



научно-практический журнал для врачей

Пятиминутка

№ 2 (42) 2017

**Дорожные карты развития
здравоохранения РФ
до 2025 года**

**Реабилитация
и психологическая
поддержка часто
болеющих детей**

**Болезни, ассоциированные
с вирусом Эпштейна-Барр**

**Вакцинация детей —
спорные вопросы**

**Современные
биополимеры
в регенеративной
медицине**

Энергетический вампиризм

Введение в сексологию



ISSN 2071-0712



9 772071 071005 1 7002 >

Per aspera ad astra
Через тернии к звездам

Сенека

Уважаемые коллеги!

Приглашаем принять участие в выездном семинаре

«Санаторно-курортное лечение в современных условиях»

08–15 октября 2017 г.

На курорте Хайдусобосло, Венгрия

Проживание в Hunguest Hotel Beke****

В программе:

- санаторно-курортное лечение в Венгрии, особенности и возможности венгерских курортов
- лечебно-оздоровительные программы курорта Хайдусобосло (лечение гинекологических заболеваний, бесплодия, псориаза, заболеваний опорно-двигательного аппарата, кардиологические программы и др.)
- Дебрецен — второй по величине город Венгрии и город-курорт
- экзотические термальные купальни в пещерах курорта Мишкольц-Тапольца
- спа-столица мира Будапешт, обладающая всеми возможностями курорта, медицинские достопримечательности столицы Венгрии
- спелеотерапия, мофеты, термальные и минеральные воды, лечебные грязи и другие лечебные факторы венгерских курортов
- возможности международного сотрудничества в области курортологии и медицинской реабилитации.

Дополнительно предлагаются экскурсии (с элементами рабочей поездки, изучение возможностей курортов на местах): Дебрецен, Мишкольц-Тапольца, Токай, Хортобадь, а также Будапешт.

Все семинары и конференции Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА совмещаются с оздоровительными программами и возможностью одновременно получить программы лечения и реабилитации.



Просим заранее подавать заявки на участие:

моб. +7-921-589-15-82, тел. (812) 307-32-78, e-mail: stella-mm@yandex.ru



Учредитель и Издатель – ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА»

Главный редактор и автор проекта – М. А. Мамаева, канд. мед. наук

Зам. Главного редактора – В. И. Бондарь, доктор мед. наук

Редакционный совет

1. **Акимов А. Г.**, кафедра Военно-полевой терапии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, д.м.н., СПб

2. **Бондарь В. И.**, доктор медицинских наук, академик 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: 8.06.2017

Тираж: 10 000 экз. Заказ № 621

© 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!

Наш журнал продолжает развиваться и укреплять позиции своих основных проектов. В этом выпуске вы найдете много новой и аналитической информации, в т. ч. о наших международных конференциях

и о значимых мероприятиях наших партнеров. Мы продолжаем знакомить вас с разделами Программы работы с часто болеющими детьми, которая реализуется на базе одной из самых крупных клиник Санкт-Петербурга — Клиники «СМТ». В номере публикуются крайне интересные материалы в рамках дискуссии о вакцинации детей, а также много новой эксклюзивной информации по неврологии, инфекционным болезням, педиатрии, урологии, медицинской психологии и т.д.

По-прежнему, мы открываем и новые рубрики, которые интересуют наших коллег. На этот раз это рубрика, посвященная непрерывному медицинскому образованию. Мы будем давать слово нашим экспертам для разъяснений всех нововведений в данной области.

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,

Марина Мамаева,

главный редактор,

кандидат медицинских наук

Фото на первой обложке:

Кружковская Илона Олеговна — семейный психолог «Центра лечения и оздоровления часто болеющих детей» Клиник «СМТ», Санкт-Петербург, и постоянный автор нашего журнала. Статью И. О. Кружковской читайте на стр. 10.

Информацию о журнале

«Пятиминутка», а также о мероприятиях Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество»

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

Наш партнер — интернет-журнал: sciencepop.ru

Читайте в следующем номере:

- Социология медицины
- Лечебные минеральные воды в урологии
- Актуальные вопросы имплантологии
- Спелеотерапия в педиатрии
- Часто болеющие дети — дискуссия по проблеме
- Институт семьи и здоровье детей

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:

- Международное медицинское сотрудничество.** Мамаева М. А.
Международные конференции Общества специалистов
«Международное медицинское сотрудничество» [4–5]
- Событие**
Заслуженные врачи России разработали дорожные карты
развития здравоохранения до 2025 года [6–7]
- Санаторно-курортное лечение**
Лечебные минеральные воды: Рудольфов Прамен [8]
- Медицинская психология.** Кружковская И. О.
Психологические особенности часто болеющих детей (ЧБД)
в контексте семьи [10–13]
- Педиатрия.** Мамаева М. А.
Реабилитация часто болеющих детей [14–17]
- Актуальная проблема.** Сазонова И. М.
Вакцинация детей — профилактика или приобретение
новых заболеваний? [18–25]
- Урология.** Попов С. В., Скрябин О. Н., Орлов И. Н., Обидняк В. М.,
Рапопорт Л. Я., Воскобойников Г. М.
Применение комплекса лиофилизированной икры морского
ежа *Strongylocentrotus droebachiensis* и лекарственных
растений в сочетании с ингибиторами ФДЭ-5 у пациентов после
трансуретральной резекции предстательной железы [26–29]
- Инфекционные болезни.** Балалыкина Т. В., Балалыкина В. С.
Болезни, ассоциированные с вирусом Эпштейна–Барр
(продолжение) [30–35]
- Непрерывное медицинское образование**
Григорьева Л. И.
Особенности обучения взрослых [36–37]
- Педиатрия.** Салова М. Н., Жданова Л. А., Салов А. В.,
Прияткина Н. Ю., Лайкова Т. Л.,
Особенности медико-социального сопровождения детей
с интеллектуальными нарушениями [38–41]
- Сурдология.** Кившик М. Ю.
Гимнастика для мозга или «на слуховой аппарат надейся,
но и сам не плошай» [42–43]
- Новые технологии в медицине.** Шураева Е. В., Богданов М. Е.
Научное обоснование эффективности применения
лечебно-профилактических матрасов «Альсария-бэйби»
в реабилитации детей и подростков [44–46]
- Событие**
На пути к школе здоровья... [47]
- Сексология.** Др. Юст-Лурина Н.
Некоторые психологические аспекты
сексуальности (продолжение) [48–49]
- Новые технологии в медицине**
Современные биополимеры в адресной доставке лекарств
и в регенеративной медицине [50–52]
- Нервные болезни.** Петренко С. Н.
Нейрогенезис. Начало разговора о возможности задержки
старения мозга и тела.
(Немедицинский взгляд на проблему депрессии...) [53–55]
- Медицинская психология.** А. К. Суворов
Энергетический вампиризм [56–57]
- Непознанное.** Пахлавон Кучкоров
Непростая миссия... [60]



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

МЕЖДУНАРОДНЫЕ КОНФЕРЕНЦИИ ОБЩЕСТВА СПЕЦИАЛИСТОВ «МЕЖДУНАРОДНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО»

В 2012 году стартовал новый проект нашего издательства, посвящённый изучению санаторно-курортного лечения за рубежом. Мы начали с Венгрии, т.к. эта, в общем-то, во многом закрытая страна поразила нас буквально с первой поездки своей добротой и разумно организованной системой санаторно-курортных и реабилитационных учреждений, которая базируется на рачительном использовании собственных природных лечебно-оздоровительных факторов, чем бесконечно богата венгерская земля. Венгрия до сих пор остаётся у нас в приоритете, несмотря на то, что наши специалисты побывали в рабочих поездках и в Сербии, и в Германии, и в Болгарии, также мы пытаемся изучать по возможности и отечественные курорты. К сожалению, надо сказать, что последние неохотно идут на сотрудничество. И это ответ на вопрос наших коллег, почему мы более активно пропагандируем курорты зарубежные. Мы пропагандируем то, что знаем, то, что изучили, то, в качестве чего мы уверены. Не видя курорта, не ознакомившись с его рабочими программами, не пообщавшись с коллегами, мы не можем давать рекомендации пациентам, опираясь лишь на общеизвестную рекламную информацию, далеко не всегда достоверную. Поэтому Венгрия. Закрытая, мало рекламируемая страна, открыла специалистам нашего Общества самые широкие возможности для изучения своих курортов и реабилитационных методик.

Именно проект по санаторно-курортному лечению привлек к сотрудничеству с издательством огромное число специалистов, заинтересованных в изучении этого направления, причем, специалистов самого разного профиля: терапевтов, педиатров, гинекологов и урологов, травматологов и хирургов, гастроэнтерологов и эндокринологов и т.д. В результате при издательстве сформировалось Общество специалистов «Международное медицин-

ское сотрудничество», которое ныне объединяет более трёхсот специалистов из разных стран: России, Венгрии, Австрии, Словакии, Чехии, Сербии, Германии и т.д.

Одним из направлений деятельности Общества является организация международных конференций, большинство которых традиционно проходят в стране-курорте Венгрии.

Такие конференции объединяют не только врачей различных специальностей и тех специалистов, деятельность которых относится к сфере здоровья (психологи, коррекционные педагоги, фармацевты и т.д.), но и людей, которых просто интересует санаторно-курортное лечение.

С 2013 года традиционной стала конференция «Альтернативная медицина. Возможности сотрудничества медицины народной, природной и классической», которая ежегодно в первой половине февраля проходит во всемирно известном городе-курорте Хевиз (Венгрия) и традиционно собирает специалистов в одной из наиболее известных и престижных лечебных гостиниц курорта.

Напомним, что Хевиз славится единственным в мире доступным для круглогодичного купания термальным лечебным озером с одноимённым названием. О целебной воде озера ходят легенды. Она имеет уникальный состав, представляющий собой созданный самой Природой комплекс органических и минеральных веществ в таком сочетании, что это позволяет венгерским врачам вот уже на протяжении многих десятков лет широко использовать лечебные свойства хевизской воды в программах реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, ревматологическими процессами, некоторыми кожными и гинекологическими заболеваниями, а питьевые курсы местной минеральной воды дополняют лечебные программы курорта и помогают в решении проблем желудочно-кишечного тракта и обмена веществ.

Кстати, о наличии в Хевизе бювета с ценной минеральной водой, вообще, мало кому известно.

Со дна озера Хевиз добывается также особо ценная лечебная грязь, которая используется не только в лечебных гостиницах и реабилитационной больнице курорта Хевиз, но еще развозится по всем курортам Венгрии, смешивается там с местной лечебной термальной водой, при этом получается совершенно новый лечебный продукт, имеющий новые дополнительные показания к применению.

С 5 по 12 февраля текущего года международная конференция специалистов проходила в отеле Danubius Health Spa Resort Hévíz * * * * superior, который не только роскошно выглядит, не только располагает большим арсеналом комфортабельных номеров и апартаментов, но и предлагает всевозможные лечебные и оздоровительные программы в хорошо оснащенном медицинском отделении. При отеле действует и центр красоты, где также предлагается большой ассортимент самых современных услуг в сфере косметологии и оздоровления.

Лечебные программы в гостинице Danubius направлены на лечение и реабилитацию пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, есть программы по ревматологии и заболеваниям кожи, а также релаксирующие программы, например, при синдроме хронической усталости.

Следует заметить, что буквально все гости Хевиза отмечают «омолаживающий» эффект местной воды, поэтому для людей, не обремененных никакими серьезными заболеваниями, Хевиз полезен просто как курорт, где можно восстановить силы, получить заряд бодрости и значительно улучшить свой внешний вид.

Традиционными стали для нашего Общества и ежегодные семинары по санаторно-курортному лечению в Шопроне, городе, расположенном на границе Венгрии с Австрией. Обычно эти семинары проходят в первой половине декабря, совпадая с пред Рождественскими ярмарками. Шопрон по праву считается «самым средневековым городом Венгрии», а воздух Шопрона — «самым чистым воздухом в стране». Город не имеет статуса курорта, однако на его территории есть профильные санатории, а неподалеку расположены такие известные курорты, как Балф и Бюкфюрдо, посещение которых так же традиционно включается в программу пребывания группы. Совмещение рабочей программы с интересными туристическими поездками по соседней Австрии и по Западной Венгрии, как правило, оставляет незабываемые впечатления у всех участников семинаров.

За последние годы международные конференции, организованные Обществом специалистов «Международное медицинское сотрудничество», проводились также на венгерском курорте Парадфюрдо и в столице Венгрии Будапеште.

В Санкт-Петербурге, начиная с 2012 года ежегодно в ноябре проводится международная конференция, посвященная вопросам медицинской реабилитации, с 2015 года эту конференцию мы проводим совместно с Первым Санкт-Петербургским государственным медицинским университетом им. И.П.Павлова. Традиционно большое место в программе конференции уделяется венгерской курортологии и обмену опытом с венгерскими специалистами-реабилитологами.

Деятельность Общества не ограничивается, конечно, организацией и проведением международных конференций, она включает в себя много других направлений: предоставление специалистам и населению достоверной информации о зарубежных и отечественных курортах, санаториях и возможностях лечения и реабилитации за рубежом (журнал для врачей «Пятиминутка», семинары, презентации, конференции); повышение уровня знаний врачей по курортологии и медицинской реабилитации путем организации рабочих поездок врачей по обмену опытом на зарубежные и отечественные курорты; сотрудничество и взаимодействие с Комитетами по здравоохранению и Комиссиями по здравоохранению ЗАКС СПб и ЛО, других регионов РФ, с медицинскими вузами и общественными организациями по вопросам курортологии и медицинской реабилитации; организация консультативных кабинетов и служб по санаторно-курортному лечению в государственных и коммерческих медицинских учреждениях и их информационное сопровождение.

Вся деятельность Общества направлена на стремление по возможности упорядочить так наз. медицинский туризм, придав ему грамотное и профессиональное содержание, возвращая в русло медицины, не исключая разумного сотрудничества с туристическими компаниями.

Дорогие коллеги, присоединяйтесь к нашему проекту, участвуйте в наших мероприятиях, расширяйте свой кругозор, обретайте новые знания с пользой и для себя, и для своих пациентов.

Следующая конференция в Хевизе состоится 3–10 февраля 2018 года. Для тех, кто хочет посетить Хевиз ранее, с 16 по 26 сентября запланирована традиционная программа «Танцующие люди» на Villa Lira (в программу включены уроки танцев). А 08–15 октября 2017 года планируется конференция в Восточной Венгрии (курорт Хайдусобосло). И совсем скоро — с 25 июня по 9 июля — мы организуем традиционную поездку группы специалистов, родителей с детьми и всех желающих на курорт Тапольца с целью оздоровления. Следите за нашими объявлениями.

☺

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



МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
**АССОЦИАЦИЯ
ЗАСЛУЖЕННЫХ
ВРАЧЕЙ
РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

129110, г. Москва, ул. Щепкина, дом 61/2, корп.1, т./ф. +7(495) 220-26-58,
E-mail: info@goodmedic.ru, www.goodmedic.ru

ЗАСЛУЖЕННЫЕ ВРАЧИ РОССИИ РАЗРАБОТАЛИ ДОРОЖНЫЕ КАРТЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДО 2025 ГОДА

26 мая в Санкт-Петербурге завершилась Межрегиональная стратегическая проектная сессия Заслуженных врачей Российской Федерации в Северо-Западном федеральном округе, которая собралась на одной площадке около 150 авторитетных медиков, представителей федеральных и территориальных органов управления здравоохранения и социальной сферы, профильных комитетов Законодательных собраний СЗФО, общественных и благотворительных организаций, объединений пациентов медиков, а также бизнес-сообщества.

В работе сессии приняли участие заместитель директора Департамента общественного здоровья и коммуникаций Министерства здравоохранения РФ Бузин В. Н.; первый заместитель председателя Комитета СФ РФ по социальной политике, сопредседатель Социальной платформы ВПП «Единая Россия» Кононова Л. П.; президент Национальной Медицинской Палаты Рошаль Л. М.; руководитель Координационного Совета Социальной платформы партии «Единая Россия» Романова О. А.; советник вице-губернатора Санкт-Петербурга Тер-Минасова А. Н.; министр здравоохранения Республики Карелия Лазаревич О. В.; депутат Законодательного Собрания Санкт-Петербурга 6-го созыва, заместитель председателя комиссии по социальной политике и здравоохранению Законодательного Собрания Санкт-Петербурга Мартемьянова Ю. А.; начальник управления по организации стационарной медицинской помощи взрослому населению, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения Санкт-Петербурга Пилипенко В. В.

Особый вклад в проведение сессии Заслуженных врачей в СЗФО внёс Багненко С. Ф. — академик РАН, доктор медицинских наук, ректор Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова, на базе которого ведущие эксперты и практики отечественного здравоохранения в течение двух дней, 25 и 26 мая, вели коллективную работу над подготовкой дорожных карт поэтапного решения основных задач в сфере охраны здоровья до 2025 года. В режиме проектирования были проработаны основные темы сессии «Народное доверие в сфере охраны здоровья как фактор обратной связи с населением», «Наставничество в медицинской среде», «Новая стратегия взаимодействия в рамках 4П-медицины», «Экспертная деятельность Ассоциации Заслуженных врачей РФ», «Осознанное управление здоровьем», «ОМС: вопросы, проблемы, решения» и «Снижение бюрократизации медицины», «Здоровые дети — здоровая Россия». Необходимость детально проработать перечисленные темы была сформулирована в июне и ноябре 2016 года в ходе пилотных проектных сессий Ассоциации Заслуженных врачей России по Москве, Московской области и Центральному федеральному округу.

Руководство Санкт-Петербурга подчеркнуло свой интерес к взаимодействию с Ассоциацией Заслуженных врачей России в реализации важных задач в сфере охраны здоровья, делегировав на сессию представителей законодательной и исполнительной ветвей власти. Приветствуя участников сессии в СЗФО от имени губернатора Санкт-Петербурга, советник вице-губернатора по социальным вопросам Тер-Минасова Арсения Николаевна

озвучила ожидания властей города: «Мы рассчитываем на ваш опыт, прекрасные традиции советского здравоохранения, на ту новаторскую, практическую и научную деятельность, которая сегодня ведется и уверены, что вместе удастся создать новую работающую модель системы здравоохранения».

