прежних губернаторов возвышается местный реликт — старинная По-





жарная башня, одна из главных достопримечательностей Шопрона.

Но самое большое богатство города — это чистейший, по-настоящему лечебный воздух. Недаром рядом с Hotel Lover находится санаторий, где получают лечение пациенты кардиологического и пульмонологического профилей.

БЮКФЮРДО

Западная Венгрия знаменита своими курортами. Один из самых известных, по крайней мере, для западных соседей, — это Бюкфюрдо. Курорт расположен в местечке с населением всего 3 тыс. жителей, но количество посещающих его гостей многократно больше этой цифры. В городке расположена купальня, одна из самых больших в Венгрии. Купальня представляет собой комплекс бассейнов с термальной и обычной водой, а также включает медицинское отделение, лечебные программы которого направлены на лечение пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Термальная минеральная вода Бюкфюрдо является одной из самых «сильных» в Венгрии, т.к. относится к сильноминерализованным лечебным водам. Она эффективна также при лечении кожных заболеваний, а питьевые курсы бюкской воды назначаются при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в частности, при ДЖВП, хронических гастродуоденитах, диспанкреатизме и т.д. А потому в Бюкфюрдо много лечебных гостиных, которые работают на прием пациентов, желающих поправить свое здоровье при указанных профильных заболеваниях.

Наши соотечественники Ирина и Сергей Некрасовы вот уже более 7 лет принимают гостей в своем отеле «Ингрид Пансион». Отель выполнен в этническом стиле, очень уютный, специализируется на здоровом питании и здоровом образе жизни. Многие наши соотечественники останавливаются именно в этом отеле, где им традиционно рады.

ХЕВИЗ. ПРОЕКТ «ТАНЦУЮЩИЕ ЛЮДИ»

Хевиз — самый известный и популярный курорт Венгрии, мировая известность пришла к нему благодаря единственному в мире доступному для круглогодичного купания термальному озеру Хевиз. Этому лечебному озеру и самому курорту мы посвятили не одну публикацию в нашем журнале. И это заслуженно. Вода в живом озере обновляется каждые 2–3 суток за счет источников, которые находятся на самом дне озера, является истинно термальной, а потому и летом, и зимой вода в озере остается теплой, и в ней вполне можно купаться, вернее, не купаться, не плавать, а «висеть». Именно «висеть» в воде озера рекомендуют гостям местные врачи. Несмотря на то, что хевизская вода относится к слабоминерализованным, она насыщена органическими соединениями и газами. Все это в совокупности составляет целый лечебный комплекс. Особенно эффективна лечебная вода Хевиза при заболеваниях опорно-двигательного аппарата воспалительно-дегенеративного характера, при ревматизме, гинекологических заболеваниях и некоторой другой патологии. Мало кому известно, что в Хевизе есть и питьевая минеральная вода, которая эффективна при заболеваниях ЖКТ и обмена



веществ. Всем доступный бювет находится в самом центре города.

Со дна знаменитого озера добывается ценная лечебная грязь, которая используется не только в медицинских центрах и больницах Хевиза, но и развозится по всем курортам Венгрии, где смешивается с местной термальной/минеральной водой, в результате чего получается абсолютно новый, особенный для каждого курорта, лечебный продукт.

Ежегодно в течение 5 лет в первой половине февраля мы проводим в Хевизе конференцию, посвященную вопросам альтернативной и народной медицины, ежегодно Хевиз собирает специалистов не только из России, но и из других европейских стран, чтобы поделиться опытом и обсудить возможности сотрудничества медицины народной, природной и классической. И сейчас мы готовим такую конференцию, которая состоится 05–12 февраля. Тематика обсуждаемых вопросов разнообразна: от санаторно-курортного лечения до самых необычных методик альтернативной медицины — куклотерапии, сказкотерапии, музыкотерапии и т.д. Не остаются в стороне и вопросы сотрудничества с народными целителями. В Венгрии это не считается чем-то необычным, в этой стране целителей давно лицензируют и дают возможность практиковать рядом с врачами в лечебных гостиницах.

Именно в Хевизе зародилась идея еще одного, скажем так, не совсем обычного курортного проекта, который мы назвали «Танцующие люди». Есть там чудесное место под названием Villa Lira, хозяйкой которой является наша землячка Ирина Легкая, профессиональный учитель танцев. Вилла напоминает сказочный миниатюрный атриум-отель, в котором каждый апартамент имеет свое особенное убранство, там есть музыкально-танцевальный зал и даже небольшая велнес-зона. Во время пребывания в Хевизе можно успеть не только отдохнуть на роскошной вилле, покупаться в водах живого термального озера, но и получить начальный курс уроков танцев!

Присоединяйтесь к нашим программам и проектам! Приглашаем коллег к участию в наших конференциях и рабочих поездках на зарубежные курорты.

Справки по тел:

+7-921-589-15-82

e-mail: stella-mm@yandex.ru



От Редакции: Вот уже третий год подряд Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА организует группы родителей с детьми, страдающими частыми простудными заболеваниями, респираторными аллергиями и дерматоаллергиями, с целью оздоровления на курорте Тапольца (Венгрия), в сопровождении специалистов. Курорт славится своей лечебной карстовой пещерой и минеральной водой для купания, богатой кальцием, обладающей общеукрепляющим действием. Мы неоднократно публиковали материалы о лечебных программах курорта Тапольца, а также репортажи о наших целевых поездках на этот курорт. Сегодня мы беседуем с ведущим специалистом Реабилитационной больницы г. Тапольца, заведующим пульмонологическим отделением Др. Ленделом Ласло.



СПЕЛЕОТЕРАПИЯ ВЕНГРИИ: КУРОРТ ТАПОЛЬЦА

— Уважаемый доктор Лендел, мы снова возвращаемся к теме спелеотерапии, о чем мы неоднократно беседовали с Вами и на наших конференциях в Санкт-Петербурге и Венгрии, и будучи в рабочих поездках непосредственно в Тапольце. Но чем больше мы знаем о спелеотерапии и о лечебной пещере Тапольцы, тем больше возникает вопросов. Проводятся ли сейчас научные исследования эффективности пещерной терапии в Венгрии и, в частности, в Тапольце? И каковы результаты этих исследований?

— Учитывая, что посещение пещеры является частью программы реабилитации пациентов с заболеваниями дыхательных путей, мы не рассматривали изолированно эффект от посещения самой пещеры. У нас нет этой возможности, так как пациенты, прибывшие на восстановительное лечение, посещают и другие процедуры. Это и дыхательная гимнастика, и упражнения на выносливость, выполняемые в пещере в сопровождении физиотерапевта, и выполнение других физических упражнений, например, на велоэргометре, в спортивном зале, на беговой дорожке, а также упражнения в термальной воде в бассейне, сауна, диета, постоянное обучение качеству жизни, некоторые пациенты также получают ФТЛ, например, магнитотерапию. Бронхиальная астма — болезнь психосоматического происхождения. Пациенты, страдающие этим заболеванием, принимают участие в упражнениях на расслабление. На этом фоне трудно рассматривать климатический эффект пещеры отдельно. В комплекс оценки эффективности дыхательной реабилитации входит спирография, замер физического состояния пациента (6 MBT), тест на качество жизни (CAT), контрольный тест бронхиальной астмы, а также психологический тест (Beck) для всех пациентов.

— Известно, что основой для лечебного эффекта пребывания в карстовой пещере Тапольцы являются ионы кальция, которые содержатся в воздухе. Каков механизм поступления кальция из воздуха пещеры в дыхательные пути? Т.е. как воздух пещеры, учитывая его химический состав и физические свойства, воздействует на дыхательные пути и предотвращает развитие респираторных аллергозов, в т.ч. бронхи-

альной астмы, способствует улучшению состояния больных с хроническими бронхолегочными заболеваниями?

— Большое значение имеет высокая концентрация влажности в пещере (95–98%). Влага в виде аэрозоля, мелкодисперсная, с высоким содержанием ионов кальция и магния поступает в дыхательные пути вместе с вдыхаемым воздухом. Этот малый размер частиц аэрозоля позволяет ему проникать вплоть до самых узких частей бронхов, при этом (Ca²⁺) осаждается на слизистой оболочке бронхов, что приводит к противовоспалительным и противоаллергическим эффектам.

— Как воздух пещеры и минеральная вода Тапольцы, богатые кальцием и магнием, влияют на состояние кожи? И специалисты, и пациенты говорят о хорошем косметологическом эффекте после пребывания на курорте.

— К сожалению, научные исследования дерматологических и косметических эффектов минеральной воды и воздуха пещеры не проводились. Но, конечно, об этом постоянно говорят, т.к. такие эффекты очень заметны.

— Есть ли в странах Европы еще лечебные пещеры, подобные пещере Тапольцы? И как Вы оцениваете лечебную пещеру в Будапеште в сравнении с пещерой Тапольцы? Мы были там с рабочей группой наших специалистов, нам будапештская пещера показалась значительно более влажной и менее комфортной.

— К моему большому сожалению, у меня нет информации о зарубежных исследованиях пещерной терапии. В Венгрии пещеру Семлехеды в Будапеште используют для регулярного реабилитационного лечения пациентов с заболеваниями органов дыхания. В основном, это дети, страдающие бронхиальной астмой, лечение проходит амбулаторно. В 80-е годы в Тапольце, по записям в документах, с большим успехом лечили астму и аллергический ринит у детей. Исследования по сравнению результатов лечения в пещерах Будапешта и Тапольцы официально не проводились.

— Заинтересована ли больница Тапольцы в иностранных пациентах, в т.ч. из России? Или больница обслуживает только венгерских пациентов?



— У реабилитационного отделения больницы нет правовых и нормативных препятствий, чтобы за дополнительную плату принимать иностранных пациентов в больницу. Тем не менее, больница должна сначала создать условия для их приема. Помощи периодических переводчиков не достаточно. Общение с пациентами врачей, медсестер, физиотерапевтов, психологов, диетологов и т.д., говорящих на нескольких языках (русский, немецкий, английский) необходимо. В настоящее время такого персонала у больницы нет.

— **Как взаимодействуют больница Тапольцы и отель Пелион (Hunguest Hotel Pelion), который является лечебной гостиницей и имеет свой вход в лечебную пещеру, а также бассейны с минеральной водой?**

— В отделение реабилитации больницы города Тапольцы могут попасть больные только по направлению врача-пульмонолога. Гости отеля могут посещать пещеру по своему усмотрению. По желанию гостя отель может предложить за отдельную плату услуги врача-пульмонолога реабилитационного центра больницы, находящейся по соседству с отелем. Врач назначит комплекс лечебных процедур для пациента. Отель располагает широким спектром медицинских процедур и спортивного оборудования, необходимого для комплексной реабилитации. Мы можем утверждать, что у пещеры нет негативного воздействия, все гости отеля могут находиться в пещере без какого-либо риска для здоровья.

Дополнительно ряд вопросов мы задали Елене Гаал, менеджеру отеля Hunguest Hotel Pelion, Тапольца, Венгрия.

— **Елена, у нас сложилось впечатление, что в Венгрии каждая лечебная гостиница (или сеть гостиниц) ведет свою рекламно-информационную работу с потенциальными гостями самостоятельно, учитывая тот факт, что практически все лечебные гостиницы находятся в частных руках. В Венгрии нет общей системы санаторно-курортной службы, которая регулируется государством?**

— В Венгрии есть несколько типов учреждений: реабилитационные больницы и отели с лечебными процедурами, т.е. с медицинскими центрами, и у каждого направления есть свои кураторы. В реабилитационные больницы люди могут поехать бесплатно по назначению врача. Это, разумеется, касается венгерских пациентов, так как больницы реабилитационного направления находятся полностью на балансе у государства и относятся к Министерству здравоохранения. А вот отели с медицинскими центрами, или лечебные гостиницы — это уже частные учреждения, т.е. работающие на коммерческой основе. Но их работа регламентируется официальными лицензиями и другими документами. В целом государственные больницы, городские купальни на курортах с лечебными отделениями и частные лечебные гостиницы составляют систему санаторно-курортной службы страны. Как в государственных, так и в частных учреждениях такого профиля используются практически одинаковые лечебно-оздоровительные программы, в зависимости от тех природных оздоровительных факторов, которые есть на каждом конкретном курорте, т.е. от профильной направленности курорта.

Беседу вела М. Мамаева

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



ВЕНГЕРСКИЙ КУРОРТ ТАПОЛЬЦА

HUNGUEST HOTEL PELION

SUPERIOR

- Лечебная карстовая пещера
- Собственный целебный термальный источник
- Комфортные номера
- Велнес-зона с бассейнами, саунами, гидромассажем и т. д.
- Тренажерные залы, большая зона отдыха, бар
- Ресторан (шведский стол, детское и диетическое меню)
- Медицинский центр
- Конференц-залы
- Удобное территориальное расположение рядом с озером Балатон



ЛЕЧЕНИЕ и ОЗДОРОВЛЕНИЕ

- Бронхолегочная патология, в т.ч. бронхиальная астма
- Аллергия, дерматология
- Часто болеющие дети
- Нервные болезни, синдром хронической усталости
- Ортопедическая патология, состояния после травм и операций
- Сердечнососудистые заболевания
- Нарушение обмена веществ, ожирение

Hungary, Tapolca, Köztársaság tér 10

Тел. +36-87-513-122. Факс +36-87-513-101

e-mail: reserve6@hotelpelion.hunguesthotels.hu

www.hotelpelion.hunguesthotels.hu



От Редакции: Начало представленного материала опубликовано в журнале «Пятиминутка» № 4–2016 г.



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.) (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

РЕЗУЛЬТАТЫ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ, ПРОШЕДШИХ ЧЕРЕЗ ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ (ЦЗД) СТРАНЫ (ПО ИТОГАМ 2013 Г.)

Среди всех первично обратившихся в ЦЗД признаны здоровыми были всего 34,9% (Табл. 3). В ФО колебание показателя составило от 25,5, 27,7 и 30,5% — в С, У и Д-В ФО, до 46,9 и 48,1% — в Ю и С-К ФО. На количество здоровых детей влияют многие факторы, но среди них следовало бы отметить, помимо климато-географических условий, удельный вес коренного, а, значит, наследственно более адаптированного населения, которого в местах активного освоения природных ресурсов и великих строек Советского периода — гораздо меньше. Исходя из представленных данных, в среднем по стране, да и по ФО, относительные уровни детей, признанных здоровыми при осмотрах в ЦЗД, превысили таковые детей с I-й группой здоровья (по данным диспансеризации 2013 г. — 276,0% от всего детского населения страны), что вполне закономерно, если учесть, что объектом внимания этих подразделений, согласно положению, должны быть исключительно дети с I-ой и II-ой группами здоровья. Остается открытым вопрос о проценте совпадения оценки «здоров» с результатами диспансеризации этих детей.

В субъектах ФО размах показателя составил от 2,8% от числа впервые обратившихся за отчетный период в Архангельской обл. и 4,9% — Республике Карелия (С-З ФО), 5,9% — в Кировской (П), 6,2% — в Томской (С), 6,9% — в Курской обл. (Ц ФО), 8,6% — в Республике Тыва (С) и 9,6% — в Ивановской обл. (Ц ФО), и до 62,7% — в Амурской (Д-В), 65,5% — в Новгородской обл. (С-З), 70,5% в Республике Татарстан (П), 76,6% — в Краснодарском крае (Ю) и 81,5% — в Республике Северная Осетия-Алания (С-К ФО).

Удельный вес признанных здоровыми в возрастных группах от первичного приема в ЦЗД детей данных возрастных групп в 2013 г. распределился следующим образом: максимальные значения отмечены среди детей 0–4 лет — 41,2% (от 22,3 и 28,5% Д-В и Ц ФО до 53,0 и 79,9% — в Ю и С-К ФО), в последующих возрастных группах уровень показателя сначала — резко, а потом — в меньшей степени, но поступательно снижался — 35,5% — 5–9 лет (от 24,0, 30,5 и 30,8% С, С-З и У ФО до 47,2 и 48,9% — в С-К и Ю ФО), 34,8% — 10–14 лет (от 22,5 и 25,3% в С и У ФО, до 47,3 и 47,8% в С-К и Ю ФО), 34,3% — 15 лет (от 21,8 и 22,5% в С и У ФО до 42,5 и 42,8% в Ю и С-К ФО) и 32,0% — 16–17 лет (от 22,4 и 22,7% в У и С ФО до 39,6 и 44,4% в Ю и С-К ФО). Таким образом, удельный вес признанных здоровыми от первичного приема ЦЗД детей соответствующего возраста в рассматриваемом году последовательно снижался от младшей возрастной группы к старшей, что укладывается в логику роста нагрузок на детский организм, связанных с социализацией (необходимость находиться в коллективе, последствия относительной гипокинезии, учебные нагрузки). Следует отметить, что, хотя подобная повозрастная динамика и отражает доминирующие тенденции в большей части субъектов страны, но в отдельных субъектах она имела обратный или вообще непоследовательный характер, что может иметь как объективные, так и субъективные причины и требует дополнительных исследований на местах, прежде всего, где отклонения от преобладающих тенденций наиболее выражены.

Понятно, что на подобное пестрое распределение по территориям влияют, как объективные, так и субъективные факторы, вплоть до предпочтительного сценария работы ЦЗД, избранного по тем или иным мотивам, что непременно будет сказываться на показателях прошедшего

Таблица 3

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

Возраст	из них выявлено				назначено индивид. планов				Направлено			
	здоровых		с функциональными расстройствами		к врачам-специалистам ЦЗД				в ЛПУ		в стационар	
	абс	%	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

через учреждение детского контингента. Если при малом числе осмотренных основной контингент составляют организованные потоки из спортивных школ, секций и спортивных интернатных учреждений — то и здоровых детей там будет гораздо больше, чем в детской популяции в целом. А такое, как показывает опыт, имеет место, т. к. динамическое наблюдение ряда параметров, определяемых в ЦЗД (в т. ч. биоимпедансметрия), служит профилактике перетренированности и повышению спортивных результатов.

Если не имело места завышение числа признаваемых здоровыми, о чем косвенно может свидетельствовать то, что процент и число назначенных индивидуальных коррекционных планов превысил существенно число детей с установленными функциональными расстройствами, то получается, что внимания педиатров, в целях профилактики, требуют уже дети младшей возрастной группы и далее, особенно с момента поступления в образовательные учреждения, что позволит подготовить детей и снелировать у них последствия пребывания в этих учреждениях и тем самым укрепить здоровье детей старших возрастных групп.

Удельный вес здоровых, повторно посещавших ЦЗД, оказался в 1,5 раза ниже такового среди первичных посещений — 21,5%. В ФО показатель колебался от 6,2 и 21,4% в Ц и П ФО, до 45,9 и 50,3% — в Ю и С-К ФО. В субъектах же уровни показателя колебались от 0,0% в 17 субъектах (по 4 — в Ц, Д-В и С-З ФО, по 2 — У и С ФО и 1 — в П ФО), в части из которых повторных визитов не было вовсе, в остальных — от 0,2, 1,1, 2,4 и 3,6% — в Волгоградской (Ю), Кировской обл. (П), Республиках Коми (С-З), Удмуртия (П) и Ярославской обл. (Ц ФО), 4,0, 4,4 и 5,6% — в Ульяновской (П), Липетской обл. (Ц) и Ханты-Мансийском ОА (У ФО), до 74,5, 75,3, 77,9 и 79,4% — в Республике Татарстан (П), Тюменской обл. (У), Республике Дагестан (С-К) и Краснодарском крае (Ю ФО), 81,0 и 96,6% — в Новгородской (С-З) и Владимирской обл. (Ц ФО) (во Владимирской обл. таких было 1499 детей). Случай 100,0% здоровых детей при повторных визитах в Алтайском крае (С ФО) не может быть взят в расчет, т. к. там был всего 1 ребенок пришедший повторно, такой же уровень был в Северной Осетии-Алании (С-К ФО) (все 15 пришедших повторно детей).

Как уже отмечалось, о средней кратности повторных визитов на одно лицо судить не представляется возможным, равно как о возрастном спектре и причинах повторных визитов. Но, если в случаях, когда здоровые среди повторно посещавших ЦЗД отсутствовали вообще или были на низких уровнях, — можно предположить, что причиной повторных визитов был контроль динамики на фоне и по окончании реализации индивидуальных коррекционных планов при различных функциональных нарушениях и других факторах риска, а в территориях с высокими удельным весом здоровых при повторных визитах, причиной могли быть повторные визиты после консультаций у специалистов других ЛПУ по направлению ЦЗД. Во всяком случае, этот показатель не однозначен в трактовке в силу не уточненного спектра причин повторных посещений, и причины его широкой вариаций в ФО, и особенно в субъектах, требуют отдельного изучения.