Проектная сессия в СЗФО проводилась при поддержке Социальной платформы партии «Единая Россия». На сессии в Санкт-Петербурге собралась элита здравоохранения — заслуженные врачи, прежде всего Северо-Западного федерального округа. В рамках 8 тематических групп они всего за два дня проделали огромную работу по формированию коллективного видения развития здравоохранения и созданию национальной стратегии охраны здоровья, целью которой является медицина народного доверия, — отметила Романова Олеся Александровна, руководитель Координационного совета Социальной платформы ЕР. — Каждая группа определяла ключевые проблемы своего направления, и, создавая образ будущего — каким они хотели бы видеть состояние этой конкретной области здравоохранения в 2025 году — прорабатывала поэтапное движение к заявленной цели. Эта технология позволяет достичь деятельного согласия участников мозговых штурмов и, в итоге, претворения идей в конкретные дела».

Инициативы, выдвинутые в ходе коллективного обсуждения актуальной повестки здравоохранения, будут изучены на очередном заседании Социальной платформы «Единой России» и лягут в основу партийных программ и конкретных законопроектов в сфере здравоохранения, сообщила О. А. Романова.

«Очень продуктивной, полезной и правильной» считает такую форму работы как проведение проектных сессий по выработке народной стратегии в сфере охраны здоровья Кононова Людмила Павловна, первый заместитель председателя Комитета СФ РФ по социальной политике, заместитель председателя Социальной платформы партии «Единая Россия»: «Эта коммуникационная площадка дает возможность эффективного взаимодействия законодателей и руководителей исполнительных органов власти с профессиональным медицинским сообществом. Очень важно, что изменением и реформированием медицинской отрасли занимаются опытные врачи, которые знают не понаслышке, а из своей повседневной жизни, реальные проблемы здравоохранения и представляют себе конкретные пути решения этих проблем. Чиновники должны прислушаться к мнению практиков здравоохранения и принять во внимание выдвинутые участниками сессии предложения». По признанию Кононовой Л. П., в процессе работы сессии заслуженные врачи СЗФО озвучили одну из актуальных задач здравоохранения России — внедрение на федеральном уровне программы «Земский фельдшер» по аналогии с программой «Земский доктор», при реализации которой фельдшерам, переехавшим работать в сельской местности, должны выплачиваться подъемные и оказываться иные меры мотивации для работы на селе.

Итоги работы сессии будут рассмотрены Минздравом РФ — в том числе, и в целях обеспечения обратной связи руководства отрасли с практиками системы здравоохранения, отметил Бузин Валерий Николаевич, заместитель

директора Департамента общественного здоровья и коммуникаций Министерства здравоохранения РФ. «Нам интересно мнение профессионального сообщества, а Заслуженные врачи — это цвет российского здравоохранения, — заявил представитель Минздрава. — Проектные группы сессии проработали довольно актуальные темы по наставничеству, народному доверию — и результаты этой работы будут внимательно изучены».

В числе важных вопросов, требующих особого внимания российского руководства сферой здравоохранения, участники сессии в СЗФО назвали пересмотр системы профильного образования с учётом реального статуса профессии врача. «Мы считаем, что сегодня можно и нужно рассматривать профессию врача с точки зрения призвания. Не секрет, что работа врача сродни подвижничеству. Более того, охрана здоровья населения — одна из основных миссий государства наряду с обеспечением безопасности и социальной поддержкой незащищенных граждан. Соответственно, получение образования для работы в сфере здравоохранения должно быть бесплатным», — подытожил мнение экспертного сообщества Архипенко Леонид Викторович, генеральный директор Ассоциации Заслуженных врачей РФ.

Руководитель Национальной Медицинской Палаты Ршаль Леонид Михайлович положительно оценил работу участников сессии в СЗФО и заслуживающей внимания саму форму проведения сессии: «Я всегда говорил, что народ у нас в России умный и с ним надо советоваться. И вот эта методика — она интересна. Замечательно поработали».

Проектная сессия 25–26 мая состоялась по инициативе Ассоциации Заслуженных врачей РФ при поддержке Министерства здравоохранения РФ, Социальной платформы ВПП «Единая Россия», аппарата Полномочного представителя Президента РФ в Северо-Западном федеральном округе и губернаторов субъектов СЗФО. Мероприятие в Санкт-Петербурге открыло серию аналогичных сессий 2017 года, которые планируется провести во всех округах страны с подведением итогов работы на Общероссийском съезде Заслуженных врачей Российской Федерации в феврале 2018 года.

СПРАВКА:

Межрегиональная общественная организация «Ассоциация Заслуженных врачей Российской Федерации» <http://www.goodmedic.ru/> — добровольное объединение гражданских и военных врачей основных специальностей всех служб и ведомств, удостоенных высшего государственного профессионального звания «Заслуженный врач Российской Федерации». Цель деятельности Ассоциации, созданной в 2004 году и действующей на территории большинства регионов страны — признанная обществом эффективная и безопасная национальная система охраны здоровья, основанная на уважении и защите чести и достоинства граждан.

Звание «Заслуженный врач Российской Федерации» присваивается Указом Президента РФ практикующему врачу, имеющему непрерывный стаж работы не менее 20 лет и ранее удостоенному наград федеральных органов государственной власти за особые достижения в медицине.





От редакции. В предыдущих выпусках журнала мы уже представили коллегам несколько разновидностей чешской лечебной минеральной воды (см. «Пятиминутка» № 5–2016 г., % 1–2017 г.). Сегодня мы представляем вашему вниманию информацию о мало известной в России лечебной минеральной воде «Рудольфов Прамен».

ЛЕЧЕБНЫЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ: РУДОЛЬФОВ ПРАМЕН

С каждым годом бальнеология (лечение с помощью минеральных вод) возвращает свою популярность и заменяет во многих случаях фармакологические методы, т.к. минеральная вода практически не имеет противопоказаний и побочных эффектов при правильном применении, а результаты ее использования нередко проявляются быстрее и сохраняются дольше. Здесь лечит сама Природа.

Рудольфов Прамен — это вода «Источника Рудольфа» — самого популярного источника курорта Марианске-Лазне. Название источника происходит от имени наследника престола, принца Рудольфа. Рудольфов Прамен — это минеральная природная питьевая, лечебно-столовая, газированная природным газом, гидрокарбонатная магниевая-кальциевая, железистая, кремнистая вода с общим уровнем минерализации 2,3–2,5 г/л.

Лечебная вода Рудольфов Прамен имеет много медицинских показаний. Она используется при различных заболеваниях почек и мочевыводящих путей, включая мочекаменную болезнь, при диабете, нарушении обмена веществ, в т.ч. при ожирении, при подагре. Довольно значительно воздействие этой минеральной воды как мочегонного средства, способствующего вымыванию небольших камней, песка, бактерий и конечных продуктов воспалительных процессов.



Благодаря высокому содержанию кальция (276,7 мг/л), вода рекомендуется также в качестве дополнительного средства при лечении остеопороза.

Не менее важной составной частью этой минеральной воды является магний (136,2 мг/л). Этот элемент повышает растворимость соединений щавелевой кислоты в моче и блокирует, таким образом, образование и рост камней у пациентов. Также магний благоприятно влияет как элемент, профилактирующий сердечнососудистые заболевания и склероз коронарных сосудов.

Содержание двухвалентного железа в воде источника (12,32 мг/л) позволяет использовать его как важный элемент при реабилитации больных после операций и при лечении железодефицитной анемии.

Рудольфов источник сравнительно беден натрием (84,17 мг/л) поэтому подходит для употребления в больших количествах кардиологическим больным и страдающим гипертонической болезнью.

Высокое содержание углекислого газа улучшает вкус минеральной воды и благоприятно влияет на карбонатный баланс, сохраняет кальций и магний в хорошей растворимой форме. Оба эти элемента находятся в относительно простой неорганической форме, поэтому усваиваются организмом лучше, чем кальций и магний, поступающие с обычной едой.

Лечебную воду Рудольфов Прамен рекомендуют пить в больших количествах. Обычная дневная норма — от 0,7 до 1,5 л.

Вода упаковывается в темно-зеленые пластиковые бутылки с защитой от ультрафиолетовых лучей. Бутилирование происходит прямо у источника, что максимально сохраняет лечебные свойства воды и является гарантией ее качества.

Вода Рудольфов Прамен считается абсолютно чистой и не содержит посторонних примесей.

Противопоказанием для применения воды Рудольфов Прамен является наличие фосфатных камней в почках. Других противопоказаний нет.

Реализацией чешских лечебных минеральных вод в России занимается компания «Родник», которая была основана в 2004 г. с целью осуществления на территории нашей страны проекта «Минеральные воды Чехии — курорт у вас дома». ООО «Родник» является эксклюзивным дистрибьютером минеральных вод на территории Российской Федерации. Компания успешно сотрудничает с большинством аптек и медицинских центров по всей России — от Калининграда до Владивостока. ☪

По материалам ООО «Родник».

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



Кружковская И. О.,
семейный психолог-консультант Центра лечения
и оздоровления ЧБД Клиник «СМТ»,
Санкт-Петербург, Россия

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ (ЧБД) В КОНТЕКСТЕ СЕМЬИ

В декабре 2016 года открылся первый в Санкт-Петербурге Центр лечения и оздоровления часто болеющих детей. Спустя первые 6 месяцев работы можно систематизировать вопросы, по которым обращаются к психологу родители часто болеющего ребенка (ЧБР).

Одной из особенностей семей, воспитывающих ЧБР, является непродуктивность стиля поведения родителей и полный отказ от своих интересов ради ребенка. Обычно родители знают, как надо вести себя с ребенком, но сохраняют постоянно утверждающий свою непродуктивность стиль поведения. Нередко матери, даже понимая, что им нужна психотерапевтическая помощь, не могут позволить себе отвлечься от ребенка даже на короткое время для улучшения своего собственного состояния. Ребенок требует особого попечения и заботы. Жизнь рядом с ним не является простой, нужны особые силы и энергия. К сожалению, многие трудности, с которыми сталкиваются члены семьи, имеют долговременный характер. Как результат — физическая и эмоциональная усталость. Более того, если родители других детей сталкиваются с трудностями, они небезосновательно рассчитывают, что через некоторое время ситуация изменится, поскольку обычный ребенок динамично растет и развивается. Здесь же ситуация совсем иная.

Поэтому именно в процессе психологических консультаций родители ЧБР могут изменить понимание смысла происходящих событий, принять ребенка и его возможности, увидеть шаги в улучшении его состояния и развития.

В работе с семьей психолог решает три взаимосвязанные задачи: компенсация дезадаптации каждого из родителей; компенсация дезадаптации семьи; включение родителей в медико-психологическую работу с ребенком, основанную на реалистическом подходе к перспективам лечения.

При таком подходе мерой успеха является не степень близости к идеальному желаемому, а преодоление существующих трудностей.

ЧБР не может быть адаптирован и социализирован «сам по себе», отдельно от родительской семьи. Поэтому рассмотрена интеграция в социум семьи с ЧБР: психолог находится в поиске сильных сторон семейной жизни, анализирует способности семьи решать проблемы и получать новые знания, развиваться сначала вместе с специалистом, а потом без его помощи. Психологу важно выделять специфические примеры позитивного поведения родителей и родительской чуткости.

Именно тогда большинство семей начинает понимать, что цель занятий — позитивная по своей природе, и что психолог будет обращаться к проблемам, используя компетенцию и силу членов семьи. Поэтому терапевтические вмешательства могут включать сочетание различных позиций и подходов, поэтому та или иная терапевтическая модель может быть полезной, эффективной в большей или меньшей степени в зависимости от целей, для которых она предназначена. На разных этапах работы может быть использован как индивидуальный формат встреч (терапия с одним родителем), так и формат супружеской терапии (оба родителя), групповой формат (семейные группы).

Психологу, работающему с семьями, воспитывающими ЧБР, следует быть готовым к многолетней поддержке родителей, неизбежно переживающих периоды не только надежд и успехов, но и разочарований, подавленности, растерянности, когда все усилия кажутся напрасными. Психологические особенности часто болеющих детей зависят от многих факторов. Например, от частоты переносимых заболеваний; от условий жизни; от особенности семьи; от методов воспитания.

Для ЧБР характерны: выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих (прежде всего, от мнения мамы). Они могут подолгу играть с одной и той же игрушкой, обходясь без общества других детей, однако

им необходимо присутствие рядом матери, за которой они «ходят хвостиком».

Также ЧБД отличаются от их здоровых сверстников по ряду индивидуально-психологических характеристик.

При адекватной и даже несколько завышенной вербализованной осознанной самооценке у ЧБД существует негативное эмоциональное самоотношение, иногда доходящее до аутоагрессии. При этом психологическим контекстом такого самоотношения является сравнение с матерью: «Она такая хорошая, а я, такой плохой, ее недостойн». Для 62% ЧБД характерно приписывание себе отрицательных эмоций, таких как горе (печаль), страх, гнев (злость) и чувство вины.

Проблемы напрямую связаны с дефицитностью общения детей со сверстниками, отсутствием условий для реализации ведущего вида деятельности — игры, ограниченностью общения детей кругом семьи, неблагоприятными личностными проявлениями родителей, наличием у родителей непродуктивных установок по отношению к ребенку и применением неэффективных стилей воспитания, тревожно-конфликтной психологической атмосферой в семье.

Вследствие этого психическое развитие протекает не всегда благополучно. У некоторых детей выявлены психосоматические реакции.

Одной из причин психосоматических реакций может выступать конфликт.

К образованию психосоматического симптома может приводить внутренний конфликт между различными частями личности. Обычно одна из этих частей осознана, другая скрыта в бессознательном. Борьба между двумя противоположными желаниями или тенденциями может приводить к условной победе одной из частей. Но тогда вторая часть начинает «партизанскую войну», признаком которой и могут стать психосоматические симптомы.

Не менее опасной причиной психосоматической реакции является мотивация или условная выгода. К этой категории относятся проблемы со здоровьем, которые приносят определенную условную выгоду их обладателю. Образование симптома происходит на бессознательном уровне, это не обман и не симуляция. Симптом реален. Но он «обслуживает» какую-то определенную цель. Например, ребенок не хочет посещать занятия в ДОУ, в спортшколе, музыкальной школе и т.п. Одной из причин болезни может стать травматический опыт прошлого, чаще — тяжелый детский опыт. Это может быть какой-либо эпизод, либо длительное воздействие, которое, хоть и произошло давно, но продолжает эмоционально влиять на человека в настоящем. Этот опыт как бы отпечатывается в теле. И ждет, когда найдется способ его переработать.

Симптомы могут возникать посредством внушения. Это происходит, когда идея о собственной болезни принимается ребенком или взрослым на бессознательном уровне автоматически, то есть без критики. Вольно или невольно внушить симптом могут люди, обладающие большим

РЕКЛАМА

ПЕРВЫЙ В ГОРОДЕ

ЦЕНТР ЛЕЧЕНИЯ И ОЗДОРОВЛЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

по авторской программе к.м.н. Мамаевой М.А.

Клиники СМТ

Современные медицинские технологии

- ПОЛНОЕ И УГЛУБЛЕННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА В РАМКАХ РАЗРАБОТАННОГО АЛГОРИТМА
- УСТРАНЕНИЕ ПРИЧИН ПАТОЛОГИИ
- ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ СОСТОЯНИЙ: ОРВИ, БРОНХИТОВ, СИНУСИТОВ
- СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ, КОНСУЛЬТАЦИИ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ: ЛОР-ВРАЧА, СТОМАТОЛОГА, НЕВРОЛОГА, ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА, КАРДИОЛОГА, УРОЛОГА И ДР.
- ПОЛНЫЙ КУРС РЕАБИЛИТАЦИИ
- КВАЛИФИЦИРОВАННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ, ВЫБОР ПРОФИЛЬНОГО КУРОРТА
- КОНТРОЛЬ ПРОВОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА
- ПРИГЛАШАЕМ К СОТРУДНИЧЕСТВУ СПЕЦИАЛИСТОВ, А ТАКЖЕ ВРАЧЕЙ НА ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ СЕМИНАРЫ ПЕДИАТРА КАНДИДАТА МЕДИЦИНСКИХ НАУК МАМАЕВОЙ М.А.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ТЕЛЕФОНУ:

+7 911 700-5020 Наталья Пинтурия

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС «СМТ» НА МОСКОВСКОМ, 22 (Ст. метро Технологический институт)



8 (812) 244-1-421
8 (812) 777-9-777

www.cmtmed.com

номер лицензии: №79-01-006155 от 21.09.15г.; №79-01-005853 от 08.06.15г.



авторитетом или случайно оказавшись рядом в момент особого эмоционального накала. Случайно оброненная фраза мамы: «Помидорами можно отравиться!» — может запечатлеться на долгие годы.

В некоторых случаях психосоматический симптом выполняет роль бессознательного самонаказания. Это наказание связано с реальной, а чаще воображаемой виной, которая мучает человека. Самонаказание облегчает переживание вины, но может существенно осложнить жизнь.

У ЧБР устанавливаются следующие отношения с родителями:

1. Деспотичное поведение, полное игнорирование интересов семьи, подчинение всех членов семьи обслуживанию «себя и болезни».
2. Безразличное отношение к семье, уход в свои проблемы, связанные с болезнью.
3. Полная зависимость от семьи, полное послушание, чувство вины перед родителями.
4. Отношения в семье не изменяются или изменяются адекватно ситуации.

Эти типы отношений не бывают застывшими и с течением заболевания видоизменяются, могут носить смешанный характер на каком-то этапе, но, как правило, развитие этих отношений имеет отрицательную динамику.

Примерно один из десяти детей имеет выраженные нарушения пищевого поведения — это комплексы симптомов, которые возникают из-за длительного воздействия поведенческих, эмоциональных, психологических, межличностных и социальных факторов.

Дети с нарушением пищевого поведения часто используют еду и контроль над едой как попытку компенсировать чувства и эмоции. Однажды начавшись, нарушения пищевого поведения могут создать бесконечно продолжающиеся циклы физического и эмоционального разрушения. Все нарушения пищевого поведения требуют профессиональной помощи.

Трое из десяти детей имеют поведенческие проблемы. Педагогическая запущенность — это серьезная проблема, которая связана с определенными отклонениями в психологическом развитии детей. Они проявляются как трудности с адаптацией в социуме, а также в общении с окружающими.

Педагогическая запущенность детей лишь в малой степени связана с их личностными качествами. В целом же она является недоработкой родителей и образовательных учреждений.