Удельный вес детей с установленными функциональными расстройствами фактически составил арифметическую разницу между 100,0% и удельным весом детей, признанных здоровыми, — 66,0%, с колебанием уровней по ФО от 51,4 и 51,9% — в Ю и С-К ФО, до 72,3, 72,7, 74,5% — в У, П и С ФО. Информация в значительной степени обедняется отсутствием возможности уточнить характер выявляемых функциональных расстройств, да и правильной было бы отмечать все факторы риска, а не только функциональные расстройства, т. к. все они требуют коррекционных мероприятий. Кстати, в Отчетной форме №68 название данной графы звучит как «с факторами риска» — что гораздо шире и включает в себя и «функциональные расстройства». В субъектах размах между максимальными и мини-



мальными уровнями — гораздо существенней: от 18,6, 23,4 и 27,7% — в Северной Осетии-Алании (С-К), Краснодарском крае (Ю) и Орловской обл. (Ц ФО), 34,5, 36,7 и 37,3% — в Новгородской обл. (С-3), Республике Адыгея (Ю) и Амурской обл. (Д-В ФО), до 90,4, 91,4 и 93,2% — в Ивановской обл. (Ц), Республике Тыва (С), Курской обл. (Ц), 93,8, 94,1 и 97,2% — Томской (С), Кировской (П) и Архангельской обл. (С-3 ФО). Такие колебания показателя, помимо территориальных особенностей в состоянии здоровья детей, могут быть обусловлены и условиями и особенностями организации деятельности самих ЦЗД, возрастным спектром, охваченного их деятельностью детского населения.

Уровень показателя с 0–4-летних к 5–9- и 10–14-летним поднимался с 58,0 до 65,7 и 66,6% от первично обратившихся в соответствующей возрастной группе, практически стабилизировавшись у 15-летних — 66,3%, опять поднимался до 68,3% у 16–17-летних. Подобная динамика также, как и динамика уровня детей признанных здоровыми в своих возрастных группах, вполне укладывается в логику возрастной физиологии и наслаивающихся на нее, растущих с возрастом учебных нагрузок в связи с подготовкой к поступлению в высшие специальные учебные заведения, а также с более тщательным обследованием в связи постановкой на учет в военкоматах и передачей во взрослую сеть. Среди 0–4-летних уровень колебался по ФО от 20,1 в С-К до 77,7% в Д-В ФО, у 5–9-летних — от 50,3 в Ю до 76,0% в С ФО, у 10–14-летних — от 50,5 в Ю до 77,5% в С ФО, у 15-летних от 54,2 в Ю до 78,1% в С ФО, а у 16–17-летних — от 55,6 в С-К до 77,6% в У ФО.

Среди детей, повторно посещавших ЦЗ, функциональные отклонения выявлялись реже, чем в среднем по впервые обратившимся (возможно, это обусловлено улучшением состояния после реализации индивидуальных коррекционных планов или после снятия диагноза после консультации у специалистов) — у 48,4%, с колебанием 34,6 в Ц до 73,3% в С ФО. В субъектах 0,0% был зафиксирован в 14 (по 4 — в С-3 и Д-В ФО, по 2 — в Ц и С ФО, по 1 — в С-К и У ФО), в остальных колебание показателя было от 3,1, 13,0, 20,6, 22,2, 24,7% — во Владимирской (Ц), Новгородской обл. (С-3), Краснодарском крае (Ю), Республике Дагестан (С-К), Тюменской обл. (У) и 30,1 в Тверской обл. (Ц ФО), до 92,8, 94,0, 94,4, 95,6, 96,0, 96,4, 98,9 и 99,8% — в Костромской (Ц), Архангельской обл. (С-3), Челябинской обл. (У), Липецкой (Ц), Ульяновской обл. (П), Ярославской (Ц), Республике Удмуртия (П) и Волгоградской обл. (Ю ФО) и по 100,0% — в Калужской и Московской обл. (Ц), Ханты-Мансийском АО (У), Самарской (П) и Тюменской обл. (С ФО). Для окончательных выводов о причинах такому разбросу показателя так же необходимы дополнительные исследования.

Назначение индивидуальных коррекционных планов потребовали 84,8% от впервые обратившихся в ЦЗД, что заметно (на 18,8%) превышает удельный вес детей с установленными функциональными нарушениями (66,0%). За счет какого контингента детей идет превышение, можно лишь предполагать. Вполне возможно, что в старших возрастных группах речь идет о детях с факторами риска развития неинфекционной патологии в виде вредных привычек, но превышение фиксируется во всех возрастных группах, значит, речь идет о профилактических мероприятиях у детей с факторами риска,

не имеющими проявлений в виде функциональных нарушений и без вредных привычек, возможно, речь идет о здоровых детях, не соблюдающих принципы здорового образа жизни, но у которых, соответственно, еще нет функциональных расстройств, либо эти расстройства еще не противостоят состоянию, квалифицируемому как «здоров». Колебание показателя в ФО составило — от 51,0 — в Ю, 79,3 и 81,2% в Ц и С-К ФО, до 95,2 и 95,9% — в П и С ФО. Субъекты дали гораздо более широкий размах колебаний от 0,0% — в Волгоградской обл. (Ю), чему нет объяснения, кроме организационных причин, 36,7% в Республике Адыгея (Ю), 40,1 в Рязанской (Ц), 43,1 — в Краснодарском крае (Ю), 44,1 — в Ленинградской обл. (С-3), 44,8 — в Камчатском крае (Д-В), 48,5% — во Владимирской обл. (Ц), 48,8 — в Республике Дагестан (С-К) и 49,7% — в Чукотском АО (Д-В ФО), до 100,0% в 36 субъектах страны (в 9 — в Ц, в 8 — в П, 6 — в С, 4 — в С-3 ФО, по 3 — в С-К и Д-В ФО, по 2 — в Ю и У ФО). Естественно, когда 100,0% обследованного контингента требует назначения индивидуальных коррекционных планов — возникает настороженность в обоснованности абсолютно всех назначений или квалификаций состояния как — «здоров», но заранее следует согласиться, что состояние, даже когда ребенок — «здоров», требует грамотного индивидуализированного поддержания этого здоровья, чтобы оно укреплялось и имело позитивное развитие, кроме того, функциональные нарушения не будут сказываться на здоровье ребенка на ранних этапах и выливаться в какие-либо ограничения, нарушения здоровья, так же как, допустим, весьма распространенные нарушения осанки на этапе их формирования, здоровыми могут быть и дети с факторами риска в виде вредных привычек, с установленными отклонениями от здорового образа жизни, но все они потребуют индивидуальных коррекционных планов и занятий в Школах здоровья. Это подтверждается тем, что превышение наблюдается во всех возрастных группах, от младшей возрастной группы к 15-летним происходит убывание, а затем — опять подъем, но не до исходного уровня (86,4% у 0–4-летних, далее 85,3% — у 5–9-летних, 85,2% — у 10–14-летних, снижение до 81,3% у 15-летних с последующим повышением до 84,4% — у 16–17-летних).

Дети раннего возраста более подвержены простудным заболеваниям, на этот возрастной период приходится адаптация в коллективе детского дошкольного образовательного учреждения, что сопряжено с ростом контактов и частоты простудных заболеваний со всеми вытекающими последствиями. В позднейшие возрастные периоды происходит адаптация в коллективе и снижение частоты простудных заболеваний, подскок уровня показателя в самой старшей возрастной группе, возможно, с одной стороны, связан с более тщательным обследованием детей в связи с подготовкой к поступлению в высшие образовательные учреждения и к армейской службе, а, с другой, — следствие высоких учебных нагрузок в старших классах на фоне активного пубертатного периода. Причины существенного превышения частоты назначения индивидуальных коррекционных планов, числа детей с установленными функциональными расстройствами по всем возрастным группам ждут свой расшифровки, для чего необходимо проведение целенаправленного исследования. Возможно, потребуется мониторинг на посто-

янной основе, в том числе, как качественного показателя результатов работы ЦЗД, как службы профилактики, в том числе, ранней, донозологической, на этапе функциональных расстройств и сокращения адаптационных резервов.

В ФО значения показателя среди 0–4-летних колебались от 50,9% в Ю до 96,7–98,5% — в С-3 и П ФО, у 5–9-летних 55,4% — Ю до 95,9 и 96,3% в С и П ФО, 10–14-летних — от 51,8% — в Ю, до 96,1–96,9% — в П и С ФО, 15-летних — 37,6% — в Ю, до 94,4 и 94,8% — в У и С ФО, а у 16–17-летних — 51,0% — в Ю, до 92,1 и 96,4% — в П и С ФО. Самые низкие значения показателя в Ю ФО (в целом и во всех возрастных группах), возможно, обусловлены ограниченными возможностями проведения мероприятий индивидуальных коррекционных планов, их реализации и контроля, что может быть обусловлено как самими ЦЗД Ю ФО, так и условиями их деятельности.

При повторных визитах необходимость назначения индивидуальных коррекционных планов возникала лишь в 45,2% случаев, что хотя и близко, но, все же, ниже по значению удельного веса детей с функциональными расстройствами среди повторных посещений (48,4%). В ФО уровень данного показателя колебался от 15,9% — в Ц и 26,7% — в Ю ФО (что вдвое ниже, чем удельный вес детей с функциональными нарушениями в этой группе в данных ФО), до 85,2, 86,6 и 97,3% в Д-В, С и У ФО, что существенно превысило уровни числа детей с установленными функциональными расстройствами в упомянутых ФО среди повторных визитов. Вероятно, часть повторных визитов происходила на фоне реализации уже назначенных индивидуальных коррекционных планов и дополнительных назначений не потребовалось.

Колебание данного показателя в территориях (исключая Брянскую обл.) составило от 0,0% в 12 субъектах страны (4 — в С-3, 3 — в Ц, 2 — в С и по 1 — в Ю, С-К и П ФО), 5,7 — в Пензенской обл. (П), 21,3 и 25,5 — в Республиках Дагестан (С-К) и Башкортостан (П), 27,6 — в Иркутской обл. (С) и 29,4% — Краснодарском крае (Ю ФО) и до 100,0% — в 30 субъектах (7 — в П и по 6 — в Ц и С ФО, 4 — в С-К, по 2 — в У, Д-В и С-3, и 1 — в Ю ФО). Шла ли речь о коррекции индивидуальных планов, назначении новых, или о впервые назначаемых вернувшимся после обследования специалистами ЛПУ по направлению из ЦЗД, — можно лишь догадываться, необходимо специальное исследование.

Таким образом, индивидуальные коррекционные планы следует назначать шире, при всех выявляемых факторах риска каковыми являются любые отклонения от принципов ЗОЖ в повседневной жизни, не говоря о наличии функциональных нарушений, с последующим контролем результатов в ЦЗД при повторных визитах в те или иные сроки в зависимости от характера проводимой коррекции. Такой подход даст возможность судить об эффективности деятельности ЦЗД, чего сейчас нет, заведомо ее повысив.

При 66,0% первично обратившихся детей, у которых были выявлены функциональные расстройства и 84,4% назначенных им индивидуальных коррекционных планах, **удельный вес детей, направленных к врачам-специалистам ЦЗД** составил всего 27,5%. Сравнительно низкое направление детей к специалистам ЦЗД лишь частично можно объяснить смещением консультативной помощи в пользу специалистов АПУ (34,2%), т.к. процент направляемых туда детей в сумме с удельным весом де-

тей, проконсультированных специалистами ЦЗД, приближался к удельному весу выявления функциональных расстройств — 61,7%. Но нельзя исключить и варианта, когда одни и те же дети направлялись и к специалистам ЦЗД, и АПУ. Впрочем, сумма была существенно ниже уровня назначений индивидуальных коррекционных планов, что наводит на мысль, что именно частота назначения индивидуальных коррекционных планов соответствует удельному весу детей с факторами риска развития неинфекционной патологии, хотя она может скрадываться отсутствием возможности реализовать составляющие индивидуальные планы мероприятия в реальных условиях конкретных субъектов или проживания части детей. Возможно, подобное распределение и отражает реальную потребность в консультативной помощи осмотренного контингента, хотя она может искажаться отсутствием конкретных специалистов в достигаемых для ребенка медицинских учреждениях, что заведомо имеет место в целом ряде субъектов, имеющих дефицит педиатрических кадров, тем более в условиях, когда происходит закрытие медицинских учреждений без учета того, что площади обслуживания, остающиеся на действующие учреждения делают мало вероятным добраться до них даже в случае острой нужды, не говоря о рекомендациях, не подтвержденных убедительной для близких симптоматикой у ребенка.

Колебание уровня удельного веса детей, направленных к специалистам ЦЗД, в ФО составило от 8,1, 12,2 и 16,9% — в Д-В, Ю и С-К ФО, до 31,1 и 37,3% — в С и П ФО, т.е. размах между минимальным и максимальным значениями был более чем четырехкратный. С одной стороны, подобная разница обусловлена мощностью, а значит, и укомплектованностью штата ЦЗД специалистами, а, с другой — возможностью получения необходимых консультаций в ходе одного посещения ЦЗД, а также преобладающей формой работы ЦЗД — на выезде или обслуживании на месте базирования, что необходимо уточнять в дальнейших исследованиях, т.к. это также определяет мнение о необходимости таких подразделений и их деятельности в структуре первичного звена медицинской помощи детям. Колебание же уровня показателя в субъектах происходило в гораздо большем диапазоне: от 0,0%, зафиксированных в 5 субъектах Ц ФО, включая Московскую обл., в 3 — С-3 и С-К ФО, 2 — в Ю и по 1 — в Д-В и С ФО, в остальных он варьировал от 0,8, 2,1, 2,2 и 3,0% в Ульяновской обл. (П), Новосибирской (С), Воронежской (Ц), и Республике Чувашия (П), 7,2, 7,3 и 7,8% в Ямало-Ненецком АО (У), Саратовской (П) и Свердловской обл. (У ФО), 10,1 и 11,8% — в Магаданской (Д-В) и Ростовской (ЮФО), до 76,5 82,9 и 98,1% — в Тамбовской (Ц), Кировской и Нижегородской обл. (П) и по 100,0% — в 8 субъектах (4 — в Ц, 3 — в П и 1 — в С-К ФО). На наш взгляд, правы те субъекты, где все 100% детей посещают всех специалистов ЦЗД, — такая возможность должна быть использована полностью на благо ребенка, тем более, если посещение ЦЗД будет нормативно включено в диспансеризацию, что уже имеет место в ряде субъектов. С этих позиций, чрезвычайно важно иметь представление, какие специалисты наиболее востребованы, как в самих центрах, так и, по их направлениям, в других ЛПУ.

Интересно, что в возрастных группах значения показателя были очень близкими и начиная с 26,6% у детей 0–4 лет (от 7,1, 13,3 и 13,6% в У, С и Ю ФО до 49,3 и 53,0% —



в Ц и П ФО), незначительно последовательно увеличиваясь к 10–14 годам: до 27,6% — у 5–9-летних (с колебанием по ФО от 6,9 до 39,5% в Д-В и П ФО) и 28,7% — у 10–14-летних (с колебанием от 6,9 до 37,5 в Д-В и С ФО), в 15 лет снижались до 25,5% (от 8,4 до 34,7% — в Ю и П ФО), незначительно поднимаясь у 16–17-летних почти до уровня 0–4-летних — 26,2% (от 9,0 до 41,9% в Д-В и У ФО). Подобное распределения, с одной стороны, не соответствует общей тенденции к сокращению, с возрастом, здоровых в детской популяции, как результат последствий учебных нагрузок и неадекватных возрастным потребностям физической активности, пребывания на свежем воздухе и характера питания. А с другой — является следствием неоднородного, порой полярного, повозрастного распределения прошедших через ЦЗ детей в ФО, не говоря о субъектах.

Среди повторных обращений удельный вес детей, направленных к специалистам ЦЗД, составил всего 13,7% с колебанием в ФО от 3,6 и 6,5% в С-К и Ц, до 24,9 и 39,9% в У и П ФО. Помимо возможностей укомплектовать ЦЗД штатными и сверхштатными специалистами, эти цифры косвенно свидетельствуют и о доступности самих центров для детского населения, т.к. трудно представить, что подавляющее большинство детей попадет в них, если придется посещать его повторно при условии его отдаленного расположения от места проживания/обучения ребенка. Но для уточнения причин подобного положения необходимо дополнительное изучение, прежде всего, в регионах с выделенными крайними значениями показателей.

Естественно, субъекты обнаружили гораздо больший размах показателя, который варьировал от 0,0% — в 31 субъектах (7 — в Ц, 6 — С-3, по 5 — в Д-В и П ФО, по 3 — в С и Ю и по 1 — в У и С-К ФО), по 0,1% — в Воронежской (Ц) и Новосибирской обл. (С), 3,0 — Вологодской (С-3), 3,1 — в Кемеровской (С), 4,3 — в Курганской (У) ФО, 4,6 — в Сахалинской обл. (Д-В), 12,8 — в Краснодарском крае (Ю) ФО, до 65,7 — в Республике Бурятия (С), 81,4 — в Нижегородской (П), 84,8 — в Мурманской (С-3), 92,1 — в Тверской (Ц), 92,7 и 98,6 — в Оренбургской и в Самарской обл. (П ФО), и по 100,0% — в 9 субъектах (4 — Ц, 3 — в П и по 1 — в С-3 и С-К ФО). Причины такому явлению, помимо того, что служба находится в процессе развертывания и не установлен единый оптимальный алгоритм действий по всем пунктам оказываемой данными подразделениями помощи, также не очевидны и могут быть слишком разнообразны, что требует дальнейшего исследования. Остается открытым вопрос о причинах направления к специалистам ЦЗД при повторных посещениях подразделения, а также — какие специалисты были наиболее востребованы при первичных и повторных визитах. Можно предположить, что повторного визита требовало и отсутствие соответствующего специалиста или большая очередь к нему при первичном посещении, но определенно судить — не представляется возможным.

В АПУ дети направлялись несколько чаще — 34,2%, как было отмечено, это вместе с детьми, проконсультированными специалистами ЦЗ, не перекрывает удельный вес детей с установленными функциональными расстройствами, кроме того, можно предположить, что часть детей консультировались и специалистами ЦЗД, и направлялись в АПУ. В ФО уровень колебался от 26,8 и 26,9% — в У и С ФО до 38,6, 39,5 и 40,0% — в Д-В, С-К и П ФО. Размах показателя

в субъектах составил от 0,0% — в Самарской обл. (П), Республике Карелия (С-3), Чукотском АО (Д-В), Республиках Тыва (С) и Адыгея (Ю ФО), 0,2, 1,1 и 2,7% — в Липецкой обл. (Ц), Республике Алтай (С) и Краснодарском крае (Ю), 7,2, 8,0, и 8,8 и 10,1% — в Свердловской обл. (У), Ивановской и Орловской обл. (Ц) и Магаданской обл. (Д-В ФО), до 60,5, 63,7, 63,9 и 64,5% — в Иркутской обл. (С), — в Республике Саха (Якутия) (Д-В), Московской обл. (Ц) и Карачаево-Черкесской Республике (С-К), 68,3 и 69,8 и 75,2% — в Нижегородская обл. и Республике Татарстан (П) и Калининградской обл. (С-3 ФО). В возрастном аспекте удельный вес направляемых в АПУ от числа посетивших ЦЗ в каждой возрастной группе распределился следующим образом: при наиболее низких значениях — 32,4% (от 10,8 и 13,3% в У и С, до 54,3 и 70,3% Д-В и Ц ФО) у 0–4-летних, далее следовал поступательный рост — 33,1% (от 25,7 и 26,8% — в С и У до 39,8 и 39,9% — в С-К и Ю ФО) у 5–9-летних и 33,9% (27,4 и 29,2% — в У и С до 37,3, 37,9 и 41,1% — в Д-В, С-К и П ФО) у 10–14-летних, со стабилизацией значений в старших возрастных группах — 36,6% у 15- (от 25,8 и 30,8% У и Ю до 41,5 и 46,4% — Д-В и С-К ФО) и 36,5% — у 16–17-летних (от 31,1 и 31,6% в У и Ц до 42,5 и 44,6% в Д-В и С-К ФО).

Подъем консультативной активности со стабилизацией показателя у 15- и 16–17-летних можно объяснить постановкой юношей на учет в военкоматах и поступлением части подростков в специальные образовательные учреждения и подготовкой к передаче во взрослую амбулаторную сеть, а также накоплением к этому возрасту проблем со здоровьем и не только на доназологическом уровне.

Удельный вес направляемых к специалистам АПУ среди повторных обращений в ЦЗД в целом по России составил 18,5%, с колебанием от 7,1, 7,6 и 18,4% в С-3, Ц, и С ФО до 33,6 и 39,3% в П и С-К ФО. Разброс значений в составе от 0,0% — в 22 субъектах (7 — в С-3, по 4 — в П и С, 3 — в Ц, 2 — в С-К, по 1 — в Д-В и У ФО, отсутствовали только в Ю ФО), 0,8% — в Краснодарском крае (Ю), 0,9 — в Тверской и 1,2 — во Владимирской обл. (Ц), 1,4 — в Забайкальском крае (С), по 4,3 — в Курганской обл. и Ямало-Ненецком АО (У), 9,2 — в Мурманской (С-3) и 10,1% — в Магаданской обл. (Д-В) ФО, до 60,4 — в Оренбургской обл. (П), 60,9 — в Карачаево-Черкесской Республике (С-К), 63,4 — Томская обл. (С), 63,7 — в Республике Саха (Якутия) (Д-В), 64,7 — Волгоградской обл. (Ю), 71,9 — в Москве (Ц), 78,1 — в Нижегородской (П) и 81,7% — Калужской обл. (Ц ФО). Остается открытым вопрос о том, какие специалисты АПУ наиболее востребованы ЦЗД, возможно, имело бы смысл укомплектовывать ими ЦЗД на постоянной основе или на период наиболее интенсивной деятельности, но в представляемом варианте материалы не позволяют об этом судить, равно как о наиболее востребованных обследованиях, ради которых могли направлять в АПУ, судить не представляется возможным.

В общей сложности, по стране, из числа первично обратившихся в ЦЗД **было направлено в стационар 0,2%** (1804 ребенка). Казалось бы, удельный вес таких детей незначителен, но если представить, что мотивом направления было не обследование методами, которые имеются в ряде субъектов только в стационаре, а госпитализация по состоянию ребенка, вскрывается и дополнительная миссия ЦЗД в территориях: выявлять детей, по каким-либо причинам выпадающих из поля зрения детской меди-

чины на местах, но нуждающихся в медицинской помощи вплоть до госпитализации. Хотя речь может идти и о диагностических мероприятиях в амбулаторных условиях или условиях дневного стационара, но даже если бы был выявлен всего 1 ребенок, состояние которого требовало госпитализации, эта миссия оставалась бы очень важной, в том числе, как потенциальная. Понятно, что дети, подлежащие госпитализации, вряд ли могут быть отнесены к I или II группе здоровья, на работу с которыми ориентированы ЦЗД по определению. В 4 ФО количество таких детей таково, что показатель не превышает 0,0% (Ц, У, П и С ФО), но и в них количество таких детей колебалось от 14 (в У) до 93 (в Ц ФО) детей, в остальных — от 0,3% в Д-В ФО до 0,7 и 1,2 — в Ю и С-3 ФО с самой высокой численностью — 613 и 586 таких детей, соответственно. Не было направлений в стационары из ЦЗД в 56 субъектах, в остальных 27 количество таковых варьировало от единиц до 582 детей в Республике Карелия (С-3) и 613 — Волгоградской обл. (Ю ФО), эти субъекты определяли количество таких детей не только в своих Федеральных округах, но и в стране в целом. На 3-м месте находилась Сахалинская обл. (Д-В ФО) — 119 детей. В повозрастном распределении по относительным величинам от числа впервые обратившихся за год среди детей, направленных в стационары, преобладали 15-летние — 0,3%, по 0,2% было среди 0–4- и 10–14-летних и по 0,1% — среди 5–9- и 16–17-летних. Однако относительные величины не дают представления об абсолютных величинах, т.к. по количеству детей возрастные группы детей, охваченных деятельностью ЦЗД, очень разнятся. Преобладали дети 10–14-летние — 697 детей, далее следовали 5–9-летние — 491 ребенок, за ними 15-летние — 259, за ними 16–17-летние — 204, и 150 детей — 0–4 лет. Но, все же, мотивы направления детей в стационар остаются неизвестными: обследование или же они нуждались в лечении. С одной стороны, чрезвычайно важно выявление детей, нуждающихся в направлении в стационар, и здесь необходимо обратить внимание на территории, в которых на приеме в ЦЗД не было выявлено ни одного такого ребенка, но, с другой, конечно же, — не задача ЦЗД выявлять детей, нуждающихся в стационарном лечении или обследовании, а, значит, налицо изъяны деятельности педиатрической службы амбулаторно-поликлинического звена относительно этих детей, причины чему необходимо устанавливать, если только это было не направление на обследование в условиях дневного стационара у специалистов и методами, которыми не располагает территориальное АПУ.

Среди повторно посещавших ЦЗД страны в стационар было направлено 30 детей, что в относительных значениях не превысило 0,0% от общего числа повторных визитов, и все они были из С-К ФО: 29 таких детей было в Ставропольском крае и 1 ребенок — в Чеченской Республике.

Остается открытым вопрос — сколько детей были направлены в стационар после консультаций специалистами АПУ по направлению ЦЗД, такие сведения дополнительно акцентировали бы важность работы ЦЗД не только в профилактике на этапе доклинических проявлений, но и в обследовании контингента, выпадающего по каким-то причинам из сферы внимания педиатрической службы на местах, но уже нуждающихся в обследовании и лечении в стационаре.

Обобщая результаты обработки данных ЦЗД субъектов РФ, представленных согласно письму Министерства № 15–2/10/2–1642 от 18.02.2011 в 2013 г., необходимо отметить следующее: на текущий момент при правильно определенной стратегии на создание службы Центров здоровья, как основы профилактики неинфекционных заболеваний у населения России, тактика ее реализации на уровне детского населения — основы благополучия здоровья будущих поколений страны, — вопиюще не логична. Среди основных проблем — развертывание отдельных ЦЗД вне логики развертывания функционально единой службы во всей логике иерархии: от территориального подразделения к субъектовому, окружному и Всероссийскому. В этом причина выявленных изъянов, начиная с не привязанных к территории и ее пространству и плотности проживания детского населения организации, размещения и мощности подразделений, их штатного расписания и штатного оснащения, механически перенесенного с аналогичных подразделений для взрослых. Результатом является и то, что детям 0–9 лет ЦЗД не в состоянии предоставить полный, продекларированный Положением о ЦЗД пакет обслуживания по выявлению факторов риска развития неинфекционной патологии, а это 60% детского населения страны в возрасте, когда закладывается все, практически все риски, порой на всю перспективу развития и жизни человека, гражданина страны. Результатом такого положения является и отсутствие оптимального наработанного алгоритма, который, возможно, и не будет установлен единым, в силу пестроты условий деятельности ЦЗД и возможностей, и особенностей организации медицинской помощи детям на местах, но, в таком случае, следовало бы наработать варианты приемлемых сценариев деятельности, в зависимости от местных условий, в целях их оптимизации в интересах детей. Для этого и необходимо объединение сети ЦЗД в иерархической пирамиде единой службы: от субъектов и Федеральных округов до страны в целом. А в итоге — разброс в широком диапазоне уровней практически всех показателей, как по возрастам, так и в Федеральных округах, а еще больший — в субъектах, что отмечается и по взрослой службе [21]. Необходимо нормативно закреплённое уточнение и спектра собираемых в учетной документации и представляемых в отчетной форме сведений, чтобы как можно полнее представлялась картина по спектру рисков развития неинфекционной патологии у детей в возрастно-половой градации, а также необходимых консультаций, чтобы объективно обосновывать массовые профилактические мероприятия и оказывать помощь ЦЗД необходимыми специалистами, часть из которых, возможно, потребуются включить и на постоянной основе в штат. При выполнении всех условий ЦЗД смогут полностью справиться с поставленной перед ними задачей профилактики и снижения уровня заболеваемости неинфекционной патологией сначала детского, а в ближайшем будущем и взрослого населения страны, тем самым разгрузив систему отечественного здравоохранения, финансируемую в нашей стране более чем скромно. ●

Литература:

полный список см. «Пятиминутка» № 4–2016 г.



МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Минеральные воды являются природным лечебным фактором, который широко применяется в разных областях медицины, прежде всего, в гастроэнтерологии. Лечебное применение минеральных вод имеет многовековую историю. Так, в Греции археологи обнаружили развалины водолечебницы, построенной еще в VI веке до н.э. Древние греки сооружали святилища и алтари у целебных источников, а с помощью воды проводили религиозные обряды омовения, купания, крещения. Мифического героя Геракла считали покровителем природных вод, так как верили, что он обрел свою силу, выкупавшись в воде источников Кавказа. Знаменитые врачи прошлого Гиппократ, Архиген, Фаллопий использовали минеральные воды для лечения больных (1).

Первые сведения о минеральных источниках в России были опубликованы в 1627 г., а изучение и использование минеральных вод с лечебной целью началось в эпоху Петра I. По его Указу в 1718 г. был организован первый в России курорт «Марциальные воды» на месте источника железистых минеральных вод. Аналогичные железистые воды были обнаружены в деревне Полюстрово под Петербургом. А в записях доктора Шобера упоминаются горячие воды Пятигорска и «кислые родники» сегодняшнего Кисловодска. В 1863 г. на Кавказских минеральных водах доктором С. А. Смирновым было организовано первое русское бальнеологическое общество. В 1920 г. в Пятигорске был создан первый в нашей стране бальнеологический институт, в организации научной работы которого принимал участие академик И. П. Павлов (1).

Лечебными считаются природные минеральные воды, которые содержат в повышенных концентрациях минеральные (реже органические) компоненты, а также различные газы или обладают специфическими физическими свойствами: радиоактивностью, определенной температурой, активной реакцией среды, благодаря чему они оказывают на организм человека действие, отличающееся от действия пресной воды (1).

Самым распространенным и наиболее древним методом применения минеральных вод является питьевое лечение.

Мы начинаем рассказ о лечебных минеральных водах с чешских курортов.

БИЛИНСКА КИСЕЛКА

Щелочная гидрокарбонатно-натриевая лечебно-столовая минеральная вода общей минерализацией 7,5 мг/л. Добывается в горах Северной Чехии у местечка Билины с глубины 190,8 м. По составу эта вода напоминает Боржоми и Ессентуки 17, но вкус значительно мягче и приятнее. Вода искусственно не газифицируется. Газ, присутствующий в бутылке, природного происхождения.

Свойства минеральной воды «Билинска Киселка» (БК):

- наличие кислотонейтрализующего эффекта позволяет использовать БК у больных с кислотозависимыми заболеваниями (язвенная болезнь, хронический гастродуоденит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хронический панкреатит);
- стимулирует адаптационные реакции, что позволяет рассматривать БК как средство повышения резистентности организма;
- влияет на продукцию гормонов пищеварительной системы, посредством чего модифицирует течение метаболических процессов и успешно применяется при ожирении;
- за счет умеренного желчегонного и желчестимулирующего действия применяется в комплексной терапии патологии желчного пузыря и печени (ЖКБ, хронический холецистит, холангит, дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди);
- является альтернативным методом профилактики и лечения заболеваний у детей с учетом трудностей приема медикаментозных препаратов детьми грудного возраста или возрастных ограничений приема большинства лекарственных средств (от 10–12 лет);
- обладает лечебным эффектом у пациентов с хроническими заболеваниями мочеполовой системы (хронический пиелонефрит, цистит);
- используется для лечения хронических заболеваний органов дыхания (хронических бронхитов, кашле курильщика, бронхиальной астмы и т.д.), как при внутреннем применении, так и в качестве компонента ингаляций, небулайзеротерапии.

Преимуществом минеральной воды БК является гармоничное сочетание мощного лечебного эффекта и приятных вкусовых качеств. Вода разливается непосредственно у источника, поэтому обладает исключительной бактериологической чистотой. Входит в десятку наиболее ценных минеральных вод мира. Является средством с многогранной клинической эффективностью, определяемой, прежде всего, выраженным влиянием на функционирование желудочно-кишечного тракта и билиарной системы. Вода разливается в оригинальные полиэтиленовые бутылки, защищающие содержимое от ультрафиолетовых лучей, что позволяет максимально длительно сохранять уникальный физико-химический состав. По составу и качеству вода в бутылке абсолютно идентична той, что добывается из источника. Вода не содержит в составе тяжелых металлов (свинец, ртуть, кадмий, хром), соединений группы азота (нитраты, нитриты, аммоний), а также радионуклидов. Не имеет возрастных ограничений, поэтому используется в педиатрии и детской гастроэнтерологии.

Лечебные эффекты:

- Снижает кислотность желудочного сока (при приеме минеральной воды уже через 2–3 минуты внутрижелудочный pH повышается до нейтральных значений)

Родник

Минеральные воды Чехии



РЕКЛАМА

ПРЕИМУЩЕСТВА НАШИХ ВОД

- ✓ Все наши воды бутилируются прямо у источника, что максимально сохраняет их лечебные свойства.
- ✓ Скважины по добыче минеральных вод находятся на глубине до 190 метров, поэтому наши воды абсолютно чисты и не содержат посторонних примесей.
- ✓ Население многих европейских стран лечится этими водами более 350 лет, что говорит об их эффективности и узнаваемости нашей продукции.
- ✓ С каждым годом бальнеология (лечение с помощью минеральных вод) возвращает свою популярность и заменяет фармакологические методы, так как вода не имеет противопоказаний и побочных эффектов, а результаты ее использования во многих случаях проявляются быстрее и сохраняются дольше.
- ✓ Все наши воды имеют свидетельства о регистрации и прошли добровольную сертификацию. За годы продаж у нас сотни благодарственных отзывов от врачей и покупателей.

www.minervoda.ru • 8 (812) 274-11-41 • 8 (495) 96-92-792

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ



- Спазмолитический (минеральная вода расслабляет гладкую мускулатуру кишечника)
 - Секретостимулирующий (усиливает секрецию слюнных желез и желез желудка)
 - Противовоспалительный (стимулирует процессы регенерации в желудке и кишечнике)
 - Метаболический (микроэлементы минеральной воды входят в состав большинства ферментов, участвующих в обмене веществ в организме человека)
 - Желчегонный (способствует образованию и выведению желчи)
 - Панкреорегирующий (регулирует выделение сока поджелудочной железой)
 - Прокинетический (ускоряет желудочную эвакуацию, продвижение пищевого комка по кишечнику)
 - Гепатопротективный (активирует процессы биотрансформации токсических веществ в печени)
 - Коррекция дисбактериоза (активирует микрофлору кишечника и способствует выработке ею антибактериальных и биологически активных компонентов)
- Абсолютных противопоказаний нет!

Относительные противопоказания: декомпенсация кровообращения, хроническая почечная недостаточность, диабетический ацидоз.

Рекомендации по применению:

- Применяется после консультации врача! Для достижения максимального эффекта важно учитывать такие факторы, как количество разовой дозы, температуры воды, связь с едой (до или после), длительность приема.
- Не назначается при обострении заболевания!
- Разовая доля различна (от столовой ложки до 2 стаканов). Начинать следует с уменьшенных доз, постепенно увеличивая до максимальных
- Пить медленно, небольшими глотками, в идеале — во время ходьбы
- Длительность приема не менее 3 недель, до 6 недель.
- Повторные курсы проводятся через 3–4 месяца.

Рекомендации при наличии определенных заболеваний ЖКТ:

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастродуоденит: Киселка 250 мл 3 раза в день за 30 мин до еды в холодном виде (14–16°C).

Хронический панкреатит, хронический гепатит: Киселка в холодном виде (14–16°C) 200 мл через 20 мин после каждого приема пищи. Горькая (см. ниже) 30 мл 6 раз в день.

Педиатрия (функциональная диспепсия, гастриты, изжога, дискинезия желчевыводящих путей): Киселка детям старше 7 лет — по 100 мл 3 раза в день через 1 час после еды. Детям до 7 лет — 3 раза в день через 1 час после еды, из расчета 5 мл/кг массы тела на каждый прием.

Изжога (в т. ч. у беременных): Киселка в холодном виде (14–16°C) 100 мл через 20 мин после каждого приема пищи.

Подагра: Киселка 250 мл 3 раза в день за 30 мин до еды.

ЗАЙЕЧИЦКА ГОРЬКА (ЗГ)

Горькая по вкусу сульфатно-магниева лечебная минеральная вода очень высокой минерализации (33–34 мг/л), отличное желчегонное и мягкое природное слабительное средство. Разливается на Севере Чехии вблизи курорта

Теплице, в местечке Зайячья Горка. Идеально подходит для тубажей. Препятствует образованию камней в желчном пузыре. Оказывает противовоспалительное действие. Снижает аллергические кожные проявления.

Основные свойства воды:

- единственное природное слабительное с доказанным лечебным эффектом
- естественное желчегонное средство
- у пациентов с нарушением перистальтики кишечника (запоры, синдром раздраженного кишечника) применение минеральной воды ЗГ сопровождается положительными изменениями психологического статуса
- способствует улучшению качества жизни пациентов
- эффективно снижает интенсивность чувства горечи во рту и тошноту
- у пациентов с повышенным артериальным давлением способствует стабилизации артериальной гипертензии на фоне базисной гипотензивной терапии
- отсутствие побочных эффектов терапии
- профилактика и лечение атеросклероза
- за счет высокого содержания магния является прекрасным дополнением к рациону беременной женщины на любых сроках беременности
- сбалансированный состав ЗГ способствует восполнению необходимых минералов и электролитов
- благодаря достаточно высокому содержанию йода используется в комплексной коррекции нарушений функции щитовидной железы

Основные показания к применению ЗГ:

Воспалительные заболевания ЖКТ: хронический гастродуоденит, колит, язвенная болезнь, холецистит

- Повышение кислотности желудочного сока
- Ожирение
- Хронические запоры
- Синдром раздраженного кишечника
- Атеросклероз и нарушения сердечного ритма
- Заболевания печени и желчного пузыря
- Подагра
- Сахарный диабет
- Геморрой

Абсолютных противопоказаний нет!

Относительные противопоказания: выраженная недостаточность кровообращения, тяжелая печеночная и почечная недостаточность, декомпенсированный ацидоз, гипотония, желчнокаменная болезнь.

Уникальное соотношение катионно-анионного состава (магний, натрий, калий, кальций и стронций, анионы — гидрокарбонаты, нитраты, сульфаты) определяет горьковатый привкус и позволяет применять воду при лечении различных заболеваний.

Рекомендации по применению:

- Применяется после консультации врача! Для достижения максимального эффекта важно учитывать такие факторы, как количество разовой дозы, температуры воды, связь с едой (до или после), длительность приема.
- В большинстве случаев при лечении рекомендуется принимать по 150 мл минеральной воды утром натощак или вечером перед сном
- Разовая доля различна. Начинать следует с уменьшенных доз, постепенно увеличивая до максимальных

- Учитывая специфический горьковатый вкус, можно разбавлять ее минеральной водой БК (см. выше) в соотношении 1/1
- Длительность приема от 10–14 дней, до 6 недель
- Повторные курсы проводятся через 3–4 месяца.

Важно! Наибольший лечебный эффект при многих заболеваниях дает совместное применение БК и ЗГ.

Рекомендации при наличии определенных заболеваний ЖКТ:

Проведение слепых лечебных тюбажей: утром натощак выпить 250 мл Горькой в теплом (36°C) виде, с грелкой лечь на правый бок на свернутую валиком подушку на 1,5 часа. Наличие камней в желчном пузыре является противопоказанием для проведения тюбажа.

Сахарный диабет: Киселка 250 мл 3 раза в день за 30 мин до еды, Горькая 100 мл на ночь перед сном с постепенным увеличением дозы до 250 мл. Возможно разбавлять Горькую Киселкой в соотношении 1/1. Периодически рекомендован тюбаж.

Запор — функциональные запоры, в том числе у беременных, синдром раздраженной кишки с запором: Горькая 100 мл на ночь перед сном с постепенным увеличением дозы до 250 мл. Возможно разбавлять Горькую Киселкой в соотношении 1/1.

Заболевания желчевыводящих путей (дискинезия желчного пузыря и сфинктера Одди, хронический холецистит, предрасположенность к образованию камней в желчном пузыре — желчь с «песком»): 30–50 мл Горькой комнатной температуры через каждые 2 часа 8 раз в день. Киселка 250 мл 3 раза в день за 30 мин до еды в холодном виде (14–16°C).

ЛИТЕРАТУРА

1. Внутреннее применение минеральных вод / В кн. Диетология: Руководство / Под ред. А. Ю. Барановского / А. Ю. Барановский, Э. А. Кондрашина, Л. Ю. Назаренко и др. — СПб.: Изд. Питер, 2008

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



От Редакции: С Еленой Николаевной Коваль, врачом терапевтом и автором уникальной методики массажа с пропитками фитобальзамами, наши читатели познакомились в предыдущих выпусках журнала (см. «Пятиминутка» №№ 3, 4–2016 г.). После публикаций возникло много вопросов к такому интересному специалисту. В данном интервью Елена Николаевна отвечает на некоторые вопросы коллег.



КАЖДЫЙ ПАЦИЕНТ ВЫБИРАЕТ ЦЕЛИТЕЛЯ, КОТОРОГО ОН ДОСТОИН...

— Елена Николаевна, давайте обозначим главные принципы, которых Вы придерживаетесь в своей работе, применяя свою методику массажа с пропитками фитобальзамами. Нам так видится: 1) В процедуре должны участвовать непременно два специалиста — мужчина и женщина; 2) Массаж должен быть, действительно, общим и осуществляться буквально с макушки до пяток, только так оказывается воздействие на весь организм, а не на отдельный его сегмент, т.е. «сегментарный» массаж Вы не признаете; 3) За основу Вашей методики принят классический массаж в его профессиональном исполнении, остеопатия и мануальная терапия, по Вашему мнению, менее полезны и безопасны. Поясните по возможности каждый пункт подробнее.

— Массаж с пропиткой бальзамом делают в четыре руки, и это — мужчина и женщина, чтобы достигнуть равновесия мужского и женского начала. На сегодняшний день многие люди увлекаются лунным календарём. Если придерживаться только его, то непременно возникает крен в сторону женского начала, но значительно меньше людей знает об авестийском календаре, который ещё называют солнечным календарём или авестийским. Солнце отвечает за мужское начало. Но это — просто, размышления вслух.

Прежде, чем ответить на остальные вопросы, я приведу пример выписки из исследования одного из моих пациентов. В марте 2016 года на МРТ позвоночника у него были выявлены: «Дегенеративно — дистрофические изменения шейного отдела позвоночника. Грыжи дисков С3–4, С4–5, С5–6. Левосторонний сколиоз. Дегенеративно-дистрофические изменения грудного отдела позвоночника. Грыжи Шморля. МР-признаки гемангиомы позвонка ТН1 и ТН8. Правосторонний сколиоз. Дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела

позвоночника. Грыжи диска L4–5, L5–S1. Грыжи Шморля. Левосторонний сколиоз».

На МРТ от 8.12.2016: «Шейный отдел: грыжа диска С4–5. Грудной отдел: гемангиомы ТН1 и ТН8. Поясничный отдел: Грыжи дисков: L5–S1, L4–5».