Легкая (латентная) степень характеризуется слабой динамикой, а потому достаточно трудно выявить проблему. Зачастую запущенность можно перепутать с вполне естественными для того или иного возраста капризами и отклонениями в поведении. Также диагностику проблемы осложняет то, что внешние проявления могут быть не постоянными, а имеют эпизодический характер. Чаще всего ребенок вполне комфортно чувствует себя в семье, но не может адаптироваться в обществе (или наоборот). Выраженная степень педагогической запущенности характеризуется преобладанием качественных характеристик над количественными. Положительные свойства личности ребенка практически не проявляются, если на предыдущих этапах развития они не находили поддержки и подкрепления. На данном этапе становится по-

нятно, что ребенок не может быть самостоятельным субъектом и принимать обдуманные решения.

Все перечисленные особенности развития часто болеющих детей напрямую связаны с условиями жизни и психологическим климатом в семье.

Стиль семейного воспитания — определенный паттерн, передаваемый из поколения в поколение. В процессе первичного приема, беседы и сбора анамнеза можно проследить черты того или иного стиля воспитания в семье.

Авторитарный стиль семейного воспитания — один из наиболее часто встречающихся в семье, воспитывающей ЧБР.

При авторитарном стиле воспитания родители подавляют инициативу ребенка, жестко руководят и контролируют его действия и поступки. Воспитывая, используют физические наказания за малейшие проступки, принуждения, окрики, запреты. Дети лишены родительской любви, ласки, заботы, сочувствия. Таких родителей заботит лишь то, чтобы ребенок вырос послушным и исполнительным. Но дети вырастают либо не уверенными в себе, робкими, невротизированными, не способными постоять за себя либо, наоборот, агрессивными, авторитарными, конфликтными. Такие дети с трудом адаптируются в социуме, окружающем мире. При родителях такие дети могут казаться спокойными и исполнительными, но как только угроза наказания исчезает, поведение ребенка становится неуправляемым. В дальнейшем такая модель поведения ребенка может доставлять ему большие проблемы в адаптации к социуму.

Придерживаясь либерального стиля общения взаимодействие с ребенком строится на принципе вседозволенности и низкой дисциплины. Для самоутверждения ребенок использует капризы, требования «Дай!», «Мне!», «Хочу!», демонстративно обижается. Ребенок не понимает слов «Надо!», «Нельзя», указания и требования взрослых не выполняет. Для родителей с этим стилем общения с ребенком характерна неспособность или нежелание руководить, направлять ребенка. Либеральные родители обычно заботливы, внимательны, имеют тесные взаимоотношения со своими детьми. Они дают возможность ребенку проявить себя, показать свои способности, открыть творческие способности, индивидуальность. Родители искренне считают, что таким образом научат их различать, что «правильно», а что «неправильно». Либеральным родителям сложно установить границы дозволенного, допустимого поведения своих детей. Они частенько поощряют раскованное и неуместное поведение своего ребенка в школе, в общественном транспорте.

При гиперопекающем стиле семейного воспитания родители лишают ребенка самостоятельности в физическом, психическом, а также социальном развитии. Они постоянно находятся рядом с ним, решают за него его проблемы, живут вместо него. Излишне заботятся и опекают его, боясь и тревожась за его здоровье. Даже когда ребенок становится взрослым, родители продолжают излишне заботиться о нем, постоянно тревожась за него, за его здоровье и благополучие. Гиперопека подавляет инициативу, волю и свободу ребенка, его энергию и познавательную активность, лишает самостоятельности, воспитывает покорность, безволие, беспомощность. При этом стиле воспитания родители неосознанно тормозят формирование у ребенка различных навыков и умений, развитие

настойчивости в достижении цели, трудолюбия. Данный стиль воспитания часто встречается в семьях с ЧБР.

При отчужденном стиле семейного воспитания отношения подразумевают глубокое безразличие родителей к личности ребенка. Родители «не замечают» ребенка, не заинтересованы его развитием и духовным внутренним миром. Активно избегая общения с ним, держат его от себя на расстоянии. Дети предоставлены сами себе. Отчужденный стиль воспитания наблюдается чаще в неблагополучных семьях, где один или оба родителя злоупотребляют алкоголем или наркотиками. На бытовом уровне принято называть таких детей «заброшенными».

Хаотический стиль семейного воспитания, характеризуется отсутствием единого последовательного подхода к воспитанию ребенка: отсутствуют конкретные, определенные, четкие требования к ребёнку. Возникает стиль на почве разногласий родителей в выборе средств и методов воспитания. Конфликты в семье становятся все более частыми, родители постоянно выясняют отношения между собой и нередко в присутствии ребенка, что приводит к возникновению невротических реакций у ребенка. Непредсказуемые действия и реакции родителей лишают ребёнка чувства стабильности, провоцируют повышен-

ную неуверенность, импульсивность, тревожность, агрессивность, неуправляемость, социальную дезадаптацию.

При демократическом стиле воспитания родители поощряют любую инициативу ребенка, самостоятельность, помогают ему, учитывают его нужды и потребности. Выражают ребёнку свою любовь, доброжелательность, играют с ним на интересные ему темы. Родители позволяют детям принимать участие в обсуждении семейных проблем и учитывают их мнение при принятии решений. А также в свою очередь требуют осмысленного поведения от детей, проявляют твердость и последовательность в соблюдении дисциплины. Ребенок находится в активной позиции, что дает ему опыт самоуправления, повышает уверенность в себе, своих силах. Дети в таких семьях прислушиваются к советам родителей, знают слово «надо», умеют дисциплинировать себя и строить отношения с ровесниками и одноклассниками.

Часто болеющему ребенку требуется не только медицинское наблюдение и лечение, но и адекватный стиль воспитания, комфортная психологическая атмосфера в семье, любовь и забота родных. Психологическое сопровождение и психологическая коррекция могут облегчить жизнь самого ребенка и всей семьи в целом. ☺



Международное
Медицинское
Сотрудничество

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

Первая в Санкт-Петербурге консультативная служба по санаторно-курортному лечению открыта в Клинике «СМТ» на Московском проспекте, 22, тел. (812) 777-9-777

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: В предыдущих выпусках журнала была представлена авторская Программа обследования, лечения и оздоровления часто болеющих детей (ЧБД) (см. «Пятиминутка» № 5–2016 г., № 1–2017 г. — прим. Ред.), которая базируется на комплексном подходе к решению данной проблемы. Далее в наших публикациях мы будем обращать внимание на менее освещенные разделы Программы. Так, в настоящей статье представляем наш взгляд на систему реабилитации ЧБД.



Мамаева М. А.,

кандидат медицинских наук,
руководитель проекта «Центр лечения
и оздоровления часто болеющих детей» Клиник «СМТ»,
руководитель Общества специалистов «Международное
медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА,
Санкт-Петербург, Россия

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Реабилитация — это система медицинских, общественных и государственных мероприятий, проводимых с целью максимально возможной компенсации (или восстановления) нарушенных или утраченных функций организма и социальной реадaptации.

Этап медицинской реабилитации (восстановления) необходим пациентам после перенесенных тяжелых инфекций и другой сложной патологии, после травм и операций, а также после лечебных мероприятий в связи с заболеваниями, являющимися основой для дисбаланса иммунной системы.

Идеальный вариант — проводить реабилитационные мероприятия в одном медицинском учреждении по месту жительства. Однако, если говорить о детях, многие детские поликлиники в настоящее время вообще не имеют отделений реабилитации, а те, что имеют, недостаточно хорошо оснащены. Официально регламентируемый курс реабилитации, который гарантирует полис ОМС, настолько ограничен по количеству и ассортименту процедур, что практически находится за гранью эффективности и целесообразности. Родителям приходится доплачивать свои средства за необходимое количество процедур. Да и качество предоставляемых медицинских услуг тоже оставляет желать лучшего. Так, например, в большинстве плавательных бассейнов используются реагенты, которые вызывают у детей аллергические реакции, массаж ограничивается отдельными «зонами», время, отводимое для процедуры, ограничивается до минимума, а такие «особенные» методы, как рефлексотерапия и остеопатия, ставшие не только модными, но и официально признанными, нередко проводятся специалистами очень низкой квалификации.

В этих условиях выходом из ситуации может быть альтернативная система медицинской реабилитации детей, проводимая на коммерческой или полукommerческой ос-

нове. Имеется в виду именно система, а не произвольный набор различных процедур.

С 1 декабря 2016 г. на базе Клиник «СМТ» (Санкт-Петербург, Московский проспект, 22) функционирует первый в Санкт-Петербурге Центр лечения и оздоровления ЧБД, в основу работы которого положена авторская Программа обследования, лечения и оздоровления ЧБД. Клиника «СМТ» обладает большими диагностическими возможностями и штатом высококвалифицированных специалистов. За время работы Центра уже десятки детей в короткие сроки прошли углубленное обследование по Программе. Причем, после выявления всей основной патологии с готовыми диагнозами и планом лечения ребенок далее может наблюдаться и лечиться либо в поликлинике по месту жительства, либо на базе Клиники «СМТ», включая последующие этапы реабилитации и санаторно-курортного лечения, необходимые для закрепления полученного результата.

Официальная государственная медицина, к великому сожалению, часто болеющим детям пока ничего не предлагает: ни комплексной программы обследования и лечения, ни полноценных курсов реабилитации, ни профилактических мероприятий, ни системы санаторно-курортной помощи. Медицинская статистика на сегодняшний день таких детей, вообще, не учитывает, т.к. ЧБД — это не диагноз, а всего лишь медицинский термин, объединяющий большую группу детей, переносящих острые респираторные инфекции (ОРИ) чаще установленных пороговых критериев частоты (таб. 1) (1).

Данные статистики по ЧБД предоставляются исключительно теми учеными, которые занимаются этой проблемой. Так, на консультативном приеме в ДКДЦ Приморского района Санкт-Петербурга за 10 лет ЧБД составили 62% от числа обратившихся. Именно большое количество таких детей и отсутствие качественных программ их об-

Таблица 1

Критерии включения детей в группу часто и длительно болеющих (Альбицкий В. Ю., Баранов А. А., 1986)

для детей до 1 года — 4 и более острых заболеваний в год
для детей от 1 года до 3 лет — 6 и более острых заболеваний в год
для детей 4–5 лет — 5 и более острых заболеваний в год
для детей старше 5 лет — 4 и более острых заболеваний в год

следования и лечения подвигли меня заняться этой проблемой.

В процессе работы с ЧБД сложилось представление и о системе реабилитации таких детей, которая, на наш взгляд, должна включать много разных направлений (таб. 2) (2).

Представленная система реабилитации может гибко меняться в зависимости от индивидуальных особенностей пациента и конкретной медицинской ситуации. Хотелось бы обратить внимание коллег на некоторые важные аспекты данной системы реабилитационных мероприятий.

1. Массаж является обязательным компонентом курса реабилитации ЧБД, но он не должен ограничиваться 1–2 «зонами», как это обычно практикуется, а быть «общим массажем» с достаточным количеством процедур. Мы рассматриваем ребенка как целостный организм, а не как арифметическую сумму отдельных «зон». Об-

Таблица 2

Комплекс процедур, включенных в систему реабилитации ЧБД (Мамаева М. А., 2017)

1	Массаж общеукрепляющий общий — не менее 15 процедур
2	ЛФК — не менее 15 занятий.
3	Галокамера (соляная пещерная терапия) — 10–15 сеансов
4	Ингаляции с фитопрепаратами, минеральной водой — по показаниям
5	Гирудотерапия — по показаниям (количество процедур определяет специалист)
6	Горный воздух — по показаниям (количество процедур определяет специалист)
7	Фитотерапия (фиточай, ароматерапия) — по показаниям
8	Питьевые курсы лечебной минеральной воды — по показаниям
9	ФТЛ — КУФ зева, носа — по показаниям, УФО — до 10 сеансов
10	Грязелечение — по показаниям — 5–8–10 процедур.
11	Плавание в бассейне (при строгом соблюдении гигиенических требований к температуре воды и реагентам!) — 2–3 раза в неделю по 30–40 минут
12	Аквааэробика (включается в комплекс водных процедур в бассейне)
13	Дыхательная гимнастика — 15 занятий

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



следуем ребенка целиком, независимо от жалоб пациента, а после полного обследования согласно алгоритму Программы (таб. 3) (2) лечим ту патологию, которая выявлена в результате такого полного обследования, при необходимости привлекая специалистов узкого профиля — гастроэнтеролога, невролога, аллерголога, уролога и т.д.

2. Отдельной строкой в Программе реабилитации стоят два специалиста: диетолог и семейный психолог. Консультация диетолога необходима всем детям с нарушением аппетита, ожирением и, наоборот, при выраженном снижении массы тела, а также для коррекции витаминно-минеральных дефицитов, выявленных в рамках Программы при помощи метода спектрального анализа волос. Но поскольку чаще других у ЧБД выявляется дефицит витамина Д (у 41% детей, по нашим данным) (2), который, как правило, сопряжен с дефицитом кальция (у 59% детей), дотации витамина Д детям просто необходимы, причем, не только на период курса лечения и реабилитации, но и в течение всего бессолнечного сезона. В качестве источника витамина Д можно использовать некоторые продукты питания (молоко, яйца, сливочное масло, рыба и т.д.), но употреблять эти продукты в больших объемах, необходимых для восполнения запаса витамина Д в организме, просто не реально, т.к. данный витамин содержится в них в очень небольших количествах. Поэтому детям и взрослым рекомендуются периодические курсы препаратов витамина Д в профилактических дозах: рыбий жир, масляный раствор витамина Д предпочтительно натурального происхождения, таблетированные препараты витамина Д, а также различные варианты поливитаминно-минеральных комплексов, тоже желательно натурального происхождения. Отдельно хотелось бы обратить внимание на МИНИСАН® Витамин D3 — оригинальный препарат финской компании VERMAN. Для детей МИНИСАН® выпускается в каплях. 1 капля содержит 100 МЕ витамина D3, что обеспечивает возможность широкого варьирования дозы с учетом индивидуальных особенностей организма и конкретной медицинской ситуации. В составе препарата отсутствуют спирт и аллергенные добавки. Для взрослых МИНИСАН® Витамин D3 выпускается в виде маленьких жевательных таблеток с приятным вкусом. Одна таблетка МИНИСАН® содержит 5 мкг (200 МЕ) витамина D3. Препараты МИНИСАН® содержат натуральный жирорастворимый витамин D3, что, несомненно, является одним из преимуществ МИНИСАН® перед многочисленными современными синтетическими формами.

3. Консультация семейного психолога, а порой не одна консультация, а несколько сессий, необходимы многим семьям, где есть часто болеющий ребенок. Из-за нескончаемых больничных листов мамы в таких семьях лишены возможности нормально работать, учиться, делать карьеру и профессионально расти. Это порождает конфликтные ситуации в семье, становится причиной частых ссор и даже разводов. Ребенок в такой нервной обстановке чувствует себя виновником создавшейся ситуации, искажается его психика. Именно поэтому в нашей Программе придается большое значение семейной психологической службе, которая также успешно функционирует в составе Центра лечения и оздоровления ЧБД Клиник «СМТ».

Таблица 3

Алгоритм обследования ЧБД (Мамаева М. А., 2017)

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

4. Поскольку у подавляющего большинства ЧБД в процессе обследования выявляется дисбактериоз кишечника — состояние, которое поддерживает иммунный дисбаланс в организме, настоятельно рекомендуется после коррекции дисбактериоза (а это занимает довольно продолжительный период времени и вполне совмещается с реабилитационными мероприятиями) дважды в год проводить профилактические курсы пре- и пробиотиков. В качестве «универсальной» схемы можем рекомендовать 2-недельный курс пребиотика «Фитолон-сироп» или «Рекицен РД» с последующим курсом жидкого пробиотика «РЕЛА ЛАЙФ»® финской компании VERMAN, который очень популярен в последние годы, т.к. показал свою высокую эффективность в коррекции и профилактике дисбактериоза, легко дозируется — точная доза составляет 5 капель, обладает высокой безопасностью. Основным компонентом пробиотика «РЕЛА ЛАЙФ»® является представитель нормальной лактофлоры — *Lactobacillus reuteri* Protectis™ (*Lactobacillus reuteri* DSM 17938). Это одна из наиболее изученных лактобактерий в мире, эффективность которой подтверждена данными более 100 клинических исследований. Возрастных ограничений капли «РЕЛА ЛАЙФ»® не имеют и рекомендуются детям с первых дней жизни. Рекомендуемый курс — 1 месяц.

5. Обязательным пунктом программы реабилитации ЧБД мы считаем курсы пещерной терапии (галотерапии). В условиях мегаполиса это могут быть искусственные галокамеры на базе медицинских центров. Процедура является абсолютно безболезненной, приятной и очень эффективной. На курс рекомендуется 10–15 процедур галотерапии. Но если есть возможность в течение 2–3 недель «подышать» в настоящей природной лечебной карстовой пещере, — эффективнее этих процедур для ЧБД ничего нет. Именно такая замечательная лечебная пещера находится, например, на венгерском курорте Тапольца, где дополнительно и дети, и взрослые имеют возможность купаться в бассейнах с целебной минеральной водой, насыщенной кальцием, магнием, тироксидом серы и т.д. (Подробнее о курорте Тапольца см. «Пятиминутка» № 1–2017 г. — прим. Ред.). После кур-

са реабилитации на таком курорте дети не только перестают часто болеть ОРИ, но и забывают про аллергию, значительно расширяется их рацион питания, улучшается состояние кожи и слизистых, стабилизируется нервная система.

Только комплексный подход, строгое соблюдение принципа этапности лечения часто болеющего ребенка гарантирует хороший результат от проводимых мероприятий. ☺

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления, Саратов, 1986. — 228 с.
2. Мамаева М.А. Часто болеющие дети: программа обследования, лечения и оздоровления (методическое пособие для врачей-педиатров). — СПб: Издательский Дом СТЕЛЛА, 2017. — 80 с.

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.

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

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

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

Солнце круглый год!

РЕКЛАМА



Минисан® Витамин D3 - оригинальный препарат из Финляндии. Содержит натуральный жирорастворимый витамин D3.



МИНИСАН® ВИТАМИН D3 ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ ТАБЛЕТКИ

Маленькие таблетки с приятным вкусом. 5 мкг (200 МЕ) витамина D3 в одной таблетке, что соответствует 100%* от рекомендуемого уровня суточного потребления витамина D для взрослых.

* согласно ТР ТС 022/2011



МИНИСАН® ВИТАМИН D3 КАПЛИ

100 МЕ витамина D3 в одной капле, что обеспечивает гибкость в дозировании с учетом индивидуальных потребностей ребенка. Не содержат спирта и аллергенных добавок. Не требуют маскировки вкуса.



НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

RU.77.99.19.003.E.002576.06.16 от 21.06.2016
RU.77.99.11.003.E.005777.04.15 от 17.04.2015

www.minisun.ru

VERMAN



От редакции. Тема вакцинации является одной из самых дискуссионных в нашей стране. В последние десятилетия на отечественном рынке появилось много новых вакцин, а календарь прививок постоянно стремятся подвергнуть пересмотру в сторону увеличения перечня. Мы публикуем мнение по этой теме одного из наших постоянных авторов, врача-гомеопата и общественного деятеля Ирины Михайловны Сазоновой. Ждем ваши отклики на эту статью, но, учитывая шокирующий характер приведенных в статье фактов, заранее просим ваши мнения аргументировать и научно подкреплять. Наш журнал — это территория исключительно профессиональных дискуссий.



Сазонова И. М.,

эксперт Центрального Совета Всероссийского общественного движения «Всероссийское Родительское собрание» в защиту прав родителей и детей (г.Екатеринбург), член Общества специалистов «Международное медицинское сотрудничество» при Издательском Доме СТЕЛЛА (г. Санкт-Петербург), член Союза журналистов г. Москвы, врач-гомеопат, Москва, Россия

ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ — ПРОФИЛАКТИКА ИЛИ ПРИОБРЕТЕНИЕ НОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ?

В 1988 г. была введена массовая вакцинация комбинированной вакциной против паротита, краснухи и кори. При внедрении этой вакцины в практику всех уверяли, что она безопасна и гарантирует защиту ребёнка от перечисленных заболеваний. На самом деле все оказалось гораздо сложнее...

В последнее время мы являемся свидетелями новой мощной «психической атаки» под названием «Прививка — лучшая защита от рака шейки матки!», когда призывают прививать наших девочек против рака шейки матки вакциной «Гардасил», якобы, со 100%-ной гарантией того, что девочки в будущем не заболеют этой болезнью (так уверяет нас, в частности, доктор Малышева, выступая и на телевидении, и по радио). Хочется задать вопрос, каким образом была установлена эта 100%-ная эффективность? Разве уже в какой-то стране провели испытание этой вакцины? Подождали 15–20 и более лет, чтобы увидеть результаты этой эффективности? Или через несколько лет мы столкнёмся с ростом этого типа рака у молодых женщин, так же как случилось с тамоксифеном, который, как обещали, должен был избавить от рака груди?

Об этой трагедии пишет Луи Броуэр в своей книге «Фармацевтическая и продовольственная мафия» (2002 г.): «в рамках программы по предупреждению развития рака с помощью употребления тамоксифена было задействовано 15 тыс. женщин в Великобритании, 16 тыс. в США, 8 тыс. в Италии, 2 тыс. — в Швейцарии и т.д. Общая численность во всем мире составляет 100 тыс. женщин. Но есть еще одна плохая новость: в соответствии с научной публикацией «Медицинской панорамы» от 4 марта 1996 г. (№ 4, 369) тамоксифен способствует образованию рака груди, то есть того типа опухоли, против которого он предназначался в качестве лечения и как средство предупреждения этого заболевания! **Мировой эксперимент с тамоксифеном привел к драме: 100 тысяч женщин были использованы в качестве подопытных кроликов.** Тысячи больных были принесены в жертву из-за своего легкомыслия или из-за нахальства организаций, ответственных за осуществление контроля качества той продукции, которая используется для лечения больных в госпиталях, а также из-за тщеславной тупости чиновников и исповедуемых ими мелочно-расчётливых, меркантильных интересов».

Безопасность вакцины «Гардасил» ничем не подтверждена. Наоборот, согласно информации, опубликованной в июне 2007 года в *British Medical Journal* (June 9, 2007;334:1182–1183), **три девочки умерли в США вскоре после вакцинации Гардасилом, 1637 получили серьёзные осложнения: *Three Girls Died, Others Hospitalized, After HPV Vaccine***

Так что же в таком случае ждёт наших привитых девочек в будущем? Рост заболеваемости раком шейки матки? Почему наших девочек делают экспериментальным материалом для испытаний американской вакцины? Кто будет нести ответственность за искалеченное здоровье детей? Вероятно, никто...

Ниже в сокращённом виде представлен переведённый мною материал, который ярко иллюстрирует коррупцию во властных структурах и медицинском чиновничестве Англии, отдавших себя в руки фармацевтических корпораций, жертвами которых явились как британские дети, так и дети других стран, особенно дети третьего мира.

Наши дети тоже приносятся в жертву на алтарь жадности, коррупции и преступления против человека, творимых сегодня под знаменем «гуманизма и заботы о здоровье людей». Прививки девочек против рака шейки матки — тоже в этой обойме. Циничнее всего, что эти прививки включены в национальный проект «Здоровье».

Как сообщает MedLinks.ru 21 октября 2008 года: «В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», для снижения онкологической заболеваемости репродуктивной сферы Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры приобретена вакцина против вируса папилломы человека (ВПЧ). В 2008 году на закупку препарата было направлено 42 млн. рублей». Сколько будет потрачено в Подмосковье, где эта прививка, по словам доктора Малышевой, тоже включена в национальный проект «Здоровье», неизвестно.

По американским источникам информации, Гардасил продаётся по цене \$ 360 за дозу, необходимую для прививки. Это означает, что компания получит миллиарды долларов, если обязательная вакцинация будет осуществляться по всей стране.

А если по всему миру?!...

Комбинированная вакцина против кори, паротита и краснухи в тексте будет обозначаться в своей английской аббревиатуре MMR (measles — корь, mumps — паротит, rubella — краснуха). У нас в стране она тоже идёт под этой аббревиатурой.

Здесь будет идти речь о враче Уэйкфилде, который, работая в Королевском госпитале Лондона, столкнулся с детьми, получившими осложнения после прививки этой вакциной. Он с коллегами написал статью в журнал «Ланцет» о том, что вакцина небезопасна, и есть пострадавшие дети. Врач организовал фонд для сбора пожертвований с целью оказания правовой помощи пострадавшим от прививок детям. Что предприняло британское правительство? Всю свою мощь оно обрушило на врача. Его обвинили в присвоении денег, хотя документально подтверждено, что он не взял ни цента. Не правда ли, как это похоже на поведение наших чиновников?

В тексте для людей, знающих английский язык, даются ссылки к сайтам.

СЕКРЕТНЫЕ БРИТАНСКИЕ ФАЙЛЫ О ДОКАЗАННЫХ ОПАСНОСТЯХ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ КОРИ, ПАРОТИТА, КРАСНУХИ — ПЛЮСЕРИКС (PLUSERIX MMR)

Это — полная история о вакцинах и аутизме вследствие вакцинации в Великобритании.

Английская газета Daily Mail сообщает, что британское правительство отчаянно пыталось скрыть от публикации секретные файлы, в которых имеются доказательства опасности вакцины Плюсерикс (Pluserix) MMR. Согласно английским законам о свободе информации, правительство было вынуждено открыть файлы для рассмотрения: — Конфиденциальные файлы о вакцине MMR должны быть открыты в интересах общества в целях охраны здоровья.

Confidential MMR vaccine files should be opened in the public interest, watchdog rules — The Daily Mail — By Jenny Hope — 13th January 2009 от Дженни Хоуп (Jenny Hope) — 13-ого января 2009 г.

Secret British MMR Vaccine Files Forced Open By Legal Action

И здесь Вы можете прочитать часть из того, что обнаружено. Поскольку это началось много лет назад, то интересно знать, что же ещё не говорится с тех пор и сейчас? Пострадавшие всё ещё с нами — некоторые из них теперь уже взрослые люди.

Опрометчивое игнорирование безопасности здоровья ребенка британским Правительством

Министерство здравоохранения Великобритании и другие, кажется, беззаботно относились к безопасности британских детей, не обращая внимания на манеру, с которой компании Glaxo, Smith Kline & French Laboratories Ltd's вводили в употребление и применяли в 1988 году на британских детях вакцину Плюсерикс MMR (Pluserix MMR).

Проблемы с Плюсерикс MMR были известны поставщику — компании Glaxo, Smith Kline & French Laboratories Ltd из опыта введения вакцины в Канаде в 1986 году, где Плюсерикс продавался под названием «Тривирикс» («Trivirix»). Тривирикс (Плюсерикс) был изъят из использования в Канаде в 1988 году, потому что он был опасен, вызывая высокие уровни неблагоприятных реакций у детей.

Как показано министерской корреспонденцией, высокие уровни британских неблагоприятных реакций на вакцину были очевидны и известны на уровне британского Министерства уже в 1990 году.

Плюсерикс/Тривирикс — идентичная вакцина, произведённая на идентичной фабрике Smith Kline в Бельгии, и с теми же самыми составными частями и элементами.

В июле 1988 года, несмотря на канадскую историю, одновременно с окончательным изъятием Плюсерикс/Тривирикса в Канаде, Великобритания подписала контракт на покупку Плюсерикса MMR у компании Glaxo Smith Kline & French Laboratories Limited (SK&F), даже при том, что к тому времени уже было известно, что вакцина была слишком опасна для использования на детях.

В том контракте Управление закупок Национальной службы здравоохранения (NHS) предоставило компании SK&F гарантии от убытков без особых оговорок. Контракт был подписан закулисно через региональное Министерство здравоохранения Северо-восточной Темзы. Это Ми-



нистерство выступило в качестве представителя Управления закупок NHS, вместо того, чтобы контракт заключался непосредственно с Управлением закупок NHS, которое договаривалось о контракте, или с руководителем NHS. Не было никакого Парламентского расследования этого дела, а, кажется, была обычная манера министерского отрицания.

Подобные проблемы наблюдались в Японии с японской вакциной MMR, которая, вместе с Плюсерикус/Три-вирикусом, содержала штамм Urabe вируса паротита. С целью безопасности японская вакцина MMR, вызвавшая высокие уровни неблагоприятных реакций, была также изъята в 1992 году.

Однако британское правительство продлило лицензию для Плюсерикуса MMR после 1992 года, которая позволила поставлять эту вакцину за границу.

Даже сегодня такие организации, как ЮНИСЕФ, продолжают поставлять вакцину MMR, содержащую штамм Urabe, детям третьего мира, более уязвимым и хуже питающимся, дающим более неблагоприятную реакцию, потому что эта вакцина дешевле, чем более безопасные альтернативы.

После 1998 года были опубликованы в полной гласности статистические данные, утверждающие, что никакого свидетельства о связи между вакциной MMR и АУТИЗМОМ (основное осложнение после вакцинации) не было, а когда весь шум утих, то при последующем тщательном изучении в каждом обнаруженном свидетельстве этой связи находили недостатки.

Кроме статьи из Королевского госпиталя, никаких клинических исследований детей, пострадавших от MMR, участников судебного процесса по этому делу, не было предпринято или опубликовано.

В 2005 году Оксфорд, при мощной финансовой поддержке, оказанной британским правительством, основал Кокрановское Сотрудничество (Cochrane Collaboration), опубликовавшее систематический обзор всех предшествующих документов, и его авторы в заключении утверждали, что вакцина MMR была безопасна. А позже было обнаружено, что британское Министерство здравоохранения увеличило финансирование Оксфордской администрации Кокрановского Сотрудничества на £1 миллион в год и расширило контракты его британских групп (!).

Британское правительство и усилия истеблишмента в отказе компенсации детям — жертвам вакцины MMR

Правовая помощь, финансировавшая требования детей, была начата уже в 1991 году и задолго до того, как доктор Эндрю Уэйкфилд (Andrew Wakefield) предупредил британскую общественность о небезопасности вакцины. Его усилия были встречены с полной мощью британского истеблишмента, чтобы дискредитировать его на протяжении трёх лет перед слушаниями Общего Медицинского Совета.

Главное ложное обвинение состояло в том, что Уэйкфилд сделал своё разоблачение в статье, опубликованной в медицинском журнале «Ланцет» (Lancet), потому что он хотел делать деньги, будучи опытным свидетелем в Суде. Но смущает следующее:

1. Президент владельцев журнала «Ланцет», Криспин Дэвис (Crispin Davis) в июле 2003 года был назначен советом директоров компании-учредителя GlaxoSmithKline's ответчиком в тяжбе относительно вакцины MMR.

2. Брайен Дир (Brian Deer), внештатный журналист, спустя два месяца, в сентябре 2003 года был уполномочен газетой «Sunday Times» написать истории, с нападениями на Уэйкфилда.

Это было приблизительно за две недели до окончательного решения Комиссии Юридических служб по тяжбе об отказе в правовой помощи британским детям, пострадавшим от MMR, и которое, действительно, отказало в правовой помощи.

3. Человеком, который уполномочил Диру, был Поль Ньюк (Paul Nuki), когда-то руководитель отдела исследовательских новостей Sunday Times и редактор журнала «Focus». Поль Ньюк — сын профессора Джорджа Ньюка (George Nuki). Профессор Джордж Ньюк в 1987 году заседал в Комитете по безопасности лекарств, когда в ЦСМ (CSM) (*Центр стандартизации, метрологии и сертификации — примечание переводчика*) компания Glaxo Smith Kline & French Laboratories представляла вакцину Плюсерикус MMR для одобрения безопасности. ЦСМ одобрил Плюсерикус MMR, но вакцина вызвала очень высокие уровни неблагоприятных реакций и в конце 1992 года была изъята изготовителями после очень небольшого количества уведомлений, оставив Министерство здравоохранения в затруднительном положении.

4. Большое количество британских детей получили повреждения, и требования правовой помощи уже начались с 1990 года, за шесть лет до того, как Уэйкфилд стал вовлеченным в это дело, и вопреки ложным заявлениям Sunday Times, что это всё было жульничеством, подстроенным Уэйкфилдом и поверенным Ричардом Барром (Richard Barr).

5. На заседании в ЦСМ с профессором Джорджем Ньюком были профессор сэр Рой Мэдоу (Roy Meadow) и профессор сэр Дэвид Халл (David Hull). Сейчас профессор сэр Рой Мэдоу печально известен своим свидетельством, ложно осуждая матерей во всем мире за то, что они убили своих детей. Это включает случай с Салли Клэрк (Sally Clark), где вакцины непосредственно явились причиной смерти ребёнка, как было показано Невиллом Ходжкинсоном (Neville Hodgkinson) в журнале «The Spectator» («Что убило ребёнка Салли Клэрк?» 16 мая 2007 года (*What killed Sally Clark's child? | The Spectator 16 May 2007*)). Но эти случаи были намеренно обесценены профессором Мэдоу в его злобном свидетельстве на совместном заседании ЦСМ и подкомитета по безопасности вакцин объединённого комитета по вакцинации и иммунизации (JCVI) с профессором Дэвидом Сэлисбери (David Salisbury) и другими, чтобы одобрить вакцину MMR.

6. Именно профессор сэр Дэвид Халл в 1998 году как председатель объединённого комитета по вакцинации и иммунизации начал нападки на работу Уэйкфилда. Объединённый комитет по вакцинации и иммунизации (ОКВИ) (*английская аббревиатура JCVI — примечание переводчика*) даёт советы Министерству здравоохранения по проблемам прививок и программе детских прививок. Как председатель ОКВИ профессор сэр Дэвид Халл, возможно, принял меры, чтобы разрешить проблемы с MMR

и защитить британских детей. Несмотря на нападки на работу Уэйкфилда, со ссылками на неэтичное исследование детей без клинической пользы, два года спустя, в 2000 году, именно профессор сэр Дэвид Халл переписал этические руководящие принципы Королевского Колледжа педиатрии и здоровья ребёнка, чтобы разрешить исследования детей, где нет никакой клинической пользы (хотя в случае «Royal Free's case» все исследования были клинически оправданы. *Об этом случае подробно на сайте <http://freespace.virgin.net/david.oxford/article02.htm> — Royal Free — это название больницы в Лондоне, Королевский госпиталь.* — Примечание переводчика).

7. Внештатному сотруднику Sunday Times помогли в его усилиях бесплатным советом и помощью от Ассоциации британской фармацевтической промышленности, которая финансирует и контролирует компанию Medico Legal Investigations Limited (Медицинские юридические ограниченные исследования). Специализация этой компании заключается в предоставлении врачей для обвинений перед Общим Медицинским Советом (General Medical Council — GMC). Таким образом, мы знаем, что прежде, чем отдельное слово было опубликовано в Sunday Times, уже планировалось с причастностью заинтересованных сторон, чтобы Уэйкфилд и коллеги были представлены перед GMC.

8. Другой бесплатный помощник журналиста Sunday Times Диру в обвинении Уэйкфилда был финансируемый Glaxo Wellcome член Британской Медицинской Ассоциации, член парламента доктор Эвен Харрис (Evan Harris).

9. Журналисту Sunday Times Диру, также помог Стратегический отдел здравоохранения Королевского госпиталя (SHA), который передал Диру конфиденциальные документы «в духе открытости», включая документы, касающиеся конфиденциального лечения детей — истцов по делу MMR. SHA сначала отрицал передачу документов, пока не было указано, что этот факт был раскрыт членом парламента доктором Эвеном Харрисом в Парламенте 15 марта 2004 года.

В субботу 21 февраля 2004 года, редактор журнала «Lancet» Ричард Хортон купил права на истории в Sunday Times. Хортон сообщил в Times, утверждая, что он не будет издавать часть статей Королевского госпиталя по MMR из журнала «Lancet», раскрывающих оплаченное участие Уэйкфилда в тяжбе MMR. Sunday Times подождал до воскресенья 22 февраля 2004 года, а за 5 дней до слушания истцов детей по MMR в Верховном суде по изъятию правовой помощи опубликовал свои истории, нападая на Уэйкфилда. Премьер-министр Блэр, а также и Министр здравоохранения Рейд (Reid) сообщили в прессе о проблеме.

Правовая помощь была изъята 27 февраля 2004 года секретным решением судьи Верховного суда Нигеля Дэвиса (Nigel Davis). Сегодня причины остаются неопубликованными. Свидетельские показания, данные в открытом суде на различных слушаниях, включали утверждение от родительницы, что чиновник признавался ей в том, что правовая помощь была изъята после правительственного давления.

В 2007 году было обнаружено, что судья сэр Нигель Дэвис является братом президента владельцев «Lancet» и, главное, члена правления компании Glaxo сэра Кри-

стина Дэвиса (Crispin Davis). Когда от имени газеты «The Telegraph» юридический корреспондент Джошуа Розенберг (Joshua Rosenberg) подверг сомнению заявление, сделанное судьёй Дэвисом, было заявлено, что «Возможность любого злоупотребления служебным положением, являющегося результатом положения его брата, с ним не происходила».