Может, это и не большая положительная динамика, и понятно, что дегенеративно-дистрофические изменения за такой короткий срок не уйдут, много предстоит дальше работать, чтобы не увеличивались, а уменьшались гемангиомы... Но если вы заметили, нет грыж Шморля, нет сколиоза, хотя обычно бывает, если человеку поставили диагноз — сколиоз, то далее это по жизни сопровождает человека, и считается даже, что это «норма». Никто из докторов дальше не задумывается о том, что, может, в дальнейшем появляющиеся заболевания спровоцированы именно проблемами позвоночника, не говоря уже о состоянии самого позвоночника. Такой позвоночник быстрее «стареет». А если ещё и неграмотно нагружать позвоночник, например, поднимать тяжести в спортзалах, где в большинстве своем не понимают, можно ли данному конкретному человеку давать подобные нагрузки, то результатом будут те изменения на МРТ, которые вы видели в начале моего ответа. А пациенту всего 37 лет. Но после наших процедур дегенеративно-дистрофические изменения не прогрессируют, грыж стало меньше. Надо понимать, что ещё предстоит очень большая работа, чтобы достичь более существенных результатов, но положительная динамика налицо, и нужно продолжать процедуры и правильно и вовремя вносить изменения в курс лечения.

Начинали мы курс лечения с 10 процедур массажа подряд. В эти 10 дней происходит глубокое очищение организма, улучшается капиллярный кровоток, изменяется местный и общий иммунитет и т.д. Пропитывается фитобальзамами всё тело и обязательно голова, и заканчивается массаж косметическим массажем лица и головы. Эти

процедуры направлены также на омоложение организма, укрепляются волосы, улучшается цвет лица, изменяется его контур. После этого курса необходимо перейти на поддерживающий массаж — ориентировочно один раз в неделю. Это как сервисное обслуживание автомобиля (по высказыванию одной из моих пациенток), так же и здесь — это сервис для тела, чтобы поддерживать его в надлежащей форме.

Во время массажа с пропиткой воздействие всегда будет на весь организм. Можно пропитать ногу, руку, но какую цель вы ставите при этом? При пропитке происходит такое мощное очищение организма, что даже у пациентов, получивших химиотерапию, не остаётся интоксикации. Наши пациенты, получавшие химиотерапию, не лежали «пластом», как это обычно происходит, а жили полноценной жизнью, но лекарственное действие химиопрепаратов сохранялось. А вот для укрепления волос, для избавления от головных болей пропитка перед мытьём головы очень даже эффективна. Если при этом ещё использовать фитошампуни и фитомыло доктора Ведова, результат налицо. И опять повторяюсь, что это — не таблетка от всех болезней, здесь должно изменяться всё: питание, внутреннее состояние человека, мышление, отношение к себе и к окружающему миру, физические нагрузки.

И хочу добавить, что у меня нет отрицательного отношения ни к какому из видов массажа, если это делает специалист, и каждый пациент выбирает своего целителя, которого он достоин. По поводу мануальной терапии и остеопатии: кто-то выберет этот вид лечения, но нас учили собирать анамнез, и если в процессе его сбора выясняется, что пациент получал эти виды помощи, надо смотреть на результат, к чему это привело. Я всегда взвешиваю, могу ли я работать с этим конкретным пациентом, могу ли ему помочь.

— **Попробуем четко обозначить все противопоказания для массажа, когда Ваша методика с пропитками все же показана и возможна для использования.**

— Нет надобности перечислять все показания к массажу с пропитками фитобальзамами — это очень большой перечень заболеваний. Но главное, что должны знать доктора, что именно в тех случаях, когда нет возможности использовать обычный массаж, ванны по Залманову, например, при гемангиомах, в этом случае массаж с пропитками — возможно, единственный выход в этой ситуации. Противопоказания для использования бальзамов — это заболевания кожи: псориаз, распространённые дерматиты, но решение принимает врач, который знает, что такое бальзам для пропиток. Бывает и индивидуальная непереносимость бальзама, хотя в моей практике таких случаев не было.

— **Бывает, что Вы отказываете человеку в процедуре? Чем это может быть вызвано, кроме противопоказаний?**

— Как вы думаете: почему у пациентов с одним и тем же заболеванием, может быть разный результат лечения? А потому, что результат будет зависеть от того, насколько сам пациент готов и хочет быть здоровым. Это зависит и от психотипа пациента, от его внутреннего настроя, и от врача, который работает с пациентом, но это отдельная большая тема. Если в процессе общения с пациентом нет настроя на работу, а предстоит большая со-

вместная работа, если человек изначально не верит в выздоровление и твёрдо уверен, что ему никто не поможет, то, возможно, нужно либо подождать, либо у этого пациента должен быть другой доктор. Никогда доктор не должен говорить, что пациент неизлечимо болен. Просто, это данный конкретный доктор не может помочь в данном конкретном случае, но, вероятнее всего, есть тот, кто может помочь, и надежду у пациента нельзя отнимать и убивать его этим.

— **Какие дальнейшие перспективы Вы видите в развитии Вашей методики? Можно ли ее еще как-то улучшить или видоизменить?**

— Любой метод изменяется, дополняется, и это всё происходит постоянно в процессе работы, потому что нет одинаковых пациентов, нет одинаковых состояний. Да и любой хороший доктор — личность творческая, поэтому врач всегда будет искать, что еще и как сделать, чтобы получить лучший результат.

— **Кто мог бы обучиться этому методу? И каким образом?**

— Мы планируем подготовку специалистов, и желательно, чтобы это были врачи, хотя здесь главное — это руки и сам человек, его личностные качества. Очень важно подобрать слаженный дуэт. Массаж в четыре руки — это слаженность и, в конечном итоге, единое целое. Желательно, чтобы те, кто захочет учиться этой методике, уже владели массажем, а девушкам ещё необходимо владеть косметическим массажем, все остальное приложится в процессе обучения. Обучать будем мы с моим учеником.

— **Как Вы смотрите на так называемые «школы массажа», которых сейчас появилось немало?**

— Да, действительно, «школ» массажа много. Но я могу назвать всего двух человек, которые, действительно, очень хорошо ставят руки своим ученикам, остальные не могут сделать этого в силу того, что не могут преподавать. Обучать — это тоже дар. Так же, как и можно научиться делать массаж, но не стать классным массажистом. Надеюсь, что тех, кто, действительно, хочет заниматься массажем, минует чаша обмана и шарлатанства.

— **Вы знаете, что любой метод держится только на Учителе. Когда появляется много учеников, уследить за качеством становится сложно. Как Вы думаете минимизировать роль «человеческого фактора» в таком случае?**

— Очень надеюсь на талант и лучшие человеческие качества тех, кто будет с нами работать и придёт учиться. Да и «халтурить» сложно, потому что сразу пациент все поймет, и нам будет все известно. Не думаю, что можно «испортить» то, что мы делаем, но контроль и отбор будут очень тщательными.

— **Какие пожелания Вы хотели бы высказать нашим читателям в канун Нового Года?**

— В канун самого замечательного праздника я желаю всем счастливого Нового Года! И очень надеюсь, что в Новом Году вы найдёте время, чтобы заняться своим здоровьем. Так что будьте здоровы, удачливы, и пусть исполнятся ваши самые дерзкие мечты!

✉

Беседу вела М. Мамаева

Продолжение следует...



От Редакции: На страницах нашего журнала постоянно публикуются статьи в поддержку отечественных производителей качественных материалов медицинского назначения. Одним из таких производителей является компания «КОЛТЕКС». Продукция этой компании с успехом используется в разных сферах здравоохранения: онкология, хирургия, стоматология, урология, гинекология, физиотерапия и т.д. К сожалению, разговоры о необходимости импортозамещения пока так разговорами и остаются, и отечественным производителям по-прежнему сложно пробиться на рынок. Возможно, наши публикации помогут достойным компаниям занять свое достойное место в системе обеспечения качественными материалами учреждений отечественного здравоохранения.

ЛЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО НЕ ЗАЖИВАЮЩИХ РАН И ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ С ПРИМЕНЕНИЕМ САЛФЕТОК «КОЛТЕКС»

Лечение длительно не заживающих ран и трофических язв (в т.ч. при сахарном диабете) является одной из актуальных проблем современной медицины.

Важнейшим принципом современного лечения ран является общность биологических законов заживления раны любого генеза и ее локализации. Это положение определяет комплекс объективных критериев оценки течения раневого процесса, нецелесообразность оперативного лечения раны в ряде случаев, что и определяет необходимость местного лечения раны. Методы местного лечения раны могут быть систематизированы по 3 группам (1):

1. дренирование раны;
2. лечение в управляемой абактериальной среде;
3. лечение под повязкой.

Исходя из патогенеза раневого процесса, считается, что средства для местного лечения ран должны: 1) обладать необходимым уровнем сорбции; 2) препятствовать всасыванию в ткани раневого отделяемого; 3) обеспечить адекватный отток раневого экссудата — быстро удалять с раневой поверхности микробные тела, продукты их жизнедеятельности; 4) создать в ране условия для протекания активных регенераторных процессов; 5) не вызывать аллергии (1,2).

Салфетки «Колетекс», выпускаемые группой компаний «Колетекс» (Москва), отвечают всем

перечисленным требованиям и успешно применимы для лечения трофических язв, в т.ч. у больных сахарным диабетом. Разработан ассортимент салфеток, последовательно применяемых для лечения в зависимости от стадий процесса.

Из антибактериальных средств предложено местное применение антисептиков, которые активны в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, в т.ч. резистентных к сульфаниламидам и антибиотикам. Кроме того, устойчивость микрофлоры к антисептикам (например, хлоргексидину) развивается крайне медленно.

Из средств, стимулирующих репаративные процессы при местной терапии длительно не заживающих ран и трофических язв, в том числе у больных сахарным диабетом, во 2-ю стадию лечения, в лекарственную композицию салфеток «Колетекс» были введены антиоксидант мексидол, иммуномодулятор дезоксирибонуклеат натрия (Деринат), природный биологически активный препарат прополис — продукт жизнедеятельности пчел. Лечебное действие биологически активных средств и антиоксидантов связано с предотвращением генерации ряда токсичных форм кислорода и продуктов перекисного окисления липидов, образующихся в период повреждения, воспаления, ишемии тканей. Антиоксиданты устраняют вторичные



НАПРАВЛЕННАЯ ДОСТАВКА ЛЕКАРСТВ К ОЧАГУ ПОРАЖЕНИЯ

Колегель

Гидрогелевые материалы с лекарственными препаратами

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

Колетекс

Лечебные салфетки и пластыри:

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

Успешное применение в таких областях медицины, как:

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



Сделано в России

Производитель — ООО «КОЛЕТЕКС» г. Москва. Сайт: www.coletex.ru

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

e-mail: avrora-peterburg@mail.ru. Сайт: www.avroramedical.ru

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

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

ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ



эффекты медиаторов воспаления, активируют процессы заживления ран (Коровина М. А., Иванов А. Е., Поляков П. Ю., 2001; Антонов С. Ф., Никонов Б. А., Чурилова И. В. и соавт., 2003).

Специально созданная текстильно-биополимерная основа салфеток «Колетекс», в которой импрегнировано лекарство, является наиболее оптимальной системой доставки медикаментозных средств, выполняет функцию «депо» для лекарственных препаратов, обеспечивает их выход в подлежащие ткани в течении 48–72 часов. Кроме того, гель альгината натрия, включенный в состав салфеток, создает атравматичный защитный слой на поверхности ран, предотвращая травматизацию грануляций во время перевязок. Альгинат натрия является природным биологически активным препаратом, получаемым из бурых морских водорослей семейства ламинарии, содержит большое количество необходимых микроэлементов (медь, цинк, селен, кальций и т. д.), способствует регенерации тканей, стимулирует процесс заживления, обладает гемостатическим действием.

В результате серьезных биологических и клинических испытаний были разработаны рекомендации по последовательному, избирательному использованию салфеток «Колетекс», содержащих лекарственные препараты, подобранные в зависимости от стадии заживления раневых поверхностей при нейротрофических нарушениях, вызванных:

- обменными ангионейропатиями (сахарный диабет);
- повреждениями периферических нервов;
- термическими поражениями (отморожениями, ожогами);
- сосудистыми нарушениями (лимфовенозная недостаточность).

Показания к применению салфеток «Колетекс» для лечения длительно не заживающих ран и трофических язв (в том числе у больных сахарным диабетом):

- I стадия: лечение воспаления и очищение раны
- II стадия: заживление (фаза образования грануляций, эпителизации и рубцевания)
- После пластического замещения раневых дефектов (вторичные швы, аутодермопластика)

Ассортимент используемых салфеток «Колетекс»:

- «Колетекс — СХГ» с хлоргексидином
- «Колетекс-МЕКС» с мексидолом
- «Колетекс-МЕКС» с мексидолом
- «Колетекс с фурагином»
- «Колетекс-СП» с прополисом
- «Колетекс с прополисом»
- «Колетекс-М» с метронидазолом
- «Колетекс-АДН» с деринатом
- «Колетекс-АДН» с деринатом
- «Колетекс — АГГДМ» с гидрокортизоном, гентамицином, демиксидом и мексидолом.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ САЛФЕТОК «КОЛТЕКС» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ И ДЛИТЕЛЬНО НЕ ЗАЖИВАЮЩИХ РАН (В Т. Ч. У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ)

1-ая стадия лечения (воспаления и очищения) — используется набор из 2-х видов салфеток «Колетекс с хлоргексидином» и «Колетекс с метронидазолом».

Хлоргексидин является активным местным антисептическим и противовоспалительным средством (при индивидуальной непереносимости салфетки «Колетекс с хлоргексидином» могут быть заменены на салфетки «Колетекс с фурагином»).

Метронидазол обладает широким спектром действия в отношении простейших и гнойной анаэробной раневой инфекции.

Лечение осуществляют в два этапа. Данный набор обеспечивает первый этап лечения. На этом этапе перевязки выполняют 1 раз в день с использованием салфетки с хлоргексидином или метронидазолом (чередование через день).

После стандартного туалета раны или язвы на ее поверхность накладывают салфетку, предварительно смочив ее дистиллированной (кипяченой) водой или физиологическим раствором со стороны лекарственного средства. Если салфетка подсыхает, ее необходимо поддерживать во влажном состоянии путем смачивания 3–4 раза в сутки.

Фиксируется салфетка с помощью марлевого или трубчатого бинта. Салфетку можно оставлять на ране в течение суток. В случае прилипания салфетки к поверхности раны или язвы перед удалением ее необходимо отмочить дистиллированной (кипяченой) водой или физиологическим раствором.

После исчезновения или значительного уменьшения болевого синдрома, уменьшения количества отделяемого, очищения раневой или язвенной поверхности от гнойно-некротического налета, этап лечения с использованием салфеток «Колетекс с хлоргексидином» и «Колетекс с метронидазолом» может быть завершен.

2-я стадия лечения (заживления) — используется набор салфеток «Колетекс с мексидолом» и «Колетекс с прополисом».

Мексидол — антиоксидант, оказывающий выраженное антигипоксическое действие, обладает широким спектром биологической активности.

Прополис применяют местно в качестве противовоспалительного и ранозаживляющего средства (при индивидуальной непереносимости салфетки «Колетекс с прополисом» могут быть заменены на салфетки «Колетекс-АДН» с деринатом).

Деринат (дезоксирибонуклеат натрия) — биологически активное вещество, применяют местно в качестве противовоспалительного и ранозаживляющего средства.

Данный набор салфеток обеспечивает второй этап лечения — полное заживление. На этом этапе перевязки выполняют 1 раз в день с использованием салфетки с мексидолом или прополисом (чередование через день).

Полное заживление раны (ее эпителизация и рубцевание) свидетельствуют об окончании завершающего 2-го этапа лечения.

СПРАВКА О КОМПАНИИ «КОЛТЕКС»

Компания «Колетекс» работает на рынке более 20 лет и занимается научной разработкой, промышленным выпуском и реализацией изделий медицинского и косметического назначения, в т. ч. на текстильной основе. Мате-

риалы «Колетекс®» и «Колегель®» получают с использованием только отечественного сырья.

ООО «Аврора» (г. Санкт-Петербург) — официальный дистрибьютер группы компаний «Колетекс» на территории Санкт-Петербурга и Ленинградской области, Архангельской, Вологодской, Калининградской, Мурманской, Новгородской, Псковской областей, Ненецкого автономного округа, Республики Карелия, Республики Коми, Екатеринбурга, Челябинска, Казани и Республики Татарстан, Республики Башкирия, Республики Чувашия, Якутии и Чукотки. ООО «Аврора» занимается оптовыми и розничными поставками продукции «Колетекс» и «Тексаль».

Группа компаний «Колетекс» активно сотрудничает с ведущими клиниками и научно-исследовательскими центрами страны в области онкологии, радиологии, хирургии, физиотерапии, стоматологии, оториноларингологии, урологии, гинекологии и т.д. Научные интересы группы компаний сосредоточены на изучении процессов иммобилизации, диффузии и сорбции лекарственных препаратов на текстильных и полимерных носителях и их высвобождении и массопереносе — трансдермально, т.е. через кожу, в рану, к тканям, пораженным онкологическим или другим деструктивным процессом, к слизистым оболочкам и т.д. Исследования этих процессов легли в основу создания новых лечебных депо-материалов «Колетекс®», «Колегель®» и «Тексаль®» для местного направленного подведения лекарственных препаратов к очагу поражения (2,3).

Сотрудничество с клиницистами позволяет формулировать идеи создания новых материалов, высвечивает наиболее актуальные проблемы в различных областях медицины, требующие решения, помогает в выборе лекарственных препаратов и их концентраций, а также в проведении клинических испытаний. Методики применения материалов «Колетекс®», «Колегель®» и «Тексаль®» разработаны совместно с врачами ведущих клиник страны и защищены патентами. В настоящее время в арсенале компании 37 патентов на изобретения.

Все виды выпускаемых компанией депо-материалов являются композитами из природных полимеров, содержащих лекарственную или биологически активную составляющую.

Главный принцип работы созданных и выпускаемых депо-материалов «Колетекс®» и «Колегель®» — пролонгация, адресность доставки, достижение нужной концентрации препаратов в нужном месте и в нужное время — обеспечивает высокий, воспроизводимый лечебный эффект, что подтверждает многолетняя практика их использования в различных ведущих медицинских учреждениях РФ. Эти материалы используют в РОНЦ им. Н.Н.Блохина, МНИОИ им. П.А.Герцена, Российском научном центре рентгенорадиологии, Санкт-Петербургском РНЦРХТ,

Московском онкологическом диспансере и т.д. (всего в 70 клиниках и больницах страны), они зарегистрированы на рынках Белоруссии и Молдавии.

Применение материалов «Колетекс®» и «Колегель®» экономически выгодно: например, салфетки «Колетекс®» не только закрывают и предохраняют от инфицирования рану, но и лечат, их можно не менять до 3 суток (!), а гели «Колегель®» позволяют сократить время пребывания больных (например, онкологических, получающих курс лучевой терапии) в стационаре, сократить время перехода на амбулаторное лечение и, соответственно, период нетрудоспособности, уменьшить расход вспомогательных препаратов и, главное, улучшить качество жизни больных за счет сокращения использования онкологических препаратов с повышенной токсичностью и добиться максимальной защиты здоровых тканей организма.

Все изделия, созданные по технологии «Колетекс», одобрены Министерством здравоохранения и социального развития России и прошли государственную сертификацию. Салфетки и пластыри «Колетекс» необходимы в домашней и дорожной аптечке. Они подходят для оказания первой медицинской помощи дома, на приусадебном участке, в поездке.

По своим лечебным свойствам салфетки и пластыри «Колетекс» значительно превосходят обычные перевязочные материалы, при этом оставаясь доступными по цене, поскольку созданы и производятся в России. ☺

**ООО «АВРОРА» (оптовая продажа),
Санкт-Петербург — официальный дилер
ООО «КОЛЕТЕКС», МОСКВА
тел. (812) 448-36-31,
e-mail: avrora-peterburg@mail.ru
www.avroramedical.ru, www.coletex.ru
РУ № ФСР 2007/00894 от 15.10.2007 г.,
Патент РФ № 2352359 от 24.10.2007 г.**

ЛИТЕРАТУРА

1. Туманов В.П., Багинская И.С. Местное лечение длительно незаживающих ран и трофических язв интерактивной повязкой TENDER-WET // Новости клинической цитологии России, Том 5, № 1–2, 2001, С.4–9
2. Александров К.Ю. Материалы для направленной доставки препаратов с репаративной активностью // Пятиминутка, № 6 (35), 2015, С. 22–25
3. Олтаржевская Н.Д., Коровина М.А., Савилова Л.Б. Текстиль и медицина. Перевязочные материалы с пролонгированным лечебным действием // Рос. хим. ж. (Ж. Рос. Хим. об-ва им. Д.И. Менделеева), 2002, № 1, С. 133–141



В. Г. Помников,
ректор, заведующий
кафедрой неврологии,
медико-социальной
экспертизы и реабилитации,
доктор медицинских наук,
профессор

Л. А. Крицкая,
кандидат медицинских наук,
доцент кафедры неврологии,
медико-социальной
экспертизы и реабилитации

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, Санкт-Петербург

КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНЫЕ АСПЕКТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Аннотация. В статье освещены вопросы медико-социальной экспертизы больных эпилепсией, с учетом классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан на основе комплексного анализа клинических, социальных, психологических данных свидетелеваемого лица. Проанализированы с экспертных позиций клиничко-инструментальные и прогностические данные больных эпилепсией. Изложены критерии установления инвалидности при эпилепсии.