15 марта 2004 года доктор Эвен Харрис пошёл в беспрецедентное и дискредитирующее Парламентское наступление на Уэйкфилда и его коллег из Королевского госпиталя и которому поспособствовал не один из либерально-демократических коллег Харриса. Это было основано на материале в документах внештатного сотрудника Sunday Times Дира, получившего и передавшего их Харрису. Харрис использовал возможность поднять голосовые утверждения, которые Sunday Times не хотела публиковать.

Криспин Дэвис в июне 2004 года получил рыцарское звание.

Внештатный журналист Sunday Times Брайен Дир подтвердил, что он был тем, кто представил документы в GMC, что привело к существующим слушаниям GMC против Уэйкфилда. В ноябре 2004 года адвокаты Уэйкфилда сообщили, что Дир направил установленную законом жалобу в GMC, и внештатный сотрудник Дир в декабре 2004 года сообщил в Sunday Times, что Общественный Медицинский Совет расследовал жалобы против Уэйкфилда.

Напротив, редактор Lancet доктор Ричард Хортон свидетельствовал перед GMC, что он не знал о проплаченной причастности Уэйкфилда к тяжбе по MMR. Хортон детализировал корреспонденцию в 1997 году, раскрывая причастность корреспонденции, с Ричардом Барром, поверенным, который инициировал тяжбу по MMR вместе с Уэйкфилдом, чтобы помочь всем тем британским детям, которые получили серьёзные повреждения в результате вакцинации. Хортон расценил эту корреспонденцию важной для продвижения и в феврале 1998 года он публикует в Lancet статью Королевского госпиталя, содержащую объяснение, что **вакцина MMR связана со случаями аутизма, включая воспалительное заболевание кишечника**.

Вопреки этому, приписываемое редактору Lancet, доктору Ричарду Хортону так и не обнаруженное финансирование правовой помощи и публикации в 1998 году статьи Королевского госпиталя, было сутью нападения Дира из Sunday Times в феврале 2004 года на Уэйкфилда, где утверждалось:

«Расследование нашло, что, когда [Уэйкфилд] попросил родителей избегать MMR и опубликовал исследования, показывающие связь с аутизмом, он не раскрывал, что он финансировался через поверенных, ищущих свидетельство, чтобы использовать против изготовителей вакцины». Теперь мы знаем из этого, что утверждения Хортон, а также утративший власть Sunday Times не защищают их. Но конечно, ни слова в британских СМИ.

Рекомендуем почитать:

- vs. «Dr.» Rashid Buttar
- Worst measles epidemic in a decade — Thanks Generation Rescue!
- Vaccines: What are we putting in our children?



• *Recent US Data Shows Autism In Children Vastly Higher Than in Adults*

«Недавние американские данные показывают, что уровень аутизма у детей значительно выше, чем у взрослых».

Ответы на «Секретные британские файлы по вакцине MMR, принудительно открытые судебным иском»:

1. К.Поль Столлер (*K Paul Stoller, MD, FACHM*), 13-ого января 2009 года:

«Наконец, выходит на свет правда, что политика относительно вакцин не о науке или безопасности, а о деньгах и политиках.

У нас есть выбор, чтобы вынести не только судебное решение относительно виновных сторон, ответственных за разрушение жизней безмолвных детей во всем мире, но хотим ли мы разрушить человеческий геном длительной инъекцией грязной вакцины, которая пробивает отверстия в наших иммунных системах.

История вакцины, замусоренная ужасными ошибками и подтасовками — от вируса SV40, данного миллионам в вакцине полиомиелита, до продолжающегося использования ртути и других тяжелых металлов. Факт — даже лучшая вакцина MMR, загрязнена птичьим ретровирусом и обратной транскриптазой. Это преступление!»

2. Титус Андроникус (*Titus Andronicus*), 13-ого января 2009 год:

«Это читается как интриги 3-х романов Диккенса одновременно.

Основной вопрос — если правительство Соединенного Королевства бьётся до последней капли крови, изо всех сил пытаясь скрыть то, что случилось в 1988 году с MMR, какие же другие тайны оно могло бы скрывать в наше собственное время?

Если наша безопасность и безопасность наших детей должны быть обеспечены, не должны ли все данные быть прозрачными?»

3. Кибитсер (*Kibitzer*), 13-ого января 2009 года:

«Комментарий относительно доктора Столлера:

MMR может быть также загрязнена основным миелиновым белком (*Myelin Basic Protein — MBP*) от клеток куриного эмбриона, на которых выращивается вирусный компонент кори (*Singh*, и др.). MBP — это то, что также составляет миелиновую оболочку, защищающую черепные нервы человека. Иммунная система тела узнаёт, что этот белок в вакцине является чем-то раздражающим, и нападает на него, а также на собственный MBP тела. Результат: состояния, похожие на рассеянный склероз (*MS*). Это ещё одно состояние из аутоиммунных болезней/состояний, связанное с вакцинами.

MMR также содержит вещество, названное глутаминовой кислотой/глутамат, который действует как стабилизатор для живых вирусных компонентов. Это плохое дело. Глутамат — нейротоксин и, таким образом, усиливает опасность вакцины для организма. Есть и больше: он также понижает у ребенка уровни глутатиона, который является хелатором организма для тяжелых металлов/токсинов таких, как ртуть и алюминий в некоторых вакцинах. (Да, они находятся также в продовольствии: но здесь они находятся в урегулированном раздражении, поэтому только частично опасны для организма). Таким образом, особенно плохо, когда MMR даётся в то же самое время, как и другие вакцины, в которых

есть или ртуть, или алюминий. Всё, о чём здесь надо сказать — это то, что чрезвычайное давление, оказываемое властями здравоохранения, чтобы отрицать опасности MMR, является чрезвычайно политическим делом. Не научным. Хотелось бы надеяться, что сейчас началось понимание того, что слишком долго скрывалось... Поддержите на высоком уровне хорошую работу в этом отношении».

4. С сайта «Безопасность здоровья ребёнка»

childhealthsafety, on *January 14th, 2009 at 4:00 pm* 14-ого января 2009 года:

«Намного более высокий уровень побочных реакций от вакцины MMR, содержащей штамм *Urabe*, был также продемонстрирован в другой статье, опубликованной в июне 1996 года «Неблагоприятные случаи, связанные с вакцинами MMR, в Японии». [*Acta Paediatr Jpn.* 1996 Jun;38 (3):205–11. — *Adverse events associated with MMR vaccines in Japan.* М Кимура (*M. Kimura*), Куно-Сакаи Х. (*Kuno-Sakai H*), Ямасаки С. (*Yamazaki S*), и др.]

В статье сообщалось об очень высоком уровне **менингита от вакцины против паротита — 1 из 600** в Японии от стандартного MMR (содержит штамм *Urabe AM 9*)

4 марта 1995 года — Фаррингтон П. (*Farrington P*) и другие в опубликованном сообщении показали, что их метод активного наблюдения идентифицировал **поступление в больницу с судорогами**, спустя 15–35 дней после получения 1-ой дозы *Urabe MMR* из каждой 2600-ой дозы — *Farrington P et al. Lancet.* 1995;345:567–9»

5. Дженнифер (*jennifer*), 14 января 2009 года:

«Если это не поразит господствующие СМИ в широком смысле, тогда я буду чувствовать отвращение — наряду с новостями о компоненте паротита в MMR в США, будучи учетверённой в 1990 году, а теперь — в 2007 году, будучи уменьшенной почти на половину. Почему? Мое уважение ко всем репортерам, ищущим правду с порядочной честностью».

6. Джон (*john*), 14-ого января 2009 года:

«Большое подведение итогов положения дел».

Глутамат находится в каждой вакцине: http://whale.to/a/msg_h.html

7. С сайта «Безопасность здоровья ребёнка» 14-ого января 2009 года:

«Это не только проблема MMR, и это не только аутизм. Диабет официально перечислен в информационных рекламных листках некоторых детских и взрослых вакцин как потенциальная побочная реакция. Возрос уровень детского диабета [с тучностью и астмой].

Вот статья Классена (*Classen*) об этом: «*Clustering of cases of insulin dependent diabetes (IDDM) occurring three years after Hemophilus influenza B (HiB)*» «Объединение в группы случаев инсулинозависимого диабета (IDDM), появившегося спустя три года после вакцинации против гемофильной инфекции *Hemophilus B (HiB)*»:

<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=13827695>

И обычные люди пишут обычные эпидемиологические статьи в обычных журналах, чтобы попытаться сдержать такое, как это делает Андерс Хвид (*Anders Hviid*) и др. в *NEJM*: «Детская прививка и диабет 1 типа» Андерс Хвид, магистр естественных наук (*Anders Hviid, M.Sc.*), Майкл Стефелд, доктор медицины (*Michael Stellfeld, MD*), Ян Вольфарт, магистр естественных наук (*Jan Wohlfahrt, M.Sc.*),

и Мэдс Мелбай, доктор медицины и доктор философии (Mads Melbye, MD, Ph.D.), NEJM Volume 350:14:1398–1404 April 1, 2004 «Childhood Vaccination and Type 1 Diabetes» Anders Hviid, M.Sc., Michael Stellfeld, M.D., Jan Wohlfahrt, M.Sc., and Mads Melbye, M.D., Ph.D. NEJM Volume 350:14:1398–1404 April 1, 2004:

<http://content.nejm.org/cgi/content/full/350/14/1398>

Рекомендуем также:

<http://www.vaccines.net/newpage16.htm>

8. Майкл Эллнер (Michael Ellner) 14 января 2009 года:

«Если эта информация не достаточно шокирует, — лишь подождите, пока органы здравоохранения не будут вынуждены открыть свои секретные файлы по ВИЧ, гепатиту С и мнимым нарушениям умственного здоровья.

Ясно, что Всемирная сеть грязного здравоохранения не должна иметь никаких скидок, и как можно быстрее наказана за её серьезные нарушения общественного доверия ...»

9. Боб Фиддэмэн (BOB FIDDAMAN) 15 января 2009 года:

«Меня уже больше ничто не удивляет в коррумпированном мире Фармы. Я сейчас написал японскому Посольству относительно текущей вербовки, проводимой фирмой GSK (GlaxoSmithKline), подростков и детей от 7 до 17 лет. Они принимают их на работу для клинических испытаний?»

«Для того, чтобы сравнить эффективность пароксетина (paroxetine) по сравнению с плацебо, его назначают детям и подросткам ежедневно (после ужина) один раз в течение 8 недель ...»

Да, Вы прочли это правильно!

<http://fiddaman.blogspot.com>

БЛОГ ПОСТРАДАВШИХ ОТ МЕДИКАМЕНТОВ ФИРМЫ GLAXO

Аутизм — серьёзная проигнорированная проблема 19 Детей в день — 4 из 5 являются мальчиками

Аутизм в Британии опережает все другие крупные расстройства, затрагивающие британских детей. Каждый день у 19 британских детей развиваются симптомы аутизма.

В будущем аутизм будет у 600 000 британских детей и взрослых (уровень рождаемости приблизительно 600 000 ежегодно) и ужасающие перспективы выжидающих родителей:

- 1 из каждых 54 мальчиков будет с симптомами аутизма
- аутизм затрагивает в 4 раза больше мальчиков
- таким образом, 1 из 215-ти девочек также затронуты

Исследование Бейда и др. (Baird et al.): «Распространенность симптомов аутизма в популяционной группе детей в Южной Темзе: Специальные потребности и проект аутизма (SNAP)» показало, что у одного из 86 британских детей диагностируются симптомы аутизма (116.1 на 10 000):

Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP); Lancet 2006;368:210–15.

То, что проблема с вакциной против кори, паротита и краснухи (MMR) является исключительно политической проблемой и проблемой денег, показано журналистом Джереми Лауренси (Jeremy Laurant) в газете «Independent» от 24-ого февраля 2004 года. Лауренси сообщил, что на Уайтхолле царил «наслаждение», по-

скольку «Министры умеряют свой триумфализм», и та «радость» была «неограничена при дискредитации Эндрю Уэйкфилда». [«На Уайтхолле Министры умеряют свой триумфализм, но наслаждение распространяется» «*Ministers temper their triumphalism but delight spreads at Whitehall*» The Independent — Jeremy Laurant, Health Editor Tuesday, 24 February 2004].

(Уайтхолл — улица в Лондоне, где располагаются правительственные здания. Примечание переводчика).

Было бы странно, если проблема была только в том, какая вакцина против кори могла бы быть дана детям. Была приемлемая, более дешёвая и более эффективная вакцина против кори. Это дело едва ли было материалом для Премьер-министра Блэра, чтобы вовлечь себя, но даже он вскочил на ноги.

Однако в свете финансовой компенсации британским правительством потенциальных убытков финансовых интересов Glaxo в миллиард фунтов стерлингов от скандала по вакцине и ответственности британского правительства за преступную небрежность по отношению к большому количеству детей, это приобретает смысл. Это также позволяет увидеть более ясную перспективу, почему выбор того, какую вакцину против кори давать детям, стал главной политической проблемой. Проблема с вакциной не имела и не имеет никакого отношения к защите ваших детей от болезней и к безопасности здоровья ребенка.

Профессор Дэнис МакДевитт (Denis McDevitt) должен был в июле 2007 года возглавлять беспрецедентное слушание дела врачей Уэйкфилда, Мюча (Murch) и профессора Уолкера-Смита (Walker-Smith) в Британском Общем Медицинском Совете (ОМС). МакДевитт и ОМС забыли объявить личную причастность МакДевитта к одобрению опасной вакцины Плюсерикс MMR в 1988 году. После того, как он покинул свидетельское место, Джэми Довард (Jamie Doward) из «Observer», Мартин Хэлли (Martin Halle), внештатный журналист из «Sunday Express», Энди Уилкс (Andy Wilks) из «Mail on Sunday», Дженни Хоуп (Jenny Hope) из «Daily Mail» и Хетэ Миллс (Heather Mills) из журнала «Private Eye» бросили вызов Общему Медицинскому Совету по этому вопросу. [Журнал «Private Eye» «Зоны злоупотребления служебным положением в деле с MMR» — июнь 2007]:

«*MMR Conflict of Interest Zone*» Private Eye — June 2007

Пост Британского Медицинского Журнала извещает о большом беспокойстве относительно злоупотреблений служебным положением действующего Председателя группы экспертов доктора Сурендры Кумара (Surendra Kumar). Кумар заседает в двух комитетах власти, которые лицензируют вакцину MMR — в Независимой группе экспертов по рекламе и в Независимой группе экспертов по пограничным продуктам. Доктор Кумар — также акционер GlaxoSmithKline — ответчика в деле MMR. «Финансовые конфликты — отвратительный шок» Джон Стоун (John Stone) — Британский Медицинский Журнал — 2 октября 2008

«*Re: Financial conflicts — shock horror*» John Stone — British Medical Journal — 2 October 2008.

АУТИЗМ — Решения американского суда и другие недавние события — Это не только проблема MMR (вакцины против кори, краснухи и паротита)



В феврале 2008 года бестселлером стала история, вскрытая писателем Дэвидом Кирби (David Kirby). Он описал случай Ханны Полинг (Hannah Poling), и как американское Министерство здравоохранения и социальной службы тайно предоставило [то есть не было никакой надобности в слушании] в американский Федеральный суд дело, что симптомы аутизма у Ханны были вызваны девятью вакцинами [то есть не только MMR], которые она получила в один день [Вакцина — Аутизм. Документ Суда, который должен прочитать каждый американец — Дэвид Кирби — Huffington Post — 26 февраля 2008].

The Vaccine-Autism Court Document Every American Should Read — David Kirby — Huffington Post — February 26, 2008.

Официальная позиция Министерства здравоохранения и социальной службы (HHS) состоит в том, что они **признали** [или искренне, или выкручиваясь], что вакцины вызвали относящиеся к аутизму симптомы у Ханны, усиливая основное митохондриальное расстройство. Случай поднял проблему на высокий политический уровень в Америке и продолжает получать там простирающееся от берега до берега освещение в печати [*но почти гробовая тишина в Великобритании*]. Си-Эн-Эн перечисляет проблему аутизма в своих лучших десяти американских историях о здоровье за 2008 год:

- #2 — Аутизм — «Дебаты по причинам аутизма продолжают бушевать после того, как суд решил дать компенсацию семье, в которой у дочери развились нарушения после получения детских прививок» — Аутизм в десяти лучших американских историях о здоровье за 2008 в Си-Эн-Эн:

Autism in CNN's 2008 top ten US health stories

Но случай Ханны не единичный, и ее «основная» митохондриальная дисфункция, кажется, не столь уж редка, как американское HHS хотело бы, чтобы мы думали:

Explaining Vaccines Autism & Mitochondrial Disorder [Объяснение вакцинального аутизма и митохондриальных нарушений].

И были обнародованы другие случаи [*но мы не знаем, сколько дел было решено тайно, поскольку случай с Ханной был прежде, чем этот случай стал распространяться в США новостями от берега до берега в течение 2008 года*].

Распространенность аутизма в Америке была внесена в американскую президентскую политическую повестку дня всеми американскими кандидатами в президенты в 2008 году:

«Obama Climbs On The Vaccine Bandwagon

«Обама придёт к победе на выборах на вакцине» — 22 апреля 2008 год — Дэвид Кирби, Huffington Post]

«Вы не хотите приносить Ваших детей в мир, где мы продолжаем утраивать каждые 20 лет число детей, рождаемых с аутизмом, и никто не знает, почему» — сказал Билл Клинтон (Bill Clinton)

«Маккейн вступает в дебаты по причине аутизма» — пишет Бенедикт Кэри (Benedict Carey) в International Herald Tribune 4 марта 2008 года:

«McCain steps into debate over cause of autism

В дополнение к случаю Ханны Полинг американский суд в прошлом году также вынес решение в пользу маленького мальчика Бенджамина Зеллера (Benjamin Zeller),

признав, что в результате прививки MMR, полученной 17 ноября 2004 года, Бенджамин страдает постоянными тяжёлыми припадками, энцефалопатией и **задержкой развития** [решение американского суда в пользу семьи в деле Бен Зеллера о вакцине MMR]:

US Court Rules In Favour Of Family In MMR Vaccine Case Ben Zeller J

- Решение гласит, что Министерство здравоохранения и социальной службы США не имеет никакого альтернативного объяснения, кроме **«Неподтвержденной спекуляции»** несколькими лечащими врачами «гипотезы доктора Wiznitzer»
- стандарт доказательства, применяемого в этом американском суде, идентичен тому же в английском суде.
- точно так же в английском суде по этим делам выносит решение только один судья, заседающий без присяжных.