Вывод. Клиничко-экспертный анализ данных определения степени выраженности стойких нарушений функций, приводящих к ограничению основных категорий жизнедеятельности у больных эпилепсией требует комплексного подхода. При вынесении экспертного решения оцениваются не только приступы (их тяжесть и частота), но и постепенно нарастающие изменения когнитивной сферы и расстройств личности.

Проблема эпилепсии в неврологии, социальной психиатрии, медико-социальной экспертизе и реабилитации обусловлена, прежде всего, ее высокой социально-гигиенической значимостью.

Как известно, ВОЗ насчитывает более 50 млн. больных эпилепсией в мире, из них 2/3 болеют в детском возрасте. Распространенность эпилепсии в общей популяции России составляет 3,4 на 1000 населения [3]. Около 50% больных эпилепсией в России со временем становятся инвалидами (в 75% случаев это лица в возрасте до 30 лет) [4].

Под **эпилепсией** понимается полиэтиологическое прогрессирующе-текущее заболевание головного мозга, характеризующееся наличием эпилептического очага, повторными приступами, расстройством когнитивной сферы (психоорганическая симптоматика), личности и поведения.

Особенностью эпилептических приступов (ЭП) является их полиморфизм, разноплановость, частое изменение структуры приступа, а нередко и их смена.

В детском и раннем подростковом возрасте характерно преобладание генерализованных эпилептических приступов (ЭП) (абсансы, тонические приступы и судорожные спазмы — «кивки», «клевки», «салаамовы судороги»; миоклонические, реже акинетические приступы) над парциальными (моторные, психомоторные, вегетовисцеральные), а также нарастающее интеллектуальное несоответствие возрасту, формирование психоорганического синдрома и поведенческие нарушения (формирование психопатоподобных расстройств).

В среднем (от 12 до 14 лет) и старшем школьном возрасте (от 14 до 17 лет) обычно увеличивается удельный вес парциальных приступов, абсансов, миоклонических приступов при дебюте заболевания. В целом клинические особенности эпилептических приступов постепенно становятся сравнимыми с таковыми у взрослых. В этом возрасте нередко дебютируют эпилепсии, обусловленные наследственной предрасположенностью (эпилепсия пробуждения, ювенильная абсанс-эпилепсия, ювенильная миоклоническая эпилепсия и др.), при которых приступы, как правило, редкие, и течение заболевания относительно благоприятное, если не нарастают расстройства психических процессов и личности [6].

Следует отметить, что у 40% детей, страдающих органическими поражениями головного мозга, эпилептические приступы являются основной причиной обращения в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) [2].

Клинические признаки эпилептического приступа: кратковременность (секунды, минуты); стереотипность и регулярность; относительная независимость от внешнего воздействия; та или иная степень нарушения сознания.

Критерии диагностики включают в себя наличие у больного не менее двух не спровоцированных приступов.

Диагностика эпилепсии не может основываться лишь на ретроспективном анализе пароксизмальных состояний, описанных больным или его родственниками. **Характер и частота приступов должны быть подтверждены медицинскими документами** [6].

Электро-энцефалографическое (ЭЭГ) исследование — наиболее важный в диагностическом отношении метод подтверждения диагноза (патологическая биоэлектрическая активность, как правило, появляется во время приступа, в межприступном периоде при рутинном ЭЭГ-исследовании регистрируется у 60–70% больных) [5]. Поэтому отсутствие изменений на ЭЭГ не исключает диагноза эпилепсии, а требует более тщательного повторного обследования (ЭЭГ-видео-мониторинг), анализа клинических особенностей приступа и заболевания в целом, желательного в динамике.

Данные магнитно-резонансного томографического (МРТ) исследования важны, прежде всего, при диагностике симптоматической эпилепсии, т.к. МРТ позволяет выявить локальные изменения (в первую очередь склероз гиппокампа) [1].

Если на начальной стадии течения эпилепсии социальная дезадаптация обусловлена пароксизмальными феноменами, то при прогрессировании заболевания все большую экспертно-реабилитационную значимость приобретают нервно-психические нарушения не психотического регистра (интеллектуальная недостаточность, постепенное нарастание изменений психических процессов по органическому типу и формирующиеся расстройства личности (психопатоподобная симптоматика, которая крайне стойкая и практически не поддается редукции) [2].

Основным показателем благоприятного течения эпилепсии является ремиссия. Целесообразно выделять неполную ремиссию, когда все виды приступов купируются, но сохраняется пароксизмальная активность на ЭЭГ, и полную со стойкой ремиссией приступов и отсутствием пароксизмов при ЭЭГ. Адекватная фармакотерапия позволяет получить многолетнее купирование приступов у 50–70% больных.

Некоторые критерии благоприятного прогноза диагностированной эпилепсии: дебют заболевания в молодом и среднем возрасте; преобладающие приступы в виде абсансов, простых парциальных, редких вторично-генерализованных; преимущественно или частично ночные приступы; отсутствие постприступных симптомов; изменений психических процессов и расстройств личности; регулярное адекватное лечение при хорошей переносимости препаратов; достаточная социальная адаптация (постоянная работа по специальности, наличие семьи и т.д.).

Неблагоприятный прогноз определяется формой (в основном, тяжелые эпилепсии младенчества и детства) и фармакорезистентностью эпилепсии, а также преобладанием частых генерализованных, комплексных парциальных приступов; изолированных сумеречных расстройств сознания и дисфорий; наличием постприступных симптомов, эпилептического статуса; склонностью к серийности приступов; быстрым нарастанием психоорганического синдрома и расстройств личности; низкой комплаентностью (нерегулярность, неадекватность ле-

чения), социальной дезадаптацией (частая смена работы и рода занятий, отсутствие семьи, склонность к злоупотреблению алкоголем и т.д.).

После необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение психических функций, обусловленных заболеванием **учреждение здравоохранения направляет больного на медико-социальную экспертизу.**

МСЭ проводится по письменному заявлению больного (либо его законного представителя). К заявлению прилагается направление на МСЭ (форма № 088/у — для лиц старше 18 лет и форма 080/у — для лиц до 18 лет), медицинские документы, подтверждающие нарушения здоровья больного эпилепсией.

При проведении МСЭ учитываются данные заключений специалистов: невролога, педиатра (с указанием типа и частоты приступов, подтвержденных медицинской документацией), психиатра (по показаниям); данные экспериментально-психологического обследования (оценка состояния психических процессов и личности); характеристика с места учебы или работы; выписка из центра реабилитации (заключение психолога, дефектолога у детей), иные материалы объективного (клинико-экспертного) наблюдения (социальное обследование на дому и т.д.); заключение психолого-медико-педагогической комиссии (у детей и подростков); данные дополнительных методов исследования (ЭЭГ, ЭЭГ видео-мониторинг, МРТ, КТ, Эхо ЭГ и т.д.).

Медико-социальная экспертиза осуществляется, исходя из комплексной оценки состояния здоровья и степени нарушения функций, приводящих к ограничению категорий жизнедеятельности на основе анализа клинических, социальных и психологических данных свидетельствуемого лица [8].

Количественная оценка выраженности нарушений психических функций при эпилепсии и эпилептических синдромах основывается на анализе генеза, вида и частоты эпилептических приступов, времени их возникновения; выраженности и длительности постприступного периода; оценке интеллектуального потенциала больного эпилепсией, состояния его психических процессов и личности, типа течения заболевания, анализа социальных данных свидетельствуемого [7].

Эпилептические приступы в МСЭ принято разделять по степени тяжести: легкие приступы (абсансы, простые парциальные приступы, миоклонические); тяжелые приступы (первично и вторично генерализованные тоникоклонические, астатические, амбулаторные автоматизмы); особо тяжелые состояния (сумеречные расстройства сознания, затяжные дисфории, серийные приступы, эпилептические статусы).

При проведении МСЭ учитываются тяжелые пароксизмальные состояния с определенной частотой и верифицированные медицинскими документами. Частота припадков оценивается на протяжении календарного года и обязательно на фоне противоэпилептической и патогенетической терапии [4].

Изменения психических процессов по органическому типу (органический психический синдром) и расстройств личности. Как известно, психоорганический син-



дром (ПОС) характеризуется снижением состояния психических процессов, т.е. памяти, внимания, интенции мышления в сочетании с эмоционально-волевыми расстройствами, что приводит к ограничению основных категорий жизнедеятельности.

Для уточнения типологии и степени выраженности ПОС следует интегративно использовать психобиографический метод, метод наблюдения и данные экспериментально-психологического обследования.

ПОС утяжеляет нарушения способности к обучению, трудовой деятельности, ориентации и самообслуживанию, а иногда, с учетом его вариантов, к социальным контактам.

На начальной стадии заболевания обычно расстройства личности (психопатоподобный синдром — аномалия личности, преимущественно в сфере темперамента и характера, сформировавшаяся в процессе течения эпилептической болезни) незначительны и не приводят к социальной дезадаптации. Однако в дальнейшем (уже через 5–6 лет после начала заболевания), с постепенным развертыванием симптоматики (учащение приступов, полиморфизм, сочетание с психическими эквивалентами, утяжеление ПОС) они становятся все более значимыми, серьезно ограничивающим такие категории жизнедеятельности больных, как самообслуживание, учебная и трудовая деятельность, передвижение.

ПОС и расстройства личности при эпилепсии являются не только стабильными состояниями, но и имеют тенденцию к нарастанию в зависимости от типа и темпа течения заболевания, частоты и особенностей ЭП и ряда других факторов (в МСЭ необходимо учитывать не только клинические варианты, но и степень их выраженности). Характер и степень выраженности нарушения функций оценивают врачи-специалисты в соответствии с общепринятыми стандартами (классификациями) на основании данных клинического, психологического, лабораторного, инструментального и функционального исследования.

Критерием для установления инвалидности больным эпилепсией является стойкие нарушения психических функций человека (в диапазоне от 40 до 100%), что обусловлено наличием тяжелых приступов — 2 и более в месяц; стойкой умеренной, выраженной и значительно выраженной психопатологической симптоматикой, изменениями (расстройствами) личности, приво-

дящие к ограничению основных категорий жизнедеятельности человека и определяющих необходимость его социальной защиты [7].

Таким образом, вынесение экспертного решения при эпилепсии обусловлено не только наличием приступов (тяжестью и частотой), но и постепенно нарастающими расстройствами личности (формирование психопатоподобной симптоматики) и изменениями со стороны когнитивной сферы, а у детей, что нередко важнее в экспертном плане, их интеллектуальным и поведенческим несоответствием возрасту. ✎

ЛИТЕРАТУРА

1. Броун Т., Холмс Г. Эпилепсия. Клиническое руководство. М.: Бином, 2014. 288 с.
2. Войтенко Р.М., Крицкая Л.А. Особенности клиники и медико-социальной экспертизы при детской эпилепсии // Сборник науч. трудов СПб: СПбИУВЭК, вып. 8, 2006. С. 192–199.
3. Гусев Е.И., Гехт А.Б., Хаузер В.А., Мильчакова Л.Е., Чурилин Ю.Ю. Эпидемиология эпилепсии в Российской Федерации. В сборнике: Современная эпилептология. Под ред. Е.И.Гусева, А.Б.Гехт. — М., 2011. — С.77–91.
4. Крицкая Л.А., Войтенко Р.М., Помников В.Г. Особенности медико-социальной экспертизы при эпилепсии в настоящее время. В сб. науч. статей «МСЭ и реабилитация». Вып. 8, Минск, 2006. — С. 79–88.
5. Мухин К.Ю., Миронов М.Б., Петрухин А.С. Эпилептические синдромы. Диагностика и терапия. 3-е изд. — М.: ООО «Системные решения», 2014.
6. Помников В.Г., Макаров А.Ю. Особенности медико-социальной экспертизы при эпилепсии. В монографии «Эпилепсия» / Под ред. Н.Г.Незнанова. — СПб, 2010. — С.937–945
7. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17.12.2015 № 1024н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»
8. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

НОВОСТИ

Специалисты из исследовательского центра в Иллинойсе установили, что овощи брокколи и шпинат, а также желток яйца улучшают память и положительно воздействуют на все зоны мозга. Специалисты провели опыт, в результате которого выявили, что в этих продуктах имеется большое количество лютеина. У участников эксперимента, которые ели шпинат и брокколи, был отмечен высокий процент концентрации этого вещества, воздействующего, как известно, на так наз. «кристаллизованный интеллект». Исследование показало, что возрастание уровня антиоксиданта влияет на сохранность знаний, полученных ранее. Для эксперимента ученые пригласили добровольцев 60–75 лет. Сначала все участники выполнили задание на выявление «кристаллизованного интеллекта». Затем им измерили процент лютеина в крови и провели МРТ. Специалистов заинтересовала височная часть мозга, которая отвечает за «кристаллизованный интеллект». После обследований и проверки тестов ученые сделали вывод, что у людей с высоким показателем лютеина в тестировании было больше правильных ответов, нежели у добровольцев с низким показателем. Помимо этого, оказалось, что у участников с лучшими тестовыми результатами больше серого вещества в коре мозга, которое непосредственно воздействует на формирование «кристаллизованного интеллекта». Выявив положительные результаты эксперимента, клиницисты заявили, что антиоксидант уменьшает воспалительные процессы в мозгу и улучшает перенос информации между нервными клетками. Напомним, что коллеги из центра исследований во Флориде проводили похожие опыты. В результате испытаний они определили, что лютеин предотвращает возрастную макулярную дегенерацию, которая вызывает ухудшение зрения у людей в возрасте. По их данным, это вещество помогает сохранять кожу человека максимально молодой и эластичной.

Источник: <http://simptomer.ru/news/>



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

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО МЕРИДИАНАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Меридианкомплексные препараты (МК) представляют собой комбинацию, состоящую из трёх гомеопатических препаратов: одного растительного, одного минерального и одного препарата животного происхождения.

Х. Шиммель, используя вегетативный резонансный тест (BPT), установил резонансные связи между унитарными гомеопатическими препаратами и органами, их структурами, а также клетками и их структурами, и связал это с отдельными десятичными потенциями препаратов.

При применении этих препаратов на передний план выходит уже не классическое правило гомеопатии «Подобное Подобным» («Similia Similibus»), а резонансные связи с органами и клинические показания.

Основное действие этих препаратов заключается в высвобождении и регуляции движения заблокированных потоков энергии в организме. Они регулируют энергетический поток на главных меридианах, после которых энергия проходит по всем остальным меридианам и таким образом снабжает весь организм. В зависимости от дозировки препарата создается большее или меньшее количество энергии.

Я использую терапию электронными копиями меридианальных комплексов с 1998 года. За это время для меня эффективность этих препаратов является доказанной.

В качестве примера эффективности МК приведу историю болезни женщины 48 лет с диагнозом: впервые выявленный сахарный диабет (при сдаче крови на сахар в поликлинике были следующие показатели: 13,2, 15,0 и 13,5 ммоль/л), гипертоническая болезнь I ст., ожирение I ст. (рост 168 см, вес 90 кг, ИМТ 32). При этом женщина активно занимается спортом: футболом, греблей на каноэ, велосипедным и пешим туризмом.

Семейный анамнез: отец женщины страдает сахарным диабетом II типа и гипертонической болезнью. Этим же страдала его сестра.

Больная по поводу гипертонической болезни принимает антигипертензивный препарат, но не постоянно,

а только при повышении АД до 160/90 мм рт. ст. По поводу сахарного диабета решила обратиться к гомеопату.

Учитывая, что при тестировании методом резонансного теста с применением диагностических резонансных шкал Махонькиной Л. Б. и Сазоновой И. М. выявлено истощение эндокринных функций поджелудочной железы, был назначен меридианальный комплекс меридиана селезенки и поджелудочной железы (МК 3), состоящий из China D10, Kalium chloratum D8, Lachesis D12.

Дозировка также подбиралась тестированием резонансным тестом. Назначен приём 2-х шариков в промежутке между 9–10 часами утра — время максимальной активности меридиана селезенки и поджелудочной железы. В первые три дня комплекс назначался ежедневно, затем три приёма через три дня, затем три приёма через шесть дней. Было проведено три таких курса по 4 недели с перерывами в 2 недели (с 1 октября 2012 по 24 января 2013 г.).

После первых 3-х приёмов МК у больной показатели сахара снизились до 6,9 ммоль/л. Больная проводила ежедневное измерение сахара в крови в течение 3-х месяцев. Повышения сахара выше этой цифры не отмечалось. С января 2013 года показатели сахара в крови сохраняются в пределах 4,6–5,4 ммоль/л.

За это же время у женщины произошло постепенное снижение веса с 90 кг до 79 кг, а в последующий месяц после лечения — до 70 кг. На фоне лечения снизилась тяга к сладкому, она перестала принимать пищу на ночь, нормализовался аппетит, пациентка перестала употреблять чрезмерно жирную пищу, которую очень любила и которой злоупотребляла до лечения. Цифры АД колеблются в пределах 110/70–140/85 мм рт. ст.

Таким образом, можно говорить о том, что применение меридианального комплекса меридиана селезенки и поджелудочной железы (МК3) оказало гармонизирующий эффект на организм женщины, что позволило ей на данном этапе избавиться от проявлений сахарного диабета, ожирения и гипертонической болезни.

Катамнез настоящего наблюдения составляет 3 года. ●



Др. Юст-Лурина Н.,
кандидат мед. наук,
врач психотерапевт, г. Руст, Австрия

ВВЕДЕНИЕ В СЕКСОЛОГИЮ

Сексология, к сожалению, была и остается еще мало изученной, закрытой и довольно скандальной областью. По российским законам, медицинской сексологией должны заниматься только врачи, а на Западе — это удел психологов.

Привожу те определения сексологии, которые даются российским врачам, они есть на сайте Российского общества сексологов.

Сексология — научная дисциплина, изучающая все проявления сексуальности человека, включая как попытки охарактеризовать нормальную сексуальность, так и изучение изменчивости сексуальных практик, включая парафилии (или сексуальные девиации).

Современная сексология — мультидисциплинарное поле исследований, в котором используются методы ряда смежных дисциплин: биологии, медицины, психологии, статистики, эпидемиологии, педагогики, социологии, антропологии, криминалистики и т.д.

Следует отметить, что сексология — описывающая, а не предписывающая дисциплина. Она пытается документировать определенные аспекты реальности, а не предписывать, какое поведение будет уместным, этичным или нравственным.

Сексология часто становилась предметом конфликтов между её сторонниками, а также теми, кто полагают, что сексология посягает на сакральные основы человеческой жизни, или теми, кто оспаривают, с философской точки зрения, претензии сексологов на объективность и эмпирическую методологию.

Генезис современного периода отечественной сексологии, по мнению Российского общества сексологов, предлагает несколько значимых этапов:

- этап масштабных социологических исследований (1897–1917)
- этап морально-нравственных поисков (1917–1930)
- этап политического террора и подпольных исследований (1930–1956)
- этап зарождения медицинской сексологии (1956–1978)
- этап развития сексопатологии (1978–1991)
- этап становления междисциплинарной сексологии (1991–2006)
- этап развития междисциплинарной сексологии (2006–наши дни).

Социокультурная сексология — одно из основных направлений сексологии, это та область знаний, в которой

рассматриваются вопросы половой жизни в социальном и культурном пространстве:

- половые и моральные проявления в философии брака и безбрачия (А. Дебэ, 1878),
- любовь и половая жизнь (Е. Дюринг, 1898),
- половая жизнь и ее отношение к современной культуре (И. Блох, 1910),
- культура секса в восточных трактатах о дао и тантра любви, метафизика пола и любви (Н. Бердяев, 1939),
- «Сексуальная культура в России: клубничка на березках» (И. Кон, 1998).

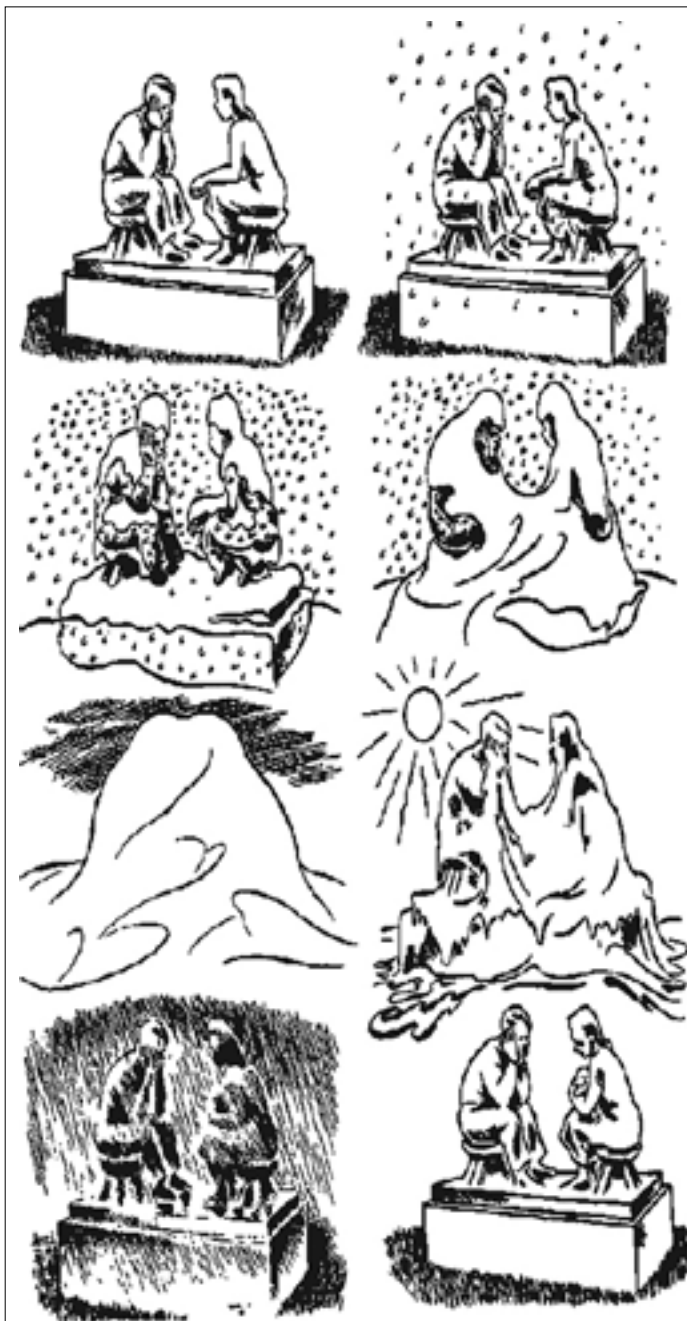
Правовая сексология — эта область сексологии сформировалась в 80–90-е годы прошлого века и включает в себя два раздела: судебную сексологию и криминальную сексологию.