Высокая и возрастающая распространённость аутизма резко ставит вопрос о соотношении рисков — риск от болезни или болезнь от вакцин. Из-

учая авторитетные экспертные исследования [7 января 2009 г.] исследователи из UC Davis M.I.N.D. (Калифорнийский институт медицинских исследований неврологических болезней — примечание переводчика) пришли к выводу, что семи-восьми-кратный рост числа детей, страдающих аутизмом, в Калифорнии с 1990 года не может быть объяснен тем, что это состояние стали лучше диагностировать или стали лучше учитывать. Тенденция не показывает признака уменьшения: [Пресс-релиз UC Davis M.I.N.D. института. Исследование показывает, что аутизм в Калифорнии увеличивается не из-за лучшего учёта и диагностики. Полный текст исследования найден здесь:

UC Davis M.I.N.D. Institute study shows California's autism increase not due to better counting, diagnosis» «Пост аутизма и роль возраста при диагностике». Эпидемиология (Epidemiology) 20:1 январь 2009.

Это новое авторитетное американское исследование показывает:

- существенное увеличение аутизма реально и
- он должен быть вызван экологическими факторами и не может быть генетическим (наследственным)
- аутизм не может быть объяснён лучшей диагностикой и большим пониманием.

Данные из США показывают удвоение аутизма за 5 лет [то есть 2002–2006 гг. см. таблицу 1]. Здесь представлены выплаченные американским правительством налоговые доллары.

Американский Межведомственный Координационный Комитет по Аутизму (IACC) проголосовал за рекомендацию выделить миллионы долларов на исследования из фонда «Борьба с аутизмом», действующего с 2006 года, чтобы изучить возможную роль вакцин в причинной обусловленности аутизма: *Top Federal Autism Panel Votes For Millions in Vaccine Research* — David Kirby — The Huffington Post — January 5, 2009.

Новости (7 января 2009 г.) из США от штатных сотрудников Washington Post Сеси Конолли (Ceci Connolly) и Говарда Куртца (Howard Kurtz) указывают на то, что американский Президент Барак Обама был серьезно озабочен проблемой причастности вакцин к аутизму:

Таблица 1

**Социальное обеспечение аутизма в США в цифрах за 2002–2006 гг.
Получатели социальных выплат, полученные льготы для отнесённых к аутизму
и другим распространённым нарушениям развития**

По состоянию на декабрь года	Дети 21 год и моложе	Взрослые (1)		Все реципиенты
2002	38.324	7.360		45.684
2003	44.076	9.282		53.358
2004	51.581	11.450	63.031	
2005	59.479	13.647	73.126	
2006	68.050	16.190	84.240	

(1) — относятся лица в возрасте 65 лет и старше с потерей трудоспособности

TV's Gupta Chosen for US Surgeon General — By Ceci Connolly and Howard Kurtz — Washington Post Staff Writers — Wednesday, January 7, 2009

Здесь: *CNN's Dr. Sanjay Gupta interviews Dr. Jon Poling* представлено интервью доктора Гупта (Gupta) из Си-Эн-Эн, в котором он открыто обсуждает вакцины, вызывающие аутизм. Если бы такое интервью сделало Би-би-си (BBC Panorama), то все были бы шокированы. Доктор Санджай Гупта (Sanjay Gupta) из Си-Эн-Эн берёт интервью у доктора Джона Полинга (Jon Poling). Представлено и другое интервью Гупты *CDC Chief Admits that Vaccines Trigger Autism*, взятое у Директора американских Центров контроля за болезнями по тем же самым проблемам. Руководитель CDC допускает, что вакцины могут быть спусковым механизмом в развитии аутизма.

И что британское Министерство здравоохранения делает по этому поводу? Кажется, вообще, ничего, даже при том, что в Парламентском и Научном Комитете 17 июня 2008 года члены парламента и Пэры слышали Кембриджского эксперта по аутизму, профессора Саймона Барон-Коэна (Simon Baron-Cohen), признавшего корреспонденту, что необходимо больше исследований относительно связи вакцины с аутизмом, и что недавнее исследование показывает, что аутизм обходится Британии £28 миллиардов ежегодно. Цифра £28 миллиардов включает скрытые издержки, такие как расходы людей, выведенных из экономики, независимо от того, кто при этом пострадал, они или их сиделки. [Лондонская школа экономики «Экономические последствия аутизма в Великобритании» — Исследование командой во главе с профессором Мартином Кнэппом (Martin Knapp) [резюме]:

[LSE «*Economic Consequences of Autism in the UK*» — Study by team led by Professor Martin Knapp [Executive Summary]

NB Обратите особое внимание. Главным дефектом в исследовании является предположение, что есть 433 000 взрослых (в возрасте 18 лет и старше), имеющих спектр нарушений аутизма. В нашем исследовании есть приблизительно 107 000 детей, но нет такого числа взрослых. Цифра 433 000 является спроектированной, основанной на числах детей.]

Вот такая закадычная дружба и политика Лейбористской партии, чтобы похоронить проблемы аутизма. Уди-

вительно, но у нас нет никакого официального «числа жертв» с аутизмом среди детей и взрослых. Всё, что мы имеем — это «самое первое» исследование распространённости, проведённое по поручению Департамента здравоохранения в 2008 году [объявлено Иваном Льюисом (Ivan Lewis)], но, по-видимому, с вовлечением «близких друзей Тони».

Department of Health announces adult autism strategy — Thursday, 8-May-2008

«Министерство здравоохранения объявляет о стратегии относительно аутизма у взрослых людей» четверг, 8 мая 2008 года:

Исследование заключается в том, чтобы найти всех взрослых, страдающих аутизмом, которые должны существовать [чтобы доказать, что аутизм всегда был на высоком уровне] и в этом году пока об этом не должно сообщаться. В этом участвуют Национальный Центр Социологических исследований (NatCen) и старая компания Роджера Джоэля (Roger Jowell), первого мужа министра Тессы Джоэль (Tessa Jowell), нового стойкого приверженца лейбористской партии. Национальный Центр Социологических исследований объявлен как «некоммерческая» компания и работает почти исключительно на правительство и правительственные организации:

«*University of Leicester to lead audit of adults with autism*» Eureka! — 9-May-2008.

«Университет Лестера проведёт ревизию взрослых, страдающих аутизмом» Eureka! — 9 мая 2008 года.

Для того, чтобы доказать, что аутизм всегда был на высоком уровне, авторы должны найти в Великобритании приблизительно 400 000 взрослых, страдающих аутизмом, и их предполагаемых приблизительно 400 000 сиделок. Но не может быть много. Цифры Управления Национальной Статистики показывают, что общее количество взрослых, ухаживающих за нуждающимися в уходе взрослыми или родственниками по любой причине, в сентябре 2001 года было 326 000. [исходные данные переписи 2001 года].

Полный вариант статьи размещен на сайте
www.oodvrs.ru



Попов С. В.,
главный врач, руководитель
городского центра
эндоскопической урологии
и новых технологий,
доктор медицинских наук,
профессор¹



Скрябин О. Н.,
научный руководитель
Городского Центра
Эндоскопической Урологии
и новых технологий, главный
хирург, доктор медицинских
наук, профессор¹



Орлов И. Н.,
кандидат медицинских наук,
заведующий отделением
урологии¹



Обидняк В. М.,
врач-уролог¹



Рапопорт Л. Я.,
кандидат медицинских наук,
врач-уролог²



Воскобойников Г. М.,
доктор биологических наук,
профессор, заведующий
лабораторией³

¹ СПбГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», Городской центр эндоскопической урологии и новых технологий, Санкт-Петербург, Россия

² МЦ «Росмед», Санкт-Петербург, Россия

³ Мурманский морской биологический институт Кольского научного центра Российской академии наук, г. Мурманск, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСА ЛИОФИЛИЗИРОВАННОЙ ИКРЫ МОРСКОГО ЕЖА *STRONGYLOCENTROTUS* *DROEVASCHIENSIS* И ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В СОЧЕТАНИИ С ИНГИБИТОРАМИ ФДЭ-5 У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ВВЕДЕНИЕ

Эректильная дисфункция (ЭД) и доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) являются одной из самых актуальных проблем современной урологии и андрологии, оказывающих значительное влияние на качество жизни мужчин во всем ми-

ре [1, 2]. Распространенность ЭД и ДГПЖ у мужчин старше 40 лет довольно высокая и имеет тенденцию к росту. По данным Массачусетского исследования [MMAS, 2004], эректильная дисфункция у мужчин встречается в 40% случаев в возрасте 40–50 лет, в 50% — в возрасте 50–60 лет и в 70% среди мужчин старше 60 лет, при этом она не коррелирует со страной проживания и этнической принад-

лежностью [3]. По данным анализа мультицентровых исследований, в возрасте 40 лет ДГПЖ выявлена у 8% пациентов на четвертом десятке жизни, тогда как в 50–60 лет этот показатель приближается к 50% [4]. На сегодняшний день существует структурированная стратегия лечения пациентов с эректильной дисфункцией. Традиционно использование ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ-5) считается первой линией терапии эректильной дисфункции. Также для лечения ЭД применяются многочисленные препараты животного и растительного происхождения. Один из них, комплекс: лиофилизированная икра морских ежей *Strongylocentrotus droebachiensis* и лекарственные растения (БАД «ОКЕАН ЖИЗНИ-уро») используется для профилактики и лечения различных андрологических заболеваний. Цель нашего исследования — проанализировать эффективность применения дуальной терапии эректильной дисфункции с использованием комбинации ингибиторов (ФДЭ-5) и лиофилизированной икры *Strongylocentrotus droebachiensis* (БАД «ОКЕАН ЖИЗНИ-уро») у пациентов после хирургического лечения ДГПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

После проведения этического-правовой экспертизы в исследование было включено 93 пациента с ЭД и ДГПЖ. В ходе обследования 9 пациентов было исключено из исследования в соответствии с критериями исключения:

наличие камней мочевого пузыря, пациенты с уровнем общего ПСА более 4 нг/мл, полное отсутствие эректильной функции у пациента до операции. Оставшиеся 84 пациента до оперативного лечения прошли анкетирование для оценки международного индекса эректильной функции, также всем пациентам был определен уровень общего тестостерона.

У всех больных проводилось стандартное хирургическое лечение ДГПЖ — ТУРПЖ биполярным резектоскопом. В послеоперационном периоде 84 пациента были рандомизированы в две группы. В группе А пациенты принимали ингибиторы ФДЭ-5 (силденафил 50 мг за час до сексуальной активности в течение 3 месяцев). В группе Б пациенты получали комбинированную терапию ЭД — силденафил 50 мг за час до сексуальной активности и лиофилизированную икру морского ежа (БАД «ОКЕАН ЖИЗНИ-уро») в течение 3 месяцев. У всех пациентов проводилась оценка уровня общего тестостерона и анкетирование с помощью МИЭФ –5 через 1, 2 и 3 месяца после операции.

Достоверность полученных результатов была протестирована с помощью значения *p*-value. При этом значения *p* < 0.05 расценивались как статистически значимые.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пред- и периоперационные показатели представлены в таблице 1. Обе группы были гомогенными по своему составу.

РЕКЛАМА БАД

<http://ocean-life51.ru/>

ОКЕАН ЖИЗНИ

Содержит 50% ИКРЫ (ГОНАДЫ) ЗЕЛЁНЫХ МОРСКИХ ЕЖЕЙ

Все лекарственные растения входящие в состав БАД являются природными адаптогенами.

По адресу ООО «Удочка»
183034 г. Мурманск, ул. Домостроительная, д. 2/12 (Российская Федерация)
Тел./факс: (8152) 556-680
Свидетельство о государственной регистрации
№ RU.77.99.88.003 Е 002543.06.18 от 16.06.2016г.

НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ
НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ



Таблица 1

Предоперационные показатели

Показатель (среднее значение)	Значение:	p-value
Возраст, лет:	62	< 0.85
Объем предстательной железы, см ³	47	< 0.54
Максимальная скорость мочеиспускания (Q _{max}), мл/сек:	7	< 0.67
Объем остаточный объем мочи, мл	124	< 0.59
Время операции, мин	58	< 0.45

Таблица 2

Изменение уровня общего тестостерона
и показателя МИЭФ-5 после инициации лечения эректильной дисфункции

Показатель	Группа А	Группа Б	p-value
МИЭФ-5, баллы			
до операции	14.1	14.2	< 0.01
через 1 месяц	17.0	18.6	< 0.01
через 2 месяца	17.5	21.4	< 0.01
через 3 месяца	18.2	21.6	< 0.05
Общий тестостерон, нмоль/л			
до операции	7.9	7.8	< 0.01
через 1 месяц	8.4	8.6	< 0.01
через 2 месяца	8.3	9.2	< 0.01
через 3 месяца	8.5	9.4	< 0.05

До оперативного лечения средний балл, оцененный по МИЭФ-5 был одинаковым в группе А и группе Б (14.1 и 14.2; $p < 0.01$), уровень общего тестостерона до оперативного лечения также был одинаковым в обеих группах (7.9 и 7.8 нмоль/л; $p < 0.01$). Показатель международного индекса эректильной функции в группе А через 1, 2 и 3 месяца после ТУРПЖ был ниже, чем в группе Б (17; 17,5; 18.2 vs 18,6; 21,4; 21,6), такая же тенденция отмечалась в отношении изменения уровня общего тестостерона (группа А — 8,43; 8,35; 8,52 vs группа Б — 18,6; 21,4; 21,6), при этом полученные данные были статистически значимыми ($p < 0.05$). Послеоперационные показатели представлены в таблице 2.

ОБСУЖДЕНИЕ

Некоторые ранее опубликованные работы демонстрируют взаимосвязь между симптомами нижних мочевых путей и сексуальной дисфункцией [9]. Так, по данным Muntener et. al., симптомы дисфункции нижних мочевых путей — фактор риска развития ЭД вне зависимости от возраста и наличия сопутствующей патологии. Более того, у 80% мужчин эректильная функция остается без изменения или улучшается после операции [10]. Зачастую препаратами первой линии терапии ЭД являются ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа. Механизм их действия заключается в том, что фермент фосфодиэстераза 5 типа

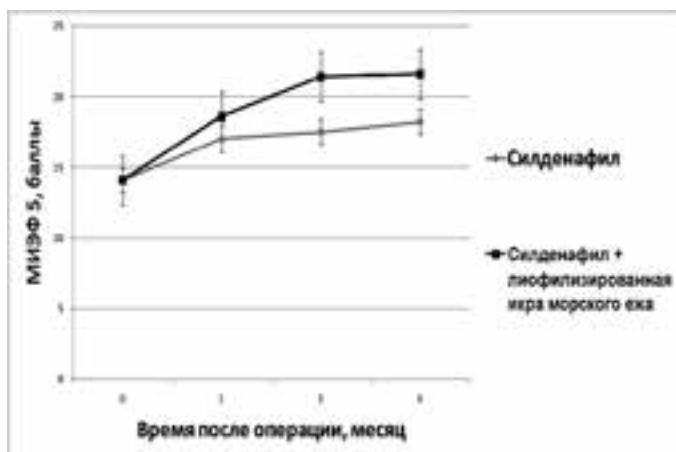


Рисунок 1. Показатель МИЭФ-5 в обеих группах

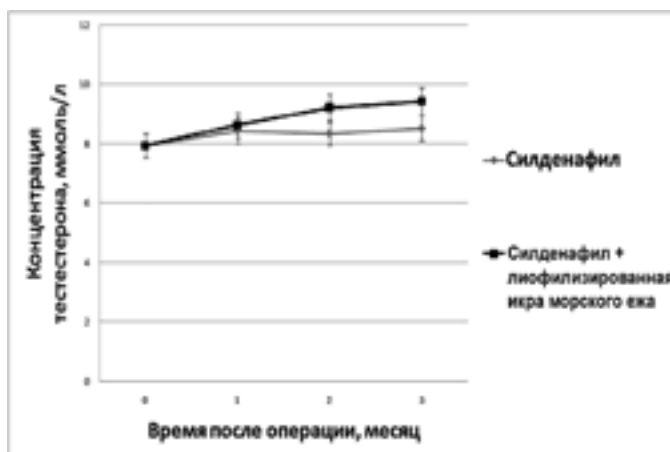


Рисунок 2. Уровень общего тестостерона в обеих группах

гидролизует циклический гуанозинмонофосфат (цГМФ) в кавернозной ткани полового члена. Подавление ФДЭ-5 приводит к стимуляции кровотока в пенисе, расслаблению гладкой мускулатуры, расширению сосудов и появлению эрекции. Также широко используются препараты растительного и животного происхождения для стимуляции сексуальной функции у мужчин. В нашей работе мы применяли лиофилизированную икру морского ежа *Strongylocentrotus droebachiensis* (БАД «ОКЕАН ЖИЗНИ-уро») с целью улучшить эректильную функцию у пациентов после ТУРПЖ. Комплекс биологически активных веществ, выделенных из свежемороженых гонад морских ежей, содержит большое количество пептидов, полисахаридов, аминокислот и микроэлементов. Суммарное действие этих веществ имеет повышенную эффективность в профилактике и лечении андрологической патологии [11]. В нашем исследовании средний уровень общего тестостерона перед ТУРПЖ был около 8 нмоль/л, что говорит о наличии андрогенного дефицита в обеих группах пациентов. Согласно проведенному анкетированию, средний балл по МИЭФ-5 до операции был 14, это соответствует умеренно выраженной эректильной дисфункции. В послеоперационном периоде, на фоне терапии ЭД, суммарное количество баллов, оцененное по МИЭФ-5, было выше в обеих группах, по сравнению с предоперационными данными. Однако, пациенты, которые получали дуальную терапию ЭД (ингибиторы ФДЭ-5 + лиофилизированная икра морского ежа *Strongylocentrotus droebachiensis* (БАД «ОКЕАН ЖИЗНИ-уро»)), имели более высокий суммарный балл по МИЭФ-5 в течение всего периода наблюдения (результаты представлены на рисунке 1). В ходе наблюдения у группы Б выявлена тенденция увеличения уровня общего тестостерона. При этом, чем дольше пациент получал ингибиторы ФДЭ-5 и лиофилизированную икру морского ежа (БАД «ОКЕАН ЖИЗНИ-уро»), тем более высокий уровень тестостерона был зарегистрирован (результаты представлены на рисунке 2). В группе А уровень тестостерона был неизменен в течение всего периода наблюдения. Более высокий уровень общего тестостерона, а также индекс МИЭФ-5 в группе Б вероятнее всего связан со стимулирующим действием лиофилизированной икры морского ежа *Strongylocentrotus droebachiensis*.