Криминальная сексология занимается теоретическими и методологическими вопросами, связанными с сексуальностью в правовом поле: описание, характеристики, оценки, нормы, правила и т.д. Она находится на стыке между социокультурной и судебной областями сексологии. Овладев знаниями криминальной сексологии, адвокатам, судьям, оперативным работникам, следователям и прокурорам можно эффективнее проводить свою работу в правовом поле.

Судебная сексология занимается в большей мере судебно-сексологическими и сексолого-психиатрическими экспертными исследованиями, которые в большей мере носят прикладной характер. Основным Центром, осуществляющим работу в данном направлении, является лаборатория судебной сексологии Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

Медицинская сексология — отрасль медицины, изучающая этиологию, патогенез, клинику, лечение и профилактику сексуальных расстройств. Включает в себя нормальную сексологию (сексологическую пропедевтику — показатели нормальной сексуальности и способы исследования) и сексопатологию — науку о сексуальных расстройствах, как таковых.

Лечение сексуальных расстройств, в соответствии с законодательством, имеет право проводить только врач, имеющий диплом об окончании высшего медицинского заведения и сертификат на оказание медицинской деятельности в соответствующей области. Врач, прошедший соответствующее обучение, имеющий сертификат на осуществление медицинской деятельности в области сек-



сологии, именуется СЕКСОЛОГОМ, а его специальность, согласно номенклатуре врачебных специальностей — СЕКСОЛОГИЯ (Приказ Минздравсоцразвития РФ N 210н от 29.04.2009, N 415н от 07.07.2009).

СЕКСУАЛЬНОСТЬ И СЕКС

Сексуальность — комплексная характеристика для всех душевных и физиологических процессов, которые прямо или косвенно относятся к половой жизни: сексуального влечения, сексуальных реакций, сексуальной активности и т.д.

В широком понимании «сексуальность» определяется в соответствии с рабочими определениями ВОЗ следующим образом:

«Сексуальность человека является естественной частью развития человека на каждом этапе жизненного цикла и включает в себя физические, психологические и социальные составляющие».



«Сексуальность является центральным аспектом бытия человека на протяжении всей его жизни и включает в себя пол, гендерные идентичности и роли, сексуальную ориентацию, половой инстинкт, удовольствие, близость и репродукцию.

Сексуальность проявляется и выражается в мыслях, фантазиях, желаниях, убеждениях, установках, ценностях, поступках, поведении, половых ролях и отношениях. Несмотря на то, что сексуальность может включать в себя все эти аспекты, не все они одновременно ощущаются и проявляются.

На сексуальность влияет совокупность биологических, психологических, социальных, экономических, политических, этических, правовых, исторических, религиозных и духовных факторов» (WHO [ВОЗ] (2006), стр.10.).

Секс — часть «сексуальности». В русском языке под словом «секс» понимают:

- 1) биологические аспекты, связанные с размножением;



2) совокупность чувств, ассоциирующихся с половыми отношениями;

4) действия, связанные с половыми отношениями;

5) способность человека к реакции на эротическое воздействие;

6) врожденную потребность и функцию человеческого организма, подобно процессам дыхания, пищеварения и др.

А также слово «секс» может быть синонимом слову «пол» и использоваться для обозначения мужской или женской особи как биологического вида.

Понятия «секс» или «сексуальность» — это определенная человеческая деятельность, в основе которой лежит удовлетворение половых потребностей.

<http://1sexology.ru/seksualnost-i-seks/>

СЕКСУАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Сексуальное образование определяется как подход к преподаванию знаний, связанных с полом и отношениями, которое соответствует возрасту и вписывается в культурные рамки, посредством предоставления научно точной, соответствующей действительности, не осуждающей информации.

Сексуальное образование предоставляет возможности исследовать собственные ценностные установки и взгля-

ды и развивать навыки, связанные с принятием решений, общением и снижением риска во многих аспектах сексуальности (Техническое руководство по сексуальному образованию, разработанное недавно ЮНЕСКО и другими организациями ООН, UNESCO [ЮНЕСКО] (2009 6), стр. 2).

Половое (сексуальное) воспитание — процесс целенаправленного педагогического воздействия на личность с целью формирования у нее сексуальной культуры и способности адекватно переживать и осознавать свои физиологические и психологические особенности в соответствии с установившимися в обществе нормами и правилами.

С появлением Федерального Закона «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» в 2012 году стало нельзя изображать и описывать действий сексуального характера детям в возрасте до 16 лет.

В связи с этим проблемы формального и неформального сексуального воспитания в России полностью легли на плечи родителей и сверстников.

Половое (сексуальное) обучение — это познавательная деятельность людей и (или) целенаправленное, организованное воздействие на личность с целью получения и совершенствования знаний, навыков, умений в ходе сексуального развития. Половое обучение не заканчивается в классе или аудитории, оно продолжается всю жизнь. А начинается с рождения ребенка, которого обучают в процессе полового просвещения и воспитания.

Сексуальное образование — целенаправленный процесс предоставления и получения знаний в области сексуальности, сопровождающийся констатацией уровня достижений обучающейся личности установленным образовательным стандартам.

Воспитанием детей должны заниматься взрослые в семье.

Просвещением людей всех возрастов — все, кто причастен (семья, СМК, государственные и общественные организации, литература, друзья и знакомые, соседи и т.д.).

Обучением — множество организаций и специалистов, стремящихся дать навыки и умения.

Образованием — институты, кафедры, центры, которые вручают сертификаты, дипломы, свидетельства и удостоверения, как бы подтверждая этим определенный уровень или ценз.

Вывод прост: надо научить взрослых, а они в семье применяют полученные знания так, как считают нужным.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В СЕКСОЛОГИИ

- психологическое консультирование (англ. analog-counselling),
- психодиагностика;
- психотерапия;
- психологическая коррекция;
- прохождение психоанализа;
- психологическое интервью;
- семинары и тренинги;
- книги, выступления, статьи и публикации по проблемам психологии сексуальности и др.

«Если ты делаешь то, что ты всегда делал, ты всегда будешь получать то, что всегда получал»

Абрахам Линкольн



Петрова Н.Г.,
заведующая
кафедрой,
профессор,
доктор
медицинских
наук



Мамаева М.А.,
кандидат
медицинских
наук

Чайка З.А.

Кафедра сестринского дела Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. Акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: ПРИЧИНЫ И СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ

В современных условиях на первое место выступает проблема социальной ценности человека, при этом здоровье является одним из важных объективных условий жизнедеятельности. Трудности в адаптации, неспособность выносить повышенные профессиональные нагрузки, различные формы «личностного неблагополучия» (феномены психического истощения, отчуждения, профессионально-личностные деформации, дисфункции межличностных контактов на работе) — вот перечень проблем, которые сегодня справедливо воспринимаются обществом как непосредственная угроза качеству жизни и психическому здоровью человека.

Синдром профессионального выгорания (СПВ) приобретает все большую социальную окраску, ему потенциально в той или иной степени могут быть подвержены люди большинства коммуникативных профессий, в том числе и медики. Ведь деятельность медицинского работника характеризуется не только высокой эмоциональной насыщенностью, но и когнитивной сложностью, часто протекает в условиях нервно-психической напряженности и стресса. [1]. По данным академика РАМН П.Сидорова (2009), почти 80% врачей психиатров, психотерапевтов, психиатров-наркологов имеют различной степени выраженности признаки синдрома выгорания; 7,8% — резко выраженный синдром, ведущий к психосоматическим и психовегетативным нарушениям. По другим данным, среди психологов-консультантов и психотерапевтов признаки СПВ различной степени выраженности выявляются в 73% случаев; в 5% определяется выраженная фаза истощения, которая проявляется эмоциональным истощением, психосоматическими и психовегетативными нарушениями. По данным английских исследователей, среди врачей общей практики обнаруживается высокий уровень тревоги в 41% случаев, клинически выраженная депрессия — в 26% случаев. Треть врачей использует медикаментозные средства для коррекции эмоционального напряжения. Согласно результатам отечественных

исследований, у 26% терапевтов отмечен высокий уровень тревожности, а у 37% — субклиническая депрессия. Признаки СПВ выявляются у 61,8% стоматологов, причем у 8,1% — синдром в фазе «истощения».

ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

С профессиональным стрессом тесно связано явление, которое в различных источниках обозначается как «феномен профессионального выгорания», «явление психического выгорания» или «синдром эмоционального выгорания». Научный и практический интерес к этой теме обусловлен тем, что данный синдром — непосредственное проявление всевозрастающих проблем, связанных с самочувствием работников, эффективностью их труда и стабильностью деловой жизни организации. Многие исследователи полагают, что профессиональное выгорание выступает как отдельный аспект профессионального стресса в том, что оно определяется и исследуется в основном как модель ответных реакций на хронические рабочие стрессоры [2; 3]. Н.В. Гришина подчеркивает, что оно должно рассматриваться как особое состояние человека, адекватный анализ которого нуждается в экзистенциальном уровне описания, поскольку развитие выгорания не ограничивается только профессиональной сферой, а проявляется в различных ситуациях бытия человека; болезненное разочарование в работе как способ обретения смысла окрашивает всю жизненную ситуацию [4]. В.Е. Орел считает, что выгорание — это дисфункция, вызванная воздействием профессиональной деятельности на личность, наиболее отчетливо проявляющаяся в сфере субъектных видов труда [5].

Главным источником профессионального выгорания является избыточное общение с людьми, род деятельности, требующий особых эмоциональных затрат. Люди таких профессий не свободны в проявлении чувств приязни и неприязни, симпатии и антипатии, любви и ненависти [6]. К его симптомам следует отнести: снижение



мотивации к работе и резко возрастающую неудовлетворенность ею, конфликты на рабочем месте, хроническую усталость, скуку, истощение, раздражительность, нервозность, беспокойство, дистанцирование от клиентов и коллег, опоздания на работу, увеличение абсентеизма и др. Анализ субъективных ощущений профессионально выгоревших людей свидетельствует, что они отличаются от аналогичных ощущений, связанных с «нормальной» физической усталостью. Недаром это явление, во-первых, непосредственно связано с профессиональной деятельностью, а, во-вторых, является необратимым и не исчезает после сна и других форм отдыха. Поэтому, согласно современным исследованиям, явлением профессионального выгорания принято считать состояние физического, умственного и эмоционального истощения, проявляемое, прежде всего, в профессиях социальной сферы [7].

В зарубежной литературе синдром выгорания обозначают термином *burnout* (англ.) — сгорание, выгорание, затухание горения. Впервые этот термин предложил Фреуденбергер (Freudenberger, 1974) для описания деморализации, разочарования и крайней усталости, которые он наблюдал у работников психиатрических учреждений. Интерес к исследованию синдрома выгорания вырос после того, как американские ученые Маслач и Джексон систематизировали его описательные характеристики и разработали опросник. Согласно авторам, синдром выгорания проявляется в трех группах переживаний: эмоциональном истощении — переживание опустошенности и бессилия, деперсонализации — дегуманизация отношений с другими людьми (проявление черствости, бессердечности, цинизма или грубости), редукции личных достижений — занижение собственных достоинств, потеря смысла и желания вкладывать личные усилия на рабочем месте. Замечая за собой негативные чувства или проявления, человек винит в этом себя, у него снижается как профессиональная, так и личная самооценка, появляется чувство собственной несостоятельности, безразличие к работе. Гендерные отличия четко проявляются при рассмотрении отдельных составляющих синдрома. Так, обнаружено, что мужчинам присуща высокая степень деперсонализации и высокая оценка своей профессиональной успешности, а женщины более подвержены эмоциональному истощению [8].

Выгорание как следствие профессиональных стрессов возникает и в тех случаях, когда адаптационные возможности (ресурсы) человека по преодолению стрессовой ситуации превышены. Многочисленные зарубежные исследования подтверждают, что выгорание вытекает из профессиональных стрессов, что зависит от множества факторов. Во-первых, наиболее страдают представители тех профессий, которые по виду деятельности вынуждены много и интенсивно общаться с разными людьми. В первую очередь — это медицинские и социальные работники, консультанты, педагоги, сотрудники правоохранительных органов, психологи, менеджеры по персоналу. Во-вторых, в «группу риска» входят лица, переживающие постоянный внутриличностный конфликт: имеют низкую заработную плату, неудовлетворительные условия труда, не обеспечены жильем и т.п. Кроме того, формальность системы отчетности и оценки результатов работы, несоответствие профессиональных качеств и индивидуально-психологических особенностей руководителей своим должностям,

которые приводят к принятию ошибочных управленческих решений, становятся серьезными причинами вхождения работника в «группу риска». В-третьих, выгоранию больше подвергаются работники, профессиональная деятельность которых осуществляется в условиях постоянной нестабильности и боязни потерять рабочее место. В-четвертых, на фоне постоянного стресса признаки профессионального выгорания проявляются в случаях, когда человек находится в новой, непривычной обстановке, в которой необходимо быстро и эффективно действовать. Нередко в таких ситуациях новый сотрудник остро ощущает свою некомпетентность. В этом случае признаки выгорания могут проявиться уже после шести месяцев работы. В-пятых, этому синдрому больше подвергаются жители мегаполисов, живущие в условиях навязанного общения и взаимодействия со значительным количеством незнакомых людей.

ПРИЗНАКИ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ

Современные исследования определили, что формирование у работника синдрома профессионального выгорания проходит три основные стадии. Первая стадия: на уровне выполнения функций, независимого поведения, забывания в нужный момент слов, терминов, фактов внесения записей в реестры и т.п. Возникают перебои в выполнении простых двигательных действий (систематический ошибочный набор букв на клавиатуре компьютера или замена одних букв другими при написании вручную). Эти действия иногда воспринимаются спокойно или могут вызвать иронию, тем не менее, они являются тревожным сигналом, игнорируемым в большинстве случаев. В зависимости от характера деятельности, степени нервно-психической нагрузки, индивидуально-психологических особенностей первая стадия может формироваться в течение 3–5 лет с начала определенной деятельности. Вторая стадия: снижение заинтересованности в работе, потребности в общении (в том числе за пределами работы), рост апатии, недовольство. На этой стадии становится заметным появление отрицательных психофизиологических проявлений, таких как головная боль, повышение артериального давления, боль в области таза и т.п. Увеличивается количество болезней дыхательных путей, проявляется повышенная раздражительность. Период формирования данной стадии в среднем — от 5 до 15 лет. Третья стадия: непосредственно личностное выгорание. Характеризуется полной потерей интереса к работе и жизни в целом, эмоциональным опустошением, отсутствием жизненных сил. Человек старается как можно больше общаться с животными, уединяться. Могут появляться суицидальные мысли, которые в отдельных случаях претворяются в жизнь. Усиливаются отрицательные психосоматические проявления и расстройства. Эта стадия формируется от 10 до 20 лет.

По данным Н.В. Самоукиной, ведущего научного сотрудника Психологического института РАО, симптомы, составляющие синдром профессионального выгорания, условно можно разделить на три группы: психофизические, социально-психологические и поведенческие [9]. К психофизическим симптомам профессионального выгорания относят, например, чувство постоянной, не проходящей усталости не только по вечерам, но и по утрам. К социально-психологическим симптомам можно отнести такие неприятные ощущения и реакции, как безразличие,

скука, пассивность и депрессия, а к поведенческим — следующие поступки и формы поведения работника: ощущение, что работа становится все тяжелее и тяжелее, а выполнять ее — все труднее и труднее; чувство собственной бесполезности, неверие в улучшение ситуации, снижение энтузиазма по отношению к работе, безразличие к ее результатам; не выполнение важных, приоритетных задач и «застывание» на мелких деталях, не соответствующая служебным требованиям трата большей части рабочего времени на мало осознаваемое или не осознаваемое выполнение автоматических и элементарных действий.

И, все же, «выгорание» — отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы, но, в то же время, могут возникать его дисфункциональные последствия, когда это состояние отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами [10]. Именно поэтому данный синдром можно отнести к числу феноменов личностной деформации, которая представляет собой многомерный конструкт, набор негативных психологических переживаний, связанных с продолжительными и интенсивными межличностными взаимодействиями, отличающимися высокой эмоциональной насыщенностью и когнитивной сложностью. Это ответная реакция на продолжительные стрессы межличностных коммуникаций, так как любая профессиональная деятельность уже на стадии освоения, а в дальнейшем — при регулярном выполнении — деформирует личность [11; 12].

Э. Ф. Зеер отмечает, что многолетнее выполнение одной и той же профессиональной деятельности приводит к появлению профессиональной усталости, обеднению репертуара способов выполнения деятельности, утрате профессиональных умений и навыков, снижению работоспособности. Вторичная стадия профессионализации по многим видам профессий сменяется депрофессионализацией, именно на этой стадии происходит развитие профессиональных деструкций — постепенно накопившиеся изменения сложившейся структуры деятельности и личности, негативно сказывающиеся на продуктивности труда и взаимодействии с другими участниками этого процесса, а также на развитии самой личности. Стоит отметить основные тенденции развития профессиональных деструкций, например, такие как отставание и замедление профессионального развития по сравнению с возрастными и социальными нормами, несформированность профессиональной деятельности, дезинтеграцию профессионального развития, и, как следствие, профессиональные конфликты. Можно также выделить и более конкретные психологические детерминанты профессиональных деструкций: неудачные мотивы выбора (либо не соответствующие реальности, либо имеющие негативную направленность), деструкции ожидания на стадии вхождения в самостоятельную профессиональную жизнь, стереотипы профессионального поведения, а также разные формы психологической защиты, позволяющие человеку снижать степень неопределенности и психическую напряженность, индивидуальный «предел» развития работника, акцентуации характера и, наконец, синдром «эмоционального сгорания» [13].

Исходя из этого, приведем наиболее удачную, на наш взгляд, **классификацию** уровней профессиональных деструкций [14]:

- **Общепрофессиональные деструкции:** например, для врачей — это будет синдром «сострадательной усталости» (эмоциональная индифферентность к страданиям больных).
- **Специальные профессиональные деструкции,** возникающие в процессе специализации в различных профессиях: у терапевтов — стремление ставить «угрожающие диагнозы»; у хирургов — цинизм; у медицинских сестер — черствость и равнодушие.
- **Профессионально-типологические деструкции,** обусловленные наложением индивидуально-психологических особенностей личности на психологическую структуру профессиональной деятельности.

В результате складываются **профессионально и личностно обусловленные комплексы:**

- **деформации профессиональной направленности личности** (искажение мотивов деятельности, перестройка ценностных ориентаций, пессимизм, скептическое отношение к нововведениям);
- **деформации, развивающиеся на основе каких-либо способностей** — организаторских, коммуникативных, интеллектуальных (комплекс превосходства, гипертрофированный уровень притязаний, нарциссизм);
- **деформации, обусловленные чертами характера** (ролевая экспансия, властолюбие, «должностная интервенция», доминантность, индифферентность).
- **индивидуальные деформации, обусловленные особенностями работников самых разных профессий,** когда отдельные профессионально важные качества, как, впрочем, и нежелательные качества, чрезмерно развиваются, что приводит к возникновению сверхкачеств, или акцентуаций.

Таким образом, профессиональные деструкции нарушают целостность личности, снижают ее адаптивность и устойчивость, что отрицательно сказывается на продуктивности трудовой деятельности.

Говоря о медицинских работниках, следует заметить, что профессиональные деструкции, к примеру, врачей и медицинских сестер являются результатом двойственного процесса расширения профессиональной роли медика и нарастания ее внутренней дифференцированности. Если у молодых сотрудников трудно проследить динамику ролевой девиации, то медицинские работники со стажем неизменно фиксируют нарастание таковой.

Напрашивается вывод, что нарушение требований профессиональной роли среди медиков в условиях рыночных отношений провоцируется новыми социальными условиями, в которых они вынуждены брать на себя не свойственные им функции (менеджера, экономиста, психолога) в общении с пациентами. Сами же работники здравоохранения склонны видеть главную причину ролевых девиаций в завышенных требованиях пациентов к выполнению ими своей профессиональной роли.

КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА «ВЫГОРАНИЯ»

Лечебные, реабилитационные и профилактические мероприятия должны направляться на снятие действия стрессового фактора: снятие рабочего напряжения, повышение профессиональной мотивации, выравнивание баланса между затраченными усилиями и получаемым вознаграждением. При появлении и развитии признаков СПВ



у пациента необходимо обратить внимание на улучшение условий его труда (организационный уровень), характер складывающихся взаимоотношений в коллективе (межличностный уровень), личностные реакции и заболеваемость (индивидуальный уровень).

Способы коррекции синдрома «выгорания» условно можно сгруппировать следующим образом (Сидоров П., 2009):

1. Медицина поведения: концепция поисковой активности, приемы психологической защиты, особенности общения в условиях стресса.
2. Двигательная активность при стрессе.
3. Психотренинг и психоанализ.
4. Массаж, самомассаж, воздействие на биологически активные точки (БАТ).
5. Медикаментозная коррекция стрессовых состояний.

Медицина поведения. Характер поведения, наличие или отсутствие поисковой активности значительно влияют на здоровье. Высокая поисковая активность повышает устойчивость организма к вредным воздействиям. Приемы психологической защиты значительно расширяют границы поисковой активности, смягчая, устраняя и предупреждая состояние эмоционального напряжения. К таким приемам относятся (Сидоров П., 2009):

- Перенос, что позволяет человеку отвлечься от неприятных обстоятельств путем создания состояния отрешенности, мысленного переноса неприятного душевного состояния, например, на посторонние предметы.
- Переключение, когда рекомендуется думать о чем-нибудь приятном (о любимом человеке, любимом занятии).
- Изменение масштаба событий, когда необходимо попытаться взглянуть на собственные переживания из отдаленного будущего со стороны, вследствие чего интенсивность переживаний уменьшится.
- Накопление радостей, т.к. положительные эмоции — мощный антистрессовый фактор.
- Мобилизация юмора, ибо смех — отличное противодействие стрессу.
- Отчуждение, т.к. мысленное представление неприятной ситуации и мысленное затухивание этого образа снижает эффект его отрицательного влияния.
- Интеллектуальная переработка, когда надо постараться в плохом найти нечто полезное для себя («нет худа без добра»).
- Необходимо не избегать травмирующих ситуаций, а, наоборот, «ускорять» их, не оттягивая неизбежный разговор.
- Разумный эгоизм. Нельзя забывать о себе. Не стоит допускать отсутствие резервного варианта, длительного воздействия умеренного по силе стрессового фактора — следует решать конфликт, делать шаг навстречу при ссоре и т.д. Не стоит принижать себя, своего достоинства.
- Разрядка, роль которой может играть физическая, интеллектуальная работа, любимое занятие, творчество, а также возможность выговориться и рассказать кому-либо о своих переживаниях.
- Интуиция имеет значение в предотвращении стресса. Не стоит игнорировать предчувствия, а, наоборот,

следует использовать их для подготовки к возможным стрессовым ситуациям. Предвидя их, можно избежать или встретить неприятность приемами психической защиты.

- Мысленный барьер, когда мысленно рекомендуется очертить психологический барьер, о который разбиваются все травмирующие воздействия.

Двигательная активность при стрессе. Экстремальные ситуации включают генетически сформированную программу защитного двигательного реагирования (отдергивание руки от горячего, бегство при опасности и т.д.). Необходимость двигательной разрядки следует также из физиологии стресса. Выделяемые в кровь при стрессе кортикоиды — адреналин и норадреналин — являются гормонами, повышающими работоспособность организма. Быстрое снижение концентрации кортикоидов происходит при движении, физической активности. Если же движение отсутствует, то чрезмерная концентрация кортикоидов в крови повышает тревожность и усиливает неблагоприятное воздействие стрессовых факторов на организм. Это особенно важно при психоэмоциональном стрессе. Хорошую разгрузку дают танцы, плавание, бег.

Психотренинг и психоанализ. Людей уже давно интересовала проблема преднамеренного управления своими телесными процессами, воздействия на функции организма с помощью психофизиологических влияний (самовнушения, вызывания определенных мысленных образов). Оказывается, такое вмешательство может быть действенным, если словесное внушение облечь в особую форму, способную вызвать яркое представление.

Другой путь управления отдельными функциями организма (дыханием, частотой сердечных сокращений т.д.) заключается в произвольном изменении тонуса мышечной системы.

Третий путь воздействия на произвольные функции тела связан с торможением коры головного мозга, которое достигается преднамеренным расслаблением мышц, сосредоточением внимания на ощущениях тепла, тяжести в теле, покоя и отдыха. Такое состояние можно сравнить с самогипнозом, во время которого усиливаются процессы внушения и воображения.

Массаж и самомассаж. Массаж является незаменимым средством при нервном перенапряжении и стрессовых состояниях. С помощью массажа легко снимаются мышечные зажимы с наиболее уязвимых при нервном напряжении мест — лица, шеи, плеч и рук.

Основные приемы массажа (самомассажа) включают: поглаживание, выжимание, разминание, вибрацию, похлопывание.

Воздействие на БАТ — один из древнейших, известных в истории медицины лечебных методов, который эффективен и сегодня при лечении ряда заболеваний. Точечный массаж имеет в своей основе рефлекторные физиологические механизмы.

В настоящее время широко используются иглорефлексотерапия, прижигание и другие разновидности воздействий на БАТ.

Медикаментозная коррекция стрессовых состояний. Лекарственные препараты, используемые при коррекции стрессовых состояний, можно подразделить на три группы:

1. обладающие общеукрепляющим и адаптогенным действием: витамины и поливитаминные препараты, магний В6, кофе и его препараты, биогенные стимуляторы (алоэ, ФИБС и пр.). Однако наибольшим эффектом обладают адаптогенные препараты из лекарственных растений (женьшень, элеутерококк, китайский лимонник и пр.);

2. обладающие седативным, успокаивающим и снотворным эффектами, в целом оказывающие благотворное воздействие на нервную систему, стабилизирующие ее функционирование (фитокомплексы — персен, ново-пасит, валемидин, фиторелакс, лаванда, миг-стресс, релаксозан, симпатил, препараты валерианы, пустырника, пиона, мелиссы и т.д.; фиточаи; гомеопатические средства и приближенные к ним — киндинорм, гомеостресс, валериана-хель, тенотен и др.);

3. устраняющие вторичные симптомы заболеваний: сердцебиение, нарушение пищеварения и пр. (препараты подбираются индивидуально, в зависимости от степени функционального поражения того или иного органа или системы).

Рекомендации по предупреждению «выгорания» медицинских работников и сохранению профессионального долголетия:

- Организация психологического консультирования, как возможности проработки профессиональных и личных проблем.
- Создание благоприятного психологического климата в коллективе.
- Создание комнат «психологической разгрузки» в лечебных учреждениях.
- Постоянная внутренняя работа медика над собой, переосмысление поведения, рефлексия эмоциональных состояний.
- Просветительская работа о сущности и последствиях профессиональных деформаций.
- Антистрессовые программы и группы поддержки, ориентированные на личностную коррекцию самооценки, уверенности, социальной смелости, эмоциональной устойчивости и психофизической гармонии [15;16].
- Повышение коммуникативных умений с помощью активных методов обучения (социально-психологические тренинги, деловые игры) [17].
- Изменение установок с помощью рационально-эмоционального тренинга по А.Эллису [17].
- Овладение различными способами саморегуляции, такими как аутогенная тренировка, мышечная релаксация, дыхательные техники, медитация, физические упражнения и визуализация, которые помогают отвлечь мысли от источника стресса и переключить внимание человека [1; 17].
- Организация регулярного активного отдыха, предоставление своевременного отпуска и санаторно-курортного лечения медицинским работникам.
- Обеспечение со стороны администрации лечебного учреждения своим работникам возможности профессионального роста, социальных гарантий, стабильности, поддержки и других положительных моментов, повышающих мотивацию.

Эти меры помогут медицинским работникам справиться с ежедневными стрессами и жить в гармонии с собой и окружающими.

Актуальность данной проблемы напрямую связана с сохранением здоровья и психической устойчивости не только медицинских работников, но и их пациентов, а осуществление профилактики профессионального стресса и своевременной диагностики эмоционального выгорания является крайне важной задачей на пути к профессиональному долголетию специалистов системы здравоохранения. 

ЛИТЕРАТУРА

1. Демьянчук Р.В. Методология психологического сопровождения педагогов адаптивного физического воспитания в условиях специальных (коррекционных) образовательных учреждений. Адаптивная физическая культура. 2011. № 3. С. 25-28.
2. Firth G. H., Mims A. Burnout among special education paraprofessionals // Teaching Exceptional Childre. Vol. 17. 1985.
3. Rowe M. M. Hardiness as a stress mediating factor of burnout among healthcare providers // American Journal of Health Studies. Vol. 14, Issue 1. 1998.
4. Гришина Н.В. Помогающие отношения: профессиональные и экзистенциальные проблемы // Психологические проблемы самореализации личности / Под ред. А.А. Крылова, Л.А. Коростылевой. — СПб.: СПбГУ, 2004. — 157 с.
5. Орел В.Е. Структурно-функциональная организация и генезис психического выгорания: Автореф. дисс. ... докт. псих. наук. — Ярославль, 2005.
6. Практикум по психологии состояний: Учебное пособие / Под ред. проф. А.О. Прохорова. Составители: Г.Ш. Габдреева, А.О. Прохоров. — СПб.: Речь, 2004. — 480 с.
7. Мартынова Т.Н., Бусовикова О.П. Сибирская психология сегодня: Сб. науч. трудов. — Вып. 2. — Кемерово: Кузбассвузиздат, 2003.
8. Maslach C., Jackson S. E. The Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.
9. Самоукина Н.В. Синдром профессионального выгорания // Медицинская газета. 2005. № 43.
10. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. — М.: Информационно-издательский дом «Филин», 1996. — 476 с.
11. Маркова А.К. Психология профессионализма. — М.: Знание, 2003. — 306 с.
12. Толочек В.А. Современная психология труда: Учебное пособие. — СПб.: Питер, 2005. — 479 с.
13. Пряжников Н.С., Пряжникова Е.Ю. Психология труда и человеческого достоинства. — М.: Академия, 2004. — 480 с.
14. Журнал «Главная медсестра»: Синдром эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинской сестры — www.zdrav.ru/library/publications/detail.php?ID=2017
15. Ромек В.Г. Тренинг уверенности в межличностных отношениях / В.Г. Ромек. — СПб.: Речь, 2003. — 175 с.
16. Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. — СПб.: Питер, 2006. — 352 с.
17. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. — СПб.: Питер, 2008. — 256 с.



От Редакции: Впервые в нашем журнале мы размещаем статью школьницы, основанную на ее собственных исследованиях. Поздравляем с дебютом юного биолога и пожелаем дальнейших творческих успехов.

Скочкова Наталия,

Руководитель: Сорокина Е. Н. (учитель физики),
ГБОУ Гимназия № 261, Санкт-Петербург, Россия

БИОФИЗИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПИЯВОК

Biophysical properties of the leech nervous system

Skochkova N., Sorokina E., Skochkova V.

School №261, Saint Petersburg, Russia

City health center №81, Saint Petersburg, Russia

Interest in leech treatment methods grows not only in Russia, but also in Europe and Asia countries. This is evidenced by the rapid growth of the biofactories for medical leech cultivation all around the world.

In literature and practice, pharmacological researches are mainly aimed at the study of biologically active substances that are contained in leech saliva.

In this work, authors examined leech behavior under the influence of physical environmental factors. The next hypothesis has been put forward — leeches could react to the light and temperature, they may sense smells, moreover they can react to the different music with various frequency and range of body motions. Although they may differently react to the weather conditions.

Based on all the theoretical knowledge obtained by studying special literature and experimenting, it appears that primitive, at first glance, leech nervous system allows to orient itself greatly in the world around and exist on the Earth for many millennia.

Remaining still relevant nowadays, leeches are also widely used in medicine for targeted therapy of many diseases through their smell, body hotness, light and sound sensitivity.

Всего на Земном шаре насчитывается около 400 видов различных пиявок. Но только два из них используют в медицинской практике: пиявку медицинскую лечебную *Hiruda medicinalis medicinalis* и пиявку медицинскую аптекарскую *Hiruda medicinalis officinalis*.

Почему пиявки?

Мне попала в руки книга московского журналиста Ларисы Геращенко «Всё о пиявке (гирудотерапия для разных типов людей)», в которой автор увлекательно рассказывает об этих удивительных и загадочных животных, которые с древних времён привлекают учёных и медиков, но до сих пор до конца не изучены. А пару лет назад я посетила Международный Центр по разведению пиявок под Москвой и собственными глазами увидела весь процесс рождения и развития пиявок, что усилило мой интерес к исследованию.

Интерес к методу лечения пиявками растёт не только в России, но и в Странах Европы и Азии. Об этом свиде-



тельствует рост биофабрик по разведению пиявок по всему миру. В литературе и на практике в основном проводят фармакологические исследования, направленные на изучение комплексов биологически активных веществ, содержащихся в слюне пиявки. Ведь недаром американский исследователь пиявок Рой Соьер в 1999 году писал: «В арсенале современной медицины нет лекарственных средств, которые могут воспроизводить эффекты, обеспечиваемые укусом медицинской пиявки». Мне же было интересно наблюдать за поведением пиявок под влиянием на них физических факторов окружающей среды.

ИСТОРИЯ ПОЯВЛЕНИЯ ГИРУДОТЕРАПИИ

Пиявка относится к кольчатым червям и является паразитом, так как живёт за счёт других организмов, питаясь кровью хозяина (человек, крупный рогатый скот, лягушки, рыбы).

Целебные свойства пиявки известны человечеству уже много веков. Первые сведения о применении пиявок от-

носятся к Египту 16 века до нашей эры. Первым исследователем, попытавшимся определить и систематизировать лечебные свойства пиявок, был Никандр из Колофона (200–130 гг до н.э.). Определённый анализ с указанием заболеваний, при которых использовалась гирудотерапия, мы находим в трудах Гиппократ, Галена, Авиценны. Долгое время пиявка была на вооружении у земских врачей, успешно применявших гирудотерапию в своей повседневной практике. Великие русские врачи Пирогов, Захарьин, Мудров указывали на необходимость использования пиявки в лечении многих заболеваний. Таким образом, пиявка долгое время была весомым аргументом в борьбе со многими заболеваниями (одним из основных средств в скудном лекарственном арсенале врачей).

На современном этапе часть секретов пиявки уже раскрыта. Обнаружены те действующие вещества, которые лежат в основе целебного эффекта пиявки, структура их изучена, стали понятны механизмы лечебного действия пиявки при различной патологии. На сегодняшний день установлено, что лечебный эффект гирудотерапии складывается из нескольких факторов: рефлекторного, механического и биологического. Рефлекторное действие заключается в том, что пиявка прокусывает кожу только в биологически активных точках (точках акупунктуры). Механическое действие выражается в разгрузке регионарного кровотока пиявками. Биологическое действие обеспечивается благодаря наличию в слюне пиявки целой гаммы биологически активных веществ, одно из которых — гирудин. От этого фермента и пошло название «Гирудотерапия». Первым выделил гирудин из слюны пиявки физиолог из Берминггема Д. Б. Хайкрофт в 1980 году во время лабораторных испытаний.

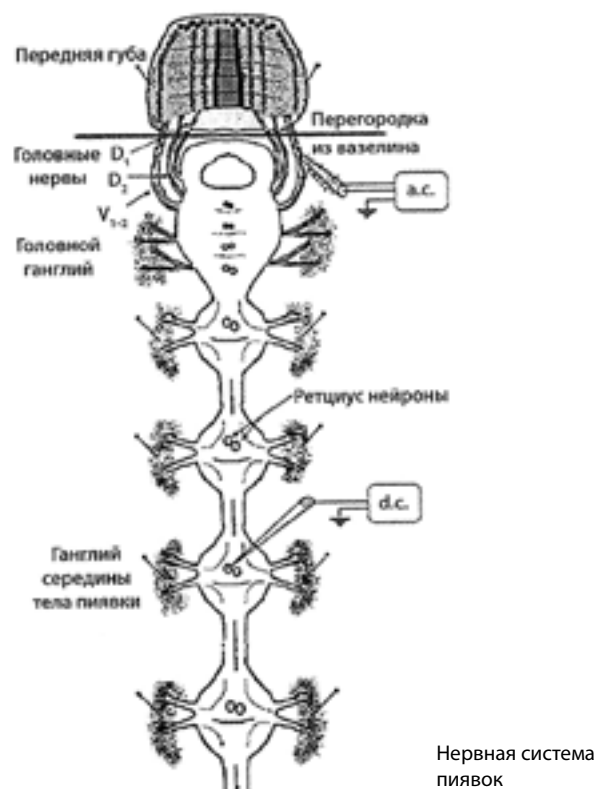
Вещества, содержащиеся в слюне пиявки, способствуют укреплению иммунитета и имеют выраженный антибактериальный, противовоспалительный и кровоостанавливающий эффект.

СТРОЕНИЕ ПИЯВКИ

Тело медицинской пиявки рубчатое, вытянуто в длину и сплющено в спинно-брюшном направлении, состоит из 33 сегментов. У пиявки две присоски: передняя (ротовая), которую образуют 4 первых сегмента, и задняя (с её помощью пиявка фиксируется на теле жертвы), которую образуют 7 слившихся сегментов. В передней присоске располагаются 3 взаимно перпендикулярных челюсти, на которых имеются 270 зубов. С их помощью пиявка прорезает кожу на глубину до 1,5 мм. Пиявка не только насасывает кровь, но и впрыскивает более 20 полезных для человека ферментов.

У медицинской пиявки совершенно особая нервная система. Из специальных органов чувств у пиявки присутствуют только глаза, их 10. Они представляют собой шаровидные камеры, но целостного изображения пиявка не «воспринимает». Но ей это и не нужно. У пиявки очень чувствительная кожа с большим количеством нервных окончаний, и именно клетками кожи пиявка реагирует на внешние раздражители. Больше всего чувствительных нервов сосредоточено на переднем конце тела пиявки.

Нервы и узлы нервных цепочек образуют два главных узла — надглоточный и подглоточный. У пиявки они вы-



полняют те же функции, что и головной и спинной мозг у человека. Эти два узла соединены между собой особыми перемычками, так что вокруг глотки пиявки образуется кольцо, которое зоологи называют околосредоточным нервным узлом.

По значимости этот узел можно приравнять к головному мозгу человека, хотя, разумеется, это не равноценно ему и сильно отличается по строению. «Мозг» пиявки устроен не слишком сложно. Два его составных элемента (надглоточный и подглоточный узлы) дополняют друг друга, поскольку действие одного компенсирует и частично нейтрализует действие другого.

Несмотря на внешнюю простоту устройства нервной системы пиявок, они великолепно ориентируются в пространстве. Обоняние, вкус и осязание при отсутствии соответствующих органов чувств развиты у них необычайно, что способствует их успеху в поисках жертвы. В первую очередь, пиявки отлично реагируют на запахи, исходящие от погруженных в воду предметов. Раздражающие запахи заставляют пиявку спешно перебираться в другое место. Вот почему гирудотерапевты рекомендуют перед сеансом принимать душ, но не пользоваться ароматными моющими средствами и особенно французскими духами, а также перед сеансом гирудотерапии запрещается курение и употребление алкоголя. Из множества разнообразных запахов животные с высокой точностью распознают запах потенциальных хозяев, т.е. запах крови. Их реакция на этот раздражитель мгновенна. Стоит в сосуд с пиявками добавить несколько капель крови млекопитающего, как пиявка, если она голодна и здорова, быстро принимает ловчую «стойку». Она поднимается на задних концах тела, вытягиваясь в струнку, и начинает энергично раскачиваться. Передний конец тела при этом производит движения, демонстрирующие попытки присосаться к потенциальной жертве.



Поиск будущего хозяина паразиты ведут так же, ориентируясь по колебанию воды, вызванному любым более крупным животным. Шум на воде порождает волны, которые пиявки улавливают легко и с готовностью плывут к источнику звуков. Это подтверждает реакция пиявок на различные музыкальные произведения, звучащие в медицинском кабинете.

Кроме всего прочего, необходимо упомянуть о наличии у пиявок теплового чувства. Пиявки улавливают незначительную разницу в изменении температуры окружающей среды. Присасываясь к коже, пиявка не сразу начинает кусать. Она настойчиво ищет вокруг себя самый теплый участок кожи, наиболее богатый кровью. Капилляры здесь переполнены, интенсивная микроциркуляция в тканях способствует их большему согреванию и увеличивает мощность потока инфракрасного (теплового) излучения.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОВЕРКА РАБОТЫ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПИЯВОК

В ходе теоретического исследования выявлено, что пиявки обладают рядом свойств.

В первую очередь они отлично реагируют на запахи. Для подтверждения этого, был проведен следующий эксперимент.

Опыт № 1

В банку с пиявками я аккуратно опускала чистую сухую руку. Пиявки активно устремлялись к пальцам и к кисти и пытались присосаться.

В банку с пиявками я осторожно опускала руку в медицинской латексной перчатке — пиявки реагировали вяло и не пытались присасываться.

В банку с пиявками я осторожно опускала голую руку, предварительно сбрызнув пальцы французскими духами — пиявки активно пытались отплыть от руки в противоположную сторону.

Опыт № 2

Я узнала, что пиявки по-разному воспринимают звуковые волны и совершают различные колебательные движения под разную музыку с разной амплитудой. Для этого я играла на гитаре классические мелодии и рок-музыку. Пиявки под «классику» совершали медленные плавные движения. А под рок — хаотичные резкие движения. То есть пиявки «танцевали»!