ВЫВОДЫ

Применение лиофилизированной икры морского ежа *Strongylocentrotus droebachiensis* (БАД «ОКЕАН ЖИЗНИ-уро») в сочетании с ингибиторами ФДЭ-5 приводит к улучшению эректильной функции и повышению уровня общего тестостерона у пациентов после трансуретральной резекции предста-

тельной железы. Рутинное использование данной комбинации может значительно повысить качество жизни у пациентов с ЭД и симптомами нижних мочевых путей, вызванных ДГПЖ. 

ЛИТЕРАТУРА

1. Пушкарь Д.Ю. Эректильная дисфункция — современные методы диагностики и лечения. Справочник поликлинического врача. 2004;2:18–20.
2. Мазо Е.Б., Дмитриев Д.Г., Гамидов С.И. и др. Силденафил и альпростадил в комбинированной фармакотерапии эректильной дисфункции. Урология. 2002;3:39–43.
3. Laumann E.O., Paik A., Rosen R.C. Sexual dysfunction in the United States. J Am Med Association. 1999;281:537–544.
4. Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, Ewing LL. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. J Urol 1984; 132 (3) 6:474–479.
5. Хайбулина Э.Т., Калинин С.Ю., Ермачек Е.А. и др. Эректильная дисфункция: Роль дефицита половых гормонов у мужчин в патогенезе и лечении нарушений сексуальной функции. Consilium medicum. 2004; 6 (7): 43–48.
6. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М., Медицина. 1997. С. 260–265.
7. Комаров Ф.И., Рапапорт С.И. Хронобиология и хрономедицина. М., Триада-Х. 2000. С. 470–488.
8. Ханина Е.А., Зуйкова А.А., Пашков А.Н. Индивидуальный хроноритм в контексте коррекции нарушений адаптации при патологии внутренних органов. Буковинский медицинский вестник. 2009;13 (24):259–260.
9. Rosen R, Altwein J, Boyle P, et al. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). Eur Urol 2003;44: 637–49
10. Muntener M, Aellig S, Kuettel R, Gehrlach C, Sulser T, Strebel RT. Sexual function after transurethral resection of the prostate (TURP): results of an independent prospective Multicentre assessment of outcome. Eur Urol 2007;52:5106.
11. Пожарицкая О.Н., Макаров В.Г., Фомичев Ю.С., Шиков А.Н., Макарова М.Н. Средство для профилактики и лечения андрологических заболеваний и способ его получения. Патент RU 2519226.
12. Рапопорт Л.Я., Воскобойников Г.М. Новая биологически активная добавка «ОКЕАН ЖИЗНИ» — афродизиак в терапии половых расстройств у мужчин. Сборник тезисов X Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная Фармакотерапия в УРОЛОГИИ — 2016»



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



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

БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА–БАРР (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Инфекционный мононуклеоз — это очень распространенное заболевание. По статистике, более 65% людей к 35 годам уже переболели им.

По мнению Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время речь идет о пандемии герпесвирусных инфекций: до 90% взрослого и детского населения планеты инфицировано герпес-вирусами. У 50% из них отмечают рецидивирующее течение герпетических инфекций. В России и странах СНГ более 22 миллионов человек страдают от герпес-вирусных инфекций. Частота инфицирования и заболеваемость герпес-вирусными инфекциями уступают только гриппу и другим острым респираторным вирусным инфекциям (ОРВИ).

Инфекционный мононуклеоз является наиболее характерным типичным клиническим проявлением герпес-вирусной инфекции. В мире данной инфекцией ежегодно заболевают от 16 до 800 лиц на 100 тысяч населения. В России ежегодно регистрируют 40–80 случаев инфекционного мононуклеоза на 100 тысяч населения. В последнее десятилетие отмечается рост показателей заболеваемости инфекционным мононуклеозом, особенно у детей. В возрасте до 14 лет заболеваемость увеличилась в 3 раза. Это обусловлено как распространением герпес-вирусной инфекции, так и улучшением диагностических возможностей инфекций лабораторными методами.

Инфекционным мононуклеозом болеют преимущественно дети: их доля составляет 65–80% в структуре всей заболеваемости. Только дети первых 6–7 месяцев жизни защищены материнскими антителами при грудном вскармливании. Заболеваемость максимальна в возрастной группе 4–8 лет. У лиц старше 30–40 лет заболевание встречается не более чем в 1% случаев.

В предыдущем номере журнала были освещены вопросы этиологии и патогенеза инфекционного мононуклеоза (ИМ) (см. «Пятиминутка» № 1–2017 г.). Далее представляем классификацию этого заболевания:

I. Международная статистическая классификация болезней X пересмотра (МКБ X)

В 27 — инфекционный мононуклеоз;

В 27.0 — мононуклеоз, вызванный гамма-герпетическим вирусом;

В 27.1 — цитомегаловирусный мононуклеоз;

В 27.8 — другой инфекционный мононуклеоз;

В 27.9 — инфекционный мононуклеоз неуточненный.

II. Клиническая классификация ИМ

По типу:

1. Типичный.

2. Атипичный (бессимптомный, стертый, висцеральный).

По тяжести:

1. Легкая.

2. Среднетяжелая.

3. Тяжелая.

По характеру течения:

1. Гладкое.

2. Негладкое: с осложнениями, с наложением вторичной инфекции, с обострением хронических заболеваний, с рецидивами.

По длительности течения:

1. Острое (до 3 месяцев).

2. Затяжное (3–6 месяцев).

3. Хроническое (более 6 месяцев).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТИПИЧНОГО ИМ

В типичном случае ИМ характеризуется доброкачественным течением и наличием полного симптомокомплекса, характерного для этого заболевания: выраженного интоксикационного синдрома, лихорадки, лимфопролиферативного синдрома, проявляющегося тонзиллитом, аденоидитом, генерализованной лимфаденопатией, гепатоспленомегалией, возможно, экзантемы,

а также наличием в крови лимфоцитоза и атипичных мононуклеаров в количестве 10% и более.

Инкубационный период составляет от 4 до 7 недель, причем, выявить точные сроки инфицирования в большинстве случаев не представляется возможным из-за высокой распространенности вирусов герпеса (ГВ) и возможности заражения не только от больных типичными манифестными, но также латентными и атипичными формами болезни.

Заболевание, как правило, начинается остро с появления симптомов интоксикации и подъема температуры тела до высоких цифр. Однако, несмотря на острое начало, весь клинический симптомокомплекс формируется в течение 5–7 дней.

Одним из ранних проявлений лимфопролиферативного синдрома является гипертрофия лимфоидной ткани носоглотки, которая проявляется затруднением носового дыхания, аденоидитом, храпом во сне. Поражение ротоглотки в виде острого тонзиллита является постоянным симптомом ИМ и отражает проявление лимфопролиферативного синдрома. Характерны яркая гиперемия слизистой мягкой нёба, гиперплазия фолликулов задней стенки глотки. Тонзиллит может быть катаральным, лакунарным или язвенно-некротическим, характеризуется длительным (до 7–14 дней) сохранением налетов, несмотря на проводимую антибактериальную терапию. Наличие гнойных, фибриновых, язвенно-некротических наложений на миндалинах, как правило, обусловлено вирусно-бактериальной микст-инфекцией. Гиперплазия миндалин достигает II–III степени у всех больных ИМ, при этом обструкция верхних дыхательных путей наблюдается редко и только при тяжелых формах заболевания. У 2/3 обследованных детей наряду с высевом того или иного микроба отмечают нарастание к ним титров антител, что свидетельствует о роли вирусно-бактериальных ассоциаций в этиологии острого тонзиллита при ИМ. Изменения в ротоглотке происходят на фоне снижения местной иммунологической реактивности миндалин, что наряду со способностью ВЗБ блокировать иммуноглобулины с бактериями на поверхности миндалин приводит к последующей множественной адсорбции патогенных микроорганизмов на эпителиальных клетках и массивной бактериальной колонизации нёбных миндалин.

Лимфаденопатия, характерная для всех больных типичной формой ИМ, проявляется преимущественным увеличением передне- и заднешейных лимфоузлов. Часто регистрируют генерализованную лимфаденопатию с вовлечением в патологический процесс 5–6 групп лимфатических узлов. При тяжелой форме ИМ отмечают увеличение бронхиальных и мезентериальных лимфоузлов. Узлы множественные, подвижные, кожные покровы над ними не изменены, при пальпации плотные, часто в виде «пакетов», безболезненные или умеренно болезненные. Отека подкожной клетчатки вокруг лимфоузлов не наблюдается, но у 25% детей определяется пастозность. Выраженная шейная лимфаденопатия может сопровождаться лимфостазом, что проявляется одутловатостью лица, пастозностью век.

Спленомегалия у больных острым ИМ развивается в половине случаев со второй недели заболевания, сохраняется длительно.

Гепатомегалия встречается у большинства больных. Поражение печени может сопровождаться цитолитическим синдромом с развитием гиперферментемии, однако уровень ее редко превышает норму более чем в 10 раз. Нарушение билирубинового обмена, клинически проявляющееся желтухой, встречается крайне редко и характеризуется кратковременностью. Клинические и биохимические маркеры холестаза (увеличение билирубина за счет прямой фракции, увеличение щелочной фосфатазы и гамма-глутамилтранспептидазы, уровня холестерина, р-липопротеидов, желчных кислот в периферической крови) выражены незначительно. Их чаще регистрируют у детей старшего возраста с предшествующим поражением желчевыводящих путей паразитарной (лямблиоз кишечника) или инфекционной (вирусные гепатиты) патологией.

Экзантему при ИМ регистрируют у 10–18% больных. Сыпь преимущественно пятнисто-папулезная, реже геморрагическая с локализацией на лице, туловище, конечностях, чаще проксимальных отделов. Возможен кожный зуд. В 42–80% случаев развитие экзантемы связывают с предшествующим применением ампициллина или амоксициллина. У детей старшего возраста иногда описывают артралгии коленных суставов. В большинстве случаев все симптомы исчезают или подвергаются значительному обратному развитию к 3–4-й неделе болезни.

При оценке критериев тяжести учитывают выраженность и длительность общей интоксикации, степень увеличения лимфоузлов, степень поражения рото- и носоглотки, степень увеличения печени и селезенки, количество типичных и атипичных мононуклеаров в периферической крови.

Тяжелая форма ИМ характеризуется риском развития угрожающих жизни состояний, обусловленных гемофагоцитарным синдромом, лимфогрануломатозом, неходжкинскими лимфомами, вплоть до летального исхода при синдроме Дункана и других злокачественных лимфопролиферативных заболеваниях. Наиболее часто развивающимся неотложным состоянием при тяжелой форме ИМ является резко выраженный отек лимфоидной ткани кольца Вальдейера, который приводит к обструкции верхних дыхательных путей преимущественно за счет выраженного тонзиллофарингеального воспаления и требует своевременного назначения глюкокортикоидов. У четверти пациентов, больных тяжелой формой ИМ, регистрируют распространенные налеты, выходящие за пределы миндалин, что затрудняет проведение клинической дифференциальной диагностики с токсической дифтерией ротоглотки.

ОСЛОЖНЕНИЯ ИМ

Среди специфических осложнений ИМ выделяют 1) ранние, к которым относят разрыв селезенки, асфиксию (вследствие фаринготонзиллярного отека), миокардит, менингоэнцефалит, полирадикулоневрит, синдром «Алиса в стране чудес», психоз и др.;

2) поздние: гемолитическая или апластическая анемия, тромбоцитопеническая пурпура, гепатит; синдром мальабсорбции; дерматит; орхит; паротит, панкреатит и др.



ОСОБЕННОСТИ ИМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ И ВОЗРАСТА РЕБЕНКА

При анализе клинических особенностей ИМ, этиологически связанного с ЦМВ и ВГЧ-6, было показано, что у пациентов в 3 раза чаще отмечаются высыпания аллергического характера и явления тромбозов; в 2 раза реже — проявления тонзиллита. У них реже выявляют увеличение лимфатических узлов и атипичные мононуклеары в периферической крови; не отмечают храпа и гнусавости голоса. Спленомегалия выражена в меньшей степени; реже регистрируют повышение АЛТ. С ВГЧ-6 связывают развитие тромбоцитопенической пурпуры, гемофагоцитарного синдрома, длительного увеличения лимфоузлов, внезапной экзантемы. В то же время у некоторых больных цитомегаловирусным мононуклеозом отмечают нетипичные симптомы: миалгию, обструктивный бронхит, панкреатит, болезненность и припухлость околоушных слюнных желез. При цитомегаловирусном мононуклеозе лихорадка может нарастать постепенно, первичным проявлением заболевания может быть одностороннее или двустороннее увеличение лимфатических узлов шейной группы.

У детей раннего возраста клиническая картина ИМ характеризуется рядом особенностей. У них чаще регистрируют кратковременную и умеренно выраженную (до 38°C) лихорадку, раннее появление катарального тонзиллита или ангины, частое поражение носоглоточной миндалины (аденоидит), что приводит к нарушению носового дыхания, храпу во сне и отеку миндалин с явлениями фарингеального стеноза с обструкцией верхних дыхательных путей. Характерен длительный респираторный синдром, проявляющийся насморком и кашлем, что редко отмечается у детей старшего возраста. Высыпания на коже встречаются чаще. У половины детей экзантема связана с приемом антибиотиков. Увеличение периферических лимфатических узлов в виде «пакетов» встречается редко. Обратное развитие симптомов происходит быстрее, чем у детей старшего возраста. Особенностью течения ИМ у детей раннего возраста является отсутствие тяжелых форм. Таким образом, у детей раннего возраста вследствие особенностей клинической картины ИМ наиболее часто встречаются диагностические ошибки, что требует своевременной этиологической расшифровки диагноза для коррекции терапии.

АТИПИЧНАЯ ФОРМА ИМ

Атипичная форма ИМ характеризуется неполным синдромом комплексом и/или поражением нетипичных для ИМ органов, а также отсутствием атипичных мононуклеаров или незначительным их количеством (до 5%) при наличии лабораторных маркеров ИМ.

По нашим наблюдениям, атипичная форма ИМ чаще встречается у мальчиков младшего возраста (до 7 лет). Острые и рецидивирующие формы атипичного ИМ преимущественно характеризуются повышением температуры тела до фебрильных или субфебрильных цифр, полилимфаденопатией, признаками поражения верхних дыхательных путей (аденоидитом, реже — тонзиллитом); хронические — полилимфаденопатией и гепатоспленомегалией на фоне нормальной или субфебрильной температуры. При остром или рецидивирующем атипичном ИМ лейкоцитоз выявля-

ется реже, чем при типичных формах, а хронические формы чаще протекают на фоне нормоцитоза или лейкопении. Лимфоцитоз характерен для всех форм ИМ, моноцитоз чаще встречается при рецидивирующих и хронических формах. Атипичные мононуклеары в диагностическом количестве при атипичных формах ИМ выявляются более чем в 2 раза реже, чем при типичных. При атипичных формах ИМ IgM к ВЭБ регистрируют только у 1/3 обследованных детей, в 60–80% случаев выявляют спектр антител класса IgG. Хронические и рецидивирующие формы ИМ преимущественно являются микст-инфекцией — ВЭБ + ЦМВ.

ХРОНИЧЕСКАЯ ФОРМА ИМ

При выявлении у детей длительно сохраняющихся (более 6 месяцев) интоксикационного (утомляемость, недомогание, сонливость, боли в мышцах, суставах), лимфопролиферативного (гипертрофия миндалин, аденоидов, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия), инфекционного (повторные ринофарингиты, тонзиллиты, аденоидиты, синуситы, ларинготрахеиты, бронхиты, пневмонии) синдромов, гематологических изменений (лимфоцитоз, моноцитоз, лейкопения) на фоне периодического или постоянного повышения температуры тела, а также при возможном поражении различных органов (печени, почек, сердечно-сосудистой системы и т.д.) проводится комплексное клиничко-эпидемиологическое и лабораторное обследование пациентов для установления диагноза хронической формы ИМ. Диагноз хронического ИМ можно считать установленным у ребенка с длительно сохраняющимся полным или неполным синдромом комплексом ИМ при выявлении серологических, а также прямых маркеров ГВ (ДНК или антигены ГВ) в различных биологических средах.

Типичная форма хронического ИМ характеризуется рецидивами, по клиническим и лабораторным признакам не отличимым от острого ИМ. Атипичные формы преимущественно протекают под маской частых респираторных заболеваний, субфебрилитета неясной этиологии и других заболеваний с поражением нетипичных для ИМ органов. Клинические наблюдения позволили нам выделить несколько вариантов течения или «масок» хронического ИМ:

1. Рецидивирующее течение респираторного заболевания с преобладанием клиники хронического аденоидита с обструкцией носового дыхания.

2. Рецидивирующее течение респираторного заболевания без обструкции носового дыхания.

3. Длительный субфебрилитет или периодический фебрилитет, сопровождающийся астеническим синдромом / «синдромом хронической усталости».

4. Синдром Маршалла (PFAPA — periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis) — периодическая лихорадка (1 раз в 1–1,5 месяца), сопровождающаяся афтозным стоматитом, фарингитом (тонзиллитом) и шейным лимфаденоитом.

5. Прочие редкие формы: преимущественно с гематологическими проявлениями — нейтропенией, анемией, тромбоцитопенией; с поражением желудочно-кишечного тракта — хроническим гастроуденоитом, гепатитом.

Частые заболевания дыхательных путей мы наблюдали у 79% детей, больных хроническим ИМ. У детей дошкольного возраста чаще регистрировали рецидивирующие от-

иты, стенозирующие ларинготрахеиты, что связано с анатомо-физиологическими возрастными особенностями дыхательной системы. В этой возрастной группе также в 3 раза чаще отмечали поражение нижних дыхательных путей — бронхиты и пневмонии. Рецидивирующие ангины у младших детей встречались в 2 раза чаще, чем у школьников, у которых поражение миндалин чаще проявлялось клиникой хронического тонзиллита.

У больных хроническим ИМ, как правило, отсутствует лейкоцитоз, причем у пятой части детей регистрируют лейкопению (число лейкоцитов менее $5 \times 10^9/\text{л}$). В большинстве случаев (у 74% больных) сохраняется относительный лимфоцитоз, моноцитоз (более 10%). Только у четверти детей с хроническим ИМ непостоянно регистрируют атипичные мононуклеары, причем в достоверно меньшем, чем при остром, количестве.