Опыт № 3

Пиявки реагируют на свет. В темной комнате я направляла точечный источник света на банку с пиявками и заметила, что спящие пиявки оживились и стали совершать активные движения.

Опыт № 4

В состоянии покоя пиявки находятся на дне банки. Около банки я поставила включенный утюг, по мере нагревания стенки пиявки постепенно стали совершать активные движения и переползали в сторону тепла.

Таким образом, опыты показали, что пиявка, имеющая, на первый взгляд, достаточно простую нервную систему, обладает множеством способностей: слышит, видит, ощущает запахи тепло.

По литературным данным и по опыту гирудотерапевтов с многолетним стажем работы, замечено влияние

изменений метеоусловий на поведение пиявок. По мнению ряда специалистов, эти черви предсказывают своим поведением дождь, град, солнечную погоду, ветер и т.д. Червь просто ощущает перепады атмосферного давления и таким образом узнает о приближении дождя. Если завести этих пиявок дома, то они послужат отличным барометром. Эта точнейшая информация придется как нельзя кстати для метеозависимых людей. Страдали от изменений погоды многие исторические личности: Данте, Колумб, Леонардо да Винчи, Микеланджело, Паскаль, Моцарт, Вольтер, Казанова, Руссо, Наполеон, Дарвин и др. Черви не переносят холод и с наступлением первых заморозков впадают в оцепенение, которое можно назвать «спячкой». Просыпаются они лишь с наступлением теплого времени года. К сожалению, «биологические часы» этих интереснейших существ изучены пока недостаточно. Я провела наблюдение в течение одного месяца, где учитывала температуру, влажность, атмосферное давление, силу и направление ветра при стабильной температуре и влажности в квартире, но очевидной закономерности не было получено. Со слов практиков, пиявки становятся более активными при усилении ветра и изменении его в северном направлении. Это предстоит проверить в последующих опытах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования я познакомилась с пиявками и их удивительными свойствами. Узнала, что они относятся к кольчатым червям, являются паразитами, гермафродитами, обладают уникальной нервной системой. Обобщая эти знания, полученные путем изучения литературных источников и проведения экспериментов, можно сделать вывод, что элементарно устроенная, на первый взгляд, нервная система пиявки позволяет ей прекрасно ориентироваться в окружающем мире и существовать на Земле в течение многих тысячелетий. Об этом писал в своих трудах Николай Рерих. А учет чувствительности пиявок к запахам, степени нагретости тела, свету и звуковым колебаниям, позволяет широко использовать их в медицине для лечения многих заболеваний, что не теряет своей актуальности в наше время. ☺

ЛИТЕРАТУРА

1. И. П. Баскова. Научные основы гирудотерапии. Гуморальное звено, Тула: Аквариус, 2015.-228с
2. Л. Геращенко. Все о пиявке. Гирудотерапия для разных типов людей. СПб: Питер, 2005.-25 с.
3. Л. Геращенко, Г. Никонов. Лечение пиявками в домашних условиях, Москва: АСТ-ПРЕСС КНИГА, 2004.-272 с.
4. О. Ю. Каменев, А. Ю. Барновский. Лечение пиявками (Теория и практика гирудотерапии), Руководство для врачей, СПб: Издательская группа «Весь», 2006.-304 с.
5. Ю. Каменев, О. Каменев. Вам поможет пиявка (Практическое руководство по гирудотерапии), СПб, ИД «ВЕСЬ», 2002.-253 с.
6. Д. К. Швайцер, М. Вестендорф. Гирудотерапия (Руководство по лечению медицинскими пиявками), Валь (Швейцария): Белизана ООО, 2013.-220 с.



КАЛМЫЦКИЙ ЧАЙ — НАПИТОК КОЧЕВНИКОВ

Калмыцкий чай — это больше, чем чай, т.к. этот напиток с богатой историей на протяжении тысячелетий верой и правдой служил азиатским кочевым народам. В настоящее время его польза для здоровья доказана учеными.

Зеленый чай с молоком, солью и маслом согреет в морозы, охладит в жару, а в сочетании с кусочком домашнего хлеба послужит полноценным завтраком или обедом. Существуют различные версии, как чай с молоком стал «фирменным» напитком азиатских народов. Древняя легенда гласит, как один тибетский религиозный деятель тяжело заболел, призванный к нему целитель прописал единственное лекарство — необычный чай на голодный желудок — и обещал полное исцеление на 7-й день. Через неделю больной поднялся с постели и повелел в этот день всем верующим зажигать лампаду и готовить волшебный чай, названный позднее «джомба». Как тибетский реформатор смог передать рецепт чая именно калмыкам, остается только гадать — историки же уверяют, что сам чай позаимствовали монгольские кочевники еще у древних китайцев в период тесных контактов двух народов. Китайцы, хранители чайной культуры, и мысли не допускали, чтобы добавлять в зеленый чай молоко. А монголы добавили — и молоко, и жир, и соль, а иногда и муку — и получили питательный и целебный напиток. Монгольский чай быстро стал любимым напитком многих кочевых племен, затем покорила народы Сибири, Средней Азии, юга России и даже Северного Кавказа, причем, каждая культура привносила в рецепт приготовления знаменитого чая что-то свое. Но самую большую любовь этот чай получил у калмыков — не случайно сегодня он известен в мире, прежде всего, как калмыцкий чай.

Калмыцкий чай — это чай зеленый, поэтому в нем сохраняются все полезные вещества, которыми издавна славится зеленый чай: бодрящий кофеин, целебные танины, хранители молодости и здоровья катехины и др. Благодаря сложному составу (молоко, масло и соль) калмыцкий чай содержит много калия, фтора, йода, марганца и натрия, богатый комплекс витаминов: К, С, РР, группы В.

Цельное молоко не всегда хорошо усваивается организмом, особенно у взрослых, а зеленый чай облегчает его усвоение, поэтому калмыцкий чай можно смело рекомендовать людям всех возрастов. В свою очередь, молоко смягчает вредное действие кофеина и других алкалоидов, находящихся в чае. А это особенно важно, поскольку для классического калмыцкого чая обычно собирают старые чайные листочки, даже не подвергая их ферментации, что делает напиток очень крепким. Более того — молоко и чай, вступая в реакцию, образуют особый питательный комплекс жиров, белков, витаминов и минералов. И к этому еще добавляется натуральный холестерин в составе сливочного масла, питающий мозг, а также комплекс витаминов А, D и В, необходимый, прежде всего, костной ткани, коже, волосам и глазам.

Калмыцкий чай увеличивает лактацию у кормящих мам; стимулирует обмен веществ, способствует нормализации массы тела, уровня сахара в крови; отлично тонизирует, активизирует умственную деятельность и снимает переутомление; полезен для сердечнососудистой системы, а также для пищеварительной системы: ликвидирует последствия отравления, расстройства желудка, уменьшает газообразование; способствует укреплению иммунитета. Полезные свойства калмыцкого чая усиливают пряности, которые традиционно добавляют в напиток: так, гвоздика превращает калмыцкий чай в настоящий антипростудный коктейль, мускатный орех повышает иммунитет, укрепляет нервную систему. Калмыцкий чай с черным перцем способствует нормализации работы кишечника, профилактирует атеросклероз сосудов и действует как отхаркивающее средство.

Целебные свойства чая известны на протяжении веков, а нежелательные побочные действия связаны только с индивидуальной непереносимостью. Так, если у человека имеет место непереносимость лактозы, калмыцкий чай под запретом. Не рекомендуют также чай с молоком или маслом на поздних стадиях желчнокаменной болезни: считается, что крепкий калмыцкий чай может вызвать движение камней.

Приготовление калмыцкого чая — древнее искусство, на протяжении веков у каждого народа был свой рецепт с разными нюансами и особенностями. Так, класть в напиток сливочное масло — довольно поздний, «облегченный» вариант — изначально калмыки добавляли в свой чай бараний жир. Напиток древних монголов был еще питательнее — чай, молоко, обжаренные кусочки курдюка и бараний костный мозг. Адыги любили добавлять в чай еще и конский щавель для вкуса, аромата и борьбы с цингой, а также загадочный лэбэчай — по всей видимости, душицу. Более того, рецепты древних калмыков советовали кипятить чай очень долго, пока в котле не останется только половина воды, а затем настаивать чай всю ночь. Наутро получался мощнейший энергетик, идеальный напиток для кочевников, но современный человек такую встряску для сердца и сосудов выдержал бы с трудом...

Но главная традиция, которая дошла до наших дней, — это использовать для приготовления напитка плиточный зеленый чай. В древности такой способ перевозки чая был самым удобным: кирпичики из чайных листьев и стеблей возить с собой намного удобнее, нежели мешки с чаем рассыпным. Сегодня же прессованный чай остается уделом приверженцев классических рецептов и тех, кто не любит торопиться.

Напиток древних кочевников, тонизирующий калмыцкий чай приходится, как нельзя кстати в современном мегаполисе с его ритмом жизни, чтобы дарить нам силу, бодрость и насыщать энергией.

Источник: <http://safeyourhealth.ru/>



От Редакции: Мы продолжаем публикации бесед с известным санкт-петербургским целителем Юрием Васильевичем Кретовым. Сегодня речь идет о сотрудничестве с учеными и врачами.



У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОСЫ К НАУКЕ...

— Юрий Васильевич, когда-то мы с Вами обсуждали очень интересную тему о лимфе и крови. Эта публикация произвела огромное впечатление на всех — и на врачей, и на пациентов. И Вы сказали, что физики принесут в медицину свои идеи и разработки, а медики помогут открытия физиков объяснить. Здесь речь идет о сотрудничестве представителей разных наук. Кроме того, как-то Вы обмолвились, что «геологи помогли медикам понять механизм образования камней в человеческом организме». И это, между прочим, кажется вполне логичным. Значит, надо более тесно сотрудничать ученым из разных сфер науки, чтобы получать истинные знания и как можно быстрее делать их более доступными для всех?

— Попробуем рассуждать. С точки зрения химии, кровь — это все-таки железосодержащее соединение. А с точки зрения физики — остается много вопросов. Например, почему железосодержащее соединение — кровь — отталкивает, а не притягивает магнит? Лично я ответа не нахожу. Я просто вижу, что к очагам скопления крови в организме надо прикладывать магнит. Т.е. туда, где кровь застаивается. И рекомендую делать именно это. Магнит «разгоняет» кровь. Реакция обычно бывает моментальная. Таким образом восстанавливается нарушенное кровообращение в том или ином месте.

— Значит, в крови есть то, что противодействует магниту. Есть какой-то контрмагнетизм?

— Именно так. И было бы неплохо услышать мнение физиков на этот счет.

— Согласна. Было бы интересно также получить объяснение таким фактам, когда обычное зеркало в умелых руках способствует «разжижению» крови, что препятствует образованию тромбов, застою крови, но в то же время может вызывать кровотечение у некоторых людей.

— Интересно даже не то, что делает зеркало, а почему оно «это делает» под определенным углом и в определенном месте... Я же не рекомендую просто смотреться в зеркало или ходить около него, или носить с собой. Я прошу прикладывать зеркало к какому-то месту и под каким-то углом наклона, чаще — под углом 45°. И эффект от этого бывает потрясающий!

— Мы с Вами только что опубликовали две статьи, посвященные «точкам детства» и возможностям раскрытия механизмов развития такого тяжелого заболевания, как детский церебральный паралич (ДЦП). Как Вы считаете, какие ученые должны принять участие в исследовании патогенеза ДЦП, чтобы докопаться до истины и дать научное объяснение тому, что Вы видите?

— Здесь нужны физики, которые изучают поведение тела в простран-

стве, в т.ч. поведение космических тел.

— Астрофизики? Это сложно себе представить...

— И астрофизики, и те, кто изучает поведение тела в пространстве на Земле.

— Это очень долгий процесс. Наверное, немало пройдет времени, пока такие ученые заинтересуются нашими публикациями, т.е. Вашими наблюдениями... А детям сейчас нужна эффективная помощь. От ее своевременности зависит качество всей их дальнейшей жизни.

— Самые заинтересованные лица в этой ситуации — родители. Надо просто собирать родителей и давать им эту информацию, а они уже вправе выбирать — ждать, когда наука созреет до понимания и описания всех механизмов болезни или пользоваться той информацией, которую мы им даем. Причем, все, что я рекомендую в таких случаях, является ничем иным, как мыслительным процессом. Этим мы не нанесем организму никакого вреда! Но при этом — какая потрясающая динамика!

(См. беседы с Ю. В. Кретовым в журнале «Пятиминутка» № 3, 4–2016 г. — Прим. Ред.)

— Самое неприятное и обидное, что ученые не торопятся изучать те удивительные вещи, которые Вы видите и много лет успешно применяете на практике, помогая отдельным людям, которые к Вам обращаются. Однако порой

кто-то из наиболее предприимчивых что-то подсматривает, прочтает, проверит частично, выцепит какой-то фрагмент и выдает потом за свое «открытие»...

— Да... «Спирали» уже патентуют...

(«Спирали», которые рекомендует мысленно крутить в том или ином направлении, — один из очень эффективных методов целителя. — Прим. Ред.)

— Как же нам все-таки привлечь науку, ученых к сотрудничеству? Ведь это же так очевидно, что давно надо бы отбросить все амбиции и начинать сотрудничать в интересах наших пациентов!

— Я Вам вот, что скажу. Когда-то давно в мои руки попало фото, где я, будучи еще в армии, стою со своими товарищами на фоне какой-то роши. И что я вижу?! С нами рядом на фото проявились настоящие индейцы! Их там не было и не могло быть! Но они проявились! В перьях, как положено, с ритуальной раскраской... Эту фотографию я отправил в научную лабораторию, надеясь получить ответ. С тех пор прошло 30 лет! Для меня все, что я увидел на фото, давно уже стало яснее

ясного. А «наука» это 30 лет «изучает»! И в ближайшие 30 лет, я думаю, так и будет «изучать» ... И, может, потом когда-нибудь что-нибудь нам скажут. А, может, ничего не скажут, вообще ...

— Да, Вы правы. Мы много еще можем опубликовать статей и даже книг про разные чудеса исцеления, как Юрий Васильевич Кретов, например, исцелил в очередной раз безнадежного онкологического пациента, вопреки пессимистическим прогнозам врачей или как кого-то вывел из комы необычными способами... Все это, конечно, замечательно. Но это так и будет оставаться и считаться «частными случаями». У нас ведь за годы сотрудничества накопилась статистика по исцеленным пациентам. Почему-то это никого не интересует. Странно, не правда ли?

— Ничего странного для меня уже нет. Когда-то меня пыталась изучать профессор Наталия Петровна Бехтерева. Присоединяли к моей голове какие-то аппараты, что-то записывали, проводили эксперименты... Я обрадовался тогда — вот оно! Наконец-то! Сделают открытие, буду нужен ученым, будем совместно ра-

ботать... Я с глубоким уважением отношусь к Наталии Петровне, она настоящий ученый и очень много сделала в науке. Но в моем случае ничего не вышло. Аппаратура зафиксировала какие-то изменения, это явление никто тогда не смог объяснить, и ко мне и ко всему, что я делаю, интерес довольно быстро пропал... Дальше эксперименты проводить не стали. Но Наталия Петровна хотя бы пыталась что-то делать и не называла это ерундой!

— На самом деле, проще все, что необычно и пока не объяснимо, объявлять ерундой, нежели ломать голову над теми непонятными явлениями, которые еще предстоит исследовать, возможно, не один десяток лет. Это продолжительный и кропотливый труд, который вряд ли принесет славу и деньги. Скорее, такие исследования просто заложат кирпичик в познание нашей природы и нашего мира, и народной медицины, в частности, в надежде, что другие поколения ученых это продолжат изучать. Что ж, ждем настоящих ученых!

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



ФИТОЧАЙ

Фиточаи широко известны тем, что приносят пользу организму, но какими именно свойствами они обладают, и почему они так полезны?

Фиточай выглядит, как обычный чай, и заваривается он точно так же, но на самом деле это совсем не чай, потому что он не собран с куста *Camellia Sinensis*, растения, из которого делают все чаи. Фиточай — это в действительности отвар или растительный настой. Фиточаи готовятся из смеси сухих листьев, семян, трав, плодов, коры, цветов, или других частей растения, которые придают ему вкус и полезные свойства.

В отличие от других видов чая, фиточай не содержит кофеина. Он имеет чудесный вкус, и его легко пить. Фиточай может состоять из одного основного растительного ингредиента, или он может представлять собой смесь различных ингредиентов, собранных с какой-то определенной целью, например, для расслабления, придания бодрости, купирования симптомов какого-то определенного патологического состояния (жар, кашель и т.д.).

Некоторые распространенные ингредиенты фиточая и их полезные свойства:

- Гвоздика — способствует облегчению симптомов простуды и расстройства желудка.
- Семена аниса — способствуют пищеварению и освежают дыхание, успокаивают кашель и улучшают состояние при бронхите.
- Ромашка — широко известна своими успокаивающими свойствами, а также оказывает противовоспалительное и спазмолитическое действие.
- Хризантема — используется при высокой температуре тела, обладает гепатопротекторным действием и нейтрализует токсины.
- Корица — успокаивает и помогает поддерживать здоровое кровообращение и пищеварение.
- Женьшень — стимулирует жизненные силы и помогает поддерживать организм в здоровом, бодром состоянии.
- Корень имбиря — способствует улучшению кровообращения и является одним из лучших растительных средств для улучшения пищеварения, против тошноты, застоя в легких, и артрита.
- Боярышник — укрепляет сердце и усиливает кровоток.
- Петрушка — обладает мочегонными свойствами и благотворно влияет на функцию почек.
- Перечная мята — обладает антистрессовым действием. Также помогает при нарушении пищеварения и освежает дыхание.

- Красный клевер — используется в медицине для облегчения симптомов менопаузы, при раке, маститах, патологии суставов, астме, бронхитах, псориазе и экземе. Не рекомендуется детям, беременным и кормящим женщинам.
- Шиповник — природный источник витамина С и биофлавоноидов. Тонизирует печень и почки, является хорошим средством от усталости, простуды и кашля.
- Аралия — обеспечивает организм энергией, поддерживает здоровье кожи.
- Вяз ржавый — помогает облегчить желудочные колики и другие проблемы с пищеварением.

Для приготовления фиточая используется свежая холодная вода. Можно использовать стеклянную, чугунную, или посуду из нержавеющей стали. Когда вода закипит, в нее добавляют смесь трав — одну чайную ложку с горкой на стакан воды. Затем следует закрыть крышкой и настоять в течение 10 минут. Не нужно настаивать травы слишком долго, так как чай может стать слишком крепким и приобрести лекарственный вкус, что будет не так приятно. Можно усилить вкус фиточая при помощи меда или лимона.

Источник: <http://www.beautynet.ru/>





САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ



СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ
ОТДЕЛЕНИЕ



КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА



КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
ЛЕНИНГРАДСКОЙ
ОБЛАСТИ

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

**Место проведения:
1–2 марта 2017 г.**

Бизнес-центр отеля «Парк Инн Пулковская»
(г. Санкт-Петербург, пл. Победы, д.1,
ст.м. «Московская»)

**Время работы
конференции:**

1 марта с 09.00 до 18.00
2 марта с 09.00 до 18.00

**Регистрация
участников конференции:**

1 и 2 марта с 8.30



**1–2 МАРТА
2017 ГОДА**

**Х ЮБИЛЕЙНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ВОРОНЦОВСКИЕ ЧТЕНИЯ.
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ — 2017»**

Посвящается памяти профессора Игоря Михайловича Воронцова

Игорь Михайлович Воронцов (1935–2007 гг.) – доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ, действительный член Королевского общества врачей Великобритании, Почетный академик Международной академии интегративной антропологии, главный педиатр Северо-Западного региона России, житель блокадного Ленинграда.

«Говорят, чем талантливее человек, тем больше в нем сохранилось из детства. Игорь Михайлович сохранил в себе очень многие из детских черт: способность любить окружающих, умение удивляться, радоваться любым проявлениям жизни, запоминать и учиться, восхищаться красотой. Наверное, главное его человеческое свойство – обаятельнейшая наивность, профессиональное – стремление как можно быстрее, сразу соединить фундаментальные начала с практикой и реализовать их для детей, потому что «в медицине ценно именно делание добра...»

*От имени оргкомитета конференции
проф. Шабалов Н.П.*



Общество специалистов:

**«Международное медицинское сотрудничество»
при Издательском Доме СТЕЛЛА**
информирует:

Формируется группа родителей с детьми, страдающими частыми простудными заболеваниями, респираторными аллергиями, бронхиальной астмой, для лечения в карстовой пещере и минеральных источниках курорта Тапольца (Венгрия), приглашаются также родители с детьми с целью оздоровления и отдыха, а также специалисты.

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

Проживание в отеле **Hunguest Hotel Pelion**** superior.**

Даты поездки — **25 июня — 09 июля 2017 года.**

Курс пребывания на курорте — **14 дней.**

Программа предусматривает пребывание детей с родителями (или с другими родственниками).

Лечение будет проводиться под контролем специалистов.

Обеспечивается русскоязычное сопровождение.

Приглашаем к сотрудничеству врачей педиатров и детских аллергологов, пульмонологов, неврологов, эндокринологов и т. д.

Возможно включение в группу специалистов с целью отдыха, оздоровления и совместного научного сотрудничества.

По желанию предлагаются интересные туристические и культурные программы, а также участие в бесплатных семинарах, встречах-беседах со специалистами.

Справки по телефону: **+7-921-589-15-82**

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