ДИАГНОСТИКА ИМ

1 Клинический анализ крови

По результатам общего анализа крови при инфекционном мононуклеозе можно наблюдать умеренный лейкоцитоз, иногда лейкопению, появление атипичных мононуклеаров, увеличение количества лимфоцитов, моноцитов и умеренно ускоренную СОЭ. Атипичные мононуклеары обычно появляются в первые дни болезни, особенно в разгар клинической симптоматики, но у некоторых больных это происходит позднее, только через 1–2 недели. Контроль анализа крови проводится также через 7–10 дней после выздоровления.

2. Биохимический анализ крови

По итогам биохимического анализа крови при инфекционном мононуклеозе наблюдается умеренное увеличение активности АсАТ и АлАТ, повышенное содержание билирубина. Функциональные пробы печени (особые тесты, свидетельствующие о функции и целостности основных структур печени) нормализуются к 15–20-му дню болезни, но могут оставаться измененными на срок до 6 месяцев.

3. Иммунологический анализ крови

Признаками напряженности противовирусного иммунитета, то есть наличие инфекции, подтверждается обнаружением IgM, IgE.

4. Серологическое исследование (ИФА):

- реакция Пауля-Буннеля (реакция агглютинации бараньих эритроцитов), диагностический титр 1:32 и выше (часто дает неспецифические результаты);
- реакция ХД/ПБД (реакция Хэнгэнуциу-Дейхера-Пауля-Буннеля-Давидсона) считается положительной, когда в сыворотке крови больного имеются антитела, агглютинирующие бараньи эритроциты, причем, эти антитела адсорбируются (истощаются) при обработке сыворотки экстрактом из эритроцитов быка и не адсорбируются при обработке сыворотки экстрактом почки морской свинки;
- реакция Ловрика; на стекло наносят 2 капли сыворотки больного; к одной капле добавляют нативные эритроциты барана, к другой — эритроциты барана, обработанные папаином; если сыворотка больного агглютинирует нативные и не агглютинирует обработанные папаином эритроциты, или агглютинирует их значительно хуже, то реакция считается положительной;

- реакция Гоффа и Бауера — агглютинация сывороткой крови больного формализированных лошадиных эритроцитов (4% взвесь), реакция проводится на стекле, результаты учитывают через 2 мин;
- реакция Ли-Давидсона — агглютинация формализированных эритроцитов барана в капиллярах; был предложен ряд других модификаций, но они не нашли широкого применения.

5. Полимеразная цепная реакция (ПЦР).

ЛЕЧЕНИЕ ИМ

При инфекционном мононуклеозе желательно соблюдать постельный режим и особую диету (жидкая и полужидкая молочно-растительная пища). Поэтому рекомендовано лечение в стационаре.

Этиопатогенетическая терапия заключается в применении иммунокорректирующих средств, интерферонов (виферон, лейкинферон), индукторов интерферона (анаферон, циклоферон), иммуномодуляторов (ликопид). Применение противовирусных средств (ацикловир, видарабин, азидотимидин и др.) не вызывает значительного улучшения состояния.

В остром периоде заболевания назначается виферон по 1 свече 2 раза в день в течение 7–10 дней; полиоксидоний в свечах 1 раз в день по 0,5 свечи (доза для детей до 5 лет); анаферон детский по 1 таблетке в течении двух часов каждые 30 минут, затем еще 3 таблетки за сутки с равным интервалом времени, затем по 1 таблетке 3 раза в день в течение 14 дней.

Терапия зависит от тяжести заболевания и физиологических особенностей пациента. Так, при легкой форме инфекционного мононуклеоза назначаются симптоматическая терапия и витаминно-минеральный комплекс, жаропонижающие (ибупрофен, парацетамол), сосудосуживающие капли в полость носа (називин, нафтизин).

При среднетяжелой и тяжелой формах инфекционного мононуклеоза к симптоматической терапии присоединяется этиопатогенетическая терапия. Назначаются иммуномодуляторы, антибактериальные препараты, гепатопротекторы.

Антибактериальные препараты назначаются при тонзиллите с учетом чувствительности выделенной микрофлоры из ротоглотки. Но применение данной группы препаратов не рекомендуется, так как часто развивается экзантема.

Тяжелую форму инфекционного мононуклеоза с осложнениями следует купировать глюкокортикоидами (преднизолон, дексаметазон).

СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе инфекционного отделения №1 Санкт-Петербургского Государственного Педиатрического Медицинского Университета (СПБГПМУ).

Нами были проанализированы истории болезни детей в возрасте от 1 до 4 лет включительно. Считается, что в этот период детства заражение ВЭБ встречается довольно редко, поэтому нами была выбрана данная возрастная группа.



Для анализа заражения ВЭБ по половому признаку и частоте встречаемости моно- или микст-инфекции было проанализировано 68 историй болезни пациентов, поступивших в период с 24.12.2014 по 20.05.2015 на инфекционное отделение № 1 СПбГПМУ 1–4 лет с диагнозом: Инфекционный мононуклеоз. В таблице 1 приведены соотношения детей по возрасту и полу:

Таблица 1

Распределение детей с ИМ в группе обследования по возрасту и полу

Возраст	Девочки	Мальчики
1 год	1	5
2 года	9	20
3 года	5	9
4 года	6	13

Данные этой таблицы подтверждают, что представители мужского пола наиболее восприимчивы к ВЭБ.

Инфекционный мононуклеоз часто бывает смешанной этиологии, то есть по данным лабораторной диагностики выявляются вирус Эпштейн-Барр (ВЭБ) и цитомегаловирус (ЦМВ). На диаграмме приведено соотношение пациентов с инфекционным мононуклеозом, вызванным исключительно ВЭБ (1), чисто цитомегаловирусом (2) и смешанной этиологии (3) (Рис. 1).

По данным диаграммы можно сделать вывод, что чаще всего у детей возраста 1–4 года встречается инфекционный мононуклеоз, вызванный ВЭБ.

В группу риска по заболеваемости ИМ входят дети, страдающие рецидивирующими ЛОР-инфекциями или ОРВИ, или другими вирусными и бактериальными инфекциями.

В соответствии с результатами лабораторных исследований и выраженностью клинической картины, для дальнейшего анализа нами было отобрано 24 истории болезни.

Среди этих пациентов чаще всего встречалась средняя форма (1) мононуклеоза, но так же встречались случаи тяжелой формы (2) (Рис. 2).

В основном заболевание сопровождалось острым подъемом температуры на фоне видимого благополучия, развитием симптомов интоксикации и катаральных явлений в ротоглотке. В редких случаях отмечалось постепенное развитие заболевания с субфебрильной температурой, общим недомоганием и умеренно выраженными катаральными явлениями.

Клиника у пациентов данной группы соответствовала типичной картине инфекционного мононуклеоза.

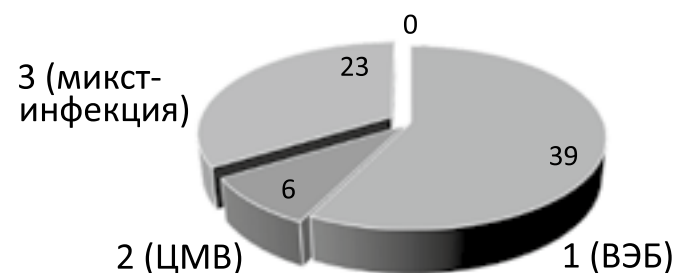


Рис. 1. Распределение детей возраста 1–4 г. по этиологии ИМ.

У детей данной группы наблюдалось более выраженное поражение носоглотки. Увеличение лимфатических узлов у всех больных носило генерализованный характер, особенно были увеличены подчелюстные и заднешейные лимфоузлы (до 4–5 см, плотные, эластичные, умеренно болезненные при пальпации). Более выраженная и длительная лимфоаденопатия установлена у детей 2–4 лет. Увеличение печени на 2–4 см встречается чаще у детей 1–3 лет, а у детей 3–7 лет — более 4 см.

По лабораторным данным было выявлено повышение активности печеночных трансаминаз (АлАТ, АсАТ). Как правило, повышение АлАТ наблюдалось в начале заболевания, а АсАТ — в середине болезни.

Экзантема наблюдалась у 11 из 24 больных. У большинства она носит пятнистопапuleзный характер. Элементы сыпи были ярко-розового или багрового цвета, чаще на лице, верхних конечностях, реже на груди и животе. Иногда экзантема имеет сливной характер. У некоторых детей наблюдались точечные, мелкопятнистые высыпания. Как правило, проявление сыпи приходится на 2–10 день и обусловлено необоснованным применением антибактериальных препаратов, таких как флемоксин, амокси-клав, цефазолин, аугментин.

При поступлении в стационар у всех детей в крови наблюдалось увеличение атипичных мононуклеаров, СОЭ в пределах 15–60 мм в час.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Факторами риска в отношении ВЭБ-инфекции являются мужской пол, заболеваемость ОРВИ более 2–3 раз в год, рецидивирующая герпетическая инфекция, хроническая ЛОР-патология. Кофакторами риска развития могут быть неврологическая, сердечно-сосудистая патологии, а также хронические воспалительные заболевания верхних дыхательных путей.

2. ВЭБ-инфекция может быть инициирована не только при первичном контакте с вирусом. Возможна активация латентной фазы в результате других вирусных и бактериальных инфекции, медицинских манипуляций, переохлаждения и др.

3. Клинические проявления при ИМ и атипичных формах ВЭБ-инфекций имеют и схожие, и различные характеристики. Тяжесть ИМ обусловлена не только выраженностью общего интоксикационного синдрома, но и местными проявлениями. При атипичных формах отмечается сглаженность клинических проявлений, имитируются такие заболевания, как лакунарная ангина или псевдотуберкулез.



Рис. 2. Распределение пациентов по степени тяжести ИМ.

4. Наиболее эффективен в диагностике иммуноферментный метод. С помощью его возможна дифференциальная диагностика между разными стадиями инфекционного процесса.

5. ПЦР также активно используется для диагностики данной инфекции и свидетельствует о продолжающейся репликации вируса. Его чувствительность составила около 75%. ПЦР является одним из ведущих методов для постановки диагноза ВЭБ-инфекции у детей раннего возраста.

ВЫВОДЫ

Клиническая значимость острого инфекционного мононуклеоза ВЭБ этиологии обусловлена вовлечением в патологический процесс практически всех органов и систем организма человека.

Чаще болеют мальчики. Факторами риска является неблагоприятный преморбидный фон.

У больных острым инфекционным мононуклеозом ВЭБ этиологии в возрастной группе от 1 до 4 лет в современных условиях сохраняются классические симптомы.

Клиника заболевания складывается из синдромов: интоксикации, лихорадки, лимфопролиферативного синдрома, а именно аденоидита, тонзиллита, гепатоспленомегалии, в ряде случаев экзантемы.

Таким образом, необходимо совершенствовать методы клинко-лабораторной дифференциальной диагностики, продолжать разработку схем рациональной комплексной терапии острого инфекционного мононуклеоза ВЭБ этиологии для предупреждения развития затяжных и латентных форм, а также осложнений, приводящих к неблагоприятным исходам. ☉

ЛИТЕРАТУРА

1. Калинина Н.М., Дрыгина Л.Б., Горейко Т.В. Современные представления об иммунопатогенезе инфекции, вызванной вирусом Эпштейна-Барр, Инфекция и иммунитет. 2011;1 (2):121–130. DOI:10.15789/2220-7619-2011-2-121-130
2. Кускова Т.К., Белова Е.Г. Семейство герпес-вирусов на современном этапе, журнал «Лечащий Врач» № 05/04
3. Малашенкова И.К., Дидковский Н.А., Сарсания Ж.Ш., Жарова М.А., Литвиненко Е.Н., Щепеткова И.Н., Чистова Л.И., Пичужкина О.В., Гусева Т.С., Паршина О.В. Клинические формы хронической Эпштейн-Барр-вирусной инфекции: вопросы диагностики и лечения, журнал «Лечащий Врач» № 09/03
4. Медведев А.Ю., Валишин Д.А. Этиологические особенности ангины у больных, инфицированных вирусом Эпштейна-Барра, Журнал Медицинский вестник Башкортостани выпуск № 3 / том 6 / 2011
5. Тимченко В.Н. Инфекционные болезни у детей. Учебник, 2001 г.
6. Шестакова И.В., Ющук Н.Д. Современные подходы к лечению Эпштейна-Барр вирусной инфекции у взрослых, журнал «Лечащий Врач» № 02/11
7. <http://uprcmsch91.prospectinfo.ru/modules.php?name=Content&op=showpage&pid=133>
8. <http://www.medkarta.com/?cat=article&id=20352>
9. http://www.infectology.ru/nosology/infectious/viral/infec_mononucleosis.aspx
10. <http://www.herp911.ru/virus-epshtejna-barr.html>



Международное
Медицинское
Сотрудничество

Общество специалистов «Международное медицинское сотрудничество»
Организует поездку в город-курорт Хевиз (Венгрия) с программой

«ТАНЦУЮЩИЕ ЛЮДИ»

**с целью отдыха и оздоровления (с курсом обучения танцам)
с 13 по 24 сентября 2017 г.**

Группу принимает Villa Lira — просторные апартаменты в центре Хевиза, с танцевальным и музыкальным залом, рестораном, лужайкой для шашлыков и барбекю, джакузи, сауной и тренажерным залом (есть все условия для отдыха с детьми).

В программу включено купание в термальном озере Хевиз, а также танцевальные мастер классы под руководством профессионального педагога по танцам Ирины Легкой.

По желанию — оздоровительные и косметические процедуры, а также экскурсии с посещением старинных замков и дворцов, рыцарского турнира, столиц Австрии и Венгрии — Вены и Будапешта, дегустации вина и т.д.

Просим присылать заявки на e-mail: stella-mm@yandex.ru

Справки по тел: +7-921-589-15-82

**Григорьева Л. И.,**

преподаватель СПб ГБУ ДПО «Центр последипломного образования специалистов медицинского профиля», Санкт-Петербург, Россия

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ

Аннотация. В статье указывается, что современная социальная ситуация обуславливает важность и актуальность обучения взрослых в рамках системы непрерывного образования. Охарактеризованы подходы к обучению взрослых. Представлены основные социально-психологические установки взрослых обучающихся. Показано, что обучение взрослых наиболее востребовано в рамках повышения профессиональной квалификации, в том числе — повышения квалификации среднего медицинского персонала. Рассмотрены формы и методы обучения взрослых на примере медицинских сестёр.

Ключевые слова: обучение взрослых, непрерывное образование, медицинская сестра.

Abstract. The article states that the current social situation determines the importance and relevance of adult education within the system of continuous education. We characterize the approaches to adult learning. The main socio-psychological attitudes of adult learners are presented. It has been shown that adult education most in demand within the framework of professional development, including training of nurses. The form and methods for adult learning on the example of nurses are considered.

Keywords: adult education, continuing education, a nurse.

Для современного общества всё большую значимость приобретает обучение взрослых, трактуемое как часть системы непрерывного образования. Оно обеспечивает адаптацию к изменяющимся условиям, компенсацию недостатка полученных ранее знаний, реализацию личностных потребностей и интересов, преодоление чувства неопределённости и неуверенности. В целом, потребность в образовании взрослого человека обуславливается: 1) необходимостью постоянного освоения новых технологий в связи с развитием научно-технического прогресса; 2) усложнением социальной среды, связанным с осуществлением постоянного осознанного выбора; 3) обновлёнными морально-этическими требованиями, предъявляемыми современным обществом; 4) удовлетворением потребностей личности в собственном саморазвитии и самосовершенствовании.

Исследователи выделяют различные подходы к обучению взрослых. Так, И. М. Спивак характеризует в качестве основных деятельностный, личностно-деятельностный и онтологический подходы [1, С. 56]. Осуществление обучающимися учебной деятельности на основе *деятельностного подхода* связано с усвоением ими знаний, умений и навыков, а также обеспечением им условий для форми-

рования новых действий и понятий с заданными свойствами. *Личностно-деятельностный подход* предполагает единство личностного и деятельностного компонентов. Личностный компонент означает, что все организационно-методические решения принимаются в контексте личности обучающегося, т.е. его потребностей, мотивов, способностей, активности, интеллекта, и требуют учёта его индивидуально-личностных, национальных, половозрастных и статусных особенностей. Деятельностный компонент подразумевает, что взаимодействие между обучаемым и обучающимся происходит на основе субъект-субъектных отношений, деятельностного опосредования обучения. *Онтологический подход* предполагает такие условия обучения взрослых, как собственный выбор человеком линий и возможностей своего развития, наличие у него структуры жизненных ценностей.

По мнению И. Ю. Тархановой, целесообразным является гуманистический подход к обучению взрослых. В рамках *гуманистического подхода* такое обучение представляет собой: 1) процесс и результат развития самореализации личности; 2) процесс, направленный на создание условий для роста компетентности обучающегося путём мотивации его когнитивной мобильности, самостоятель-

ного и осознанного определения им целей саморазвития, содержания и траектории самообразования; 3) процесс, опирающийся на наличный социальный опыт взрослого обучающегося обладающего общекультурными, социальными и профессиональными компетенциями [2, С. 413].

Проведённый анализ позволил выявить основные социально-психологические установки взрослых обучающихся:

1) самосознание: взрослые обучающиеся характеризуются осознанным стремлением к самостоятельности, независимости, самоуправляемости, поэтому им присуща активная ведущая роль в определении параметров обучения, самостоятельный поиск информации;

2) опыт: взрослые люди характеризуются наличием значительного бытового, социального и профессионального опыта, что позволяет использовать его в качестве одного из источников обучения;

3) готовность (мотивация) к обучению: для взрослых обучающихся характерно осознанное стремление к личностному развитию, овладению определёнными социальными ролями, поэтому учебный процесс характеризуется индивидуализацией, достижением конкретных целей;

4) участие в организации процесса обучения: наличие профессиональных знаний, умений и навыков позволяет взрослым обучающимся включаться в совместное с обучающим построение процесса обучения.

Мы полагаем, что обучение взрослых наиболее востребовано в рамках повышения профессиональной квалификации, в том числе — повышения квалификации среднего медицинского персонала. Актуальность приобретения новых знаний, умений и навыков медицинскими сёстрами обусловлена как необходимостью проведения высокотехнологичных сестринских вмешательств, так и оказанием широкого спектра услуг в рамках первичной медико-санитарной помощи. Вместе с тем, на данный момент существует ряд нерешённых проблем. Прежде всего, это касается несовершенства нормативно-правовой базы, регулирующей деятельность специалистов со средним медицинским образованием. Также следует отметить недостаток кадрового обеспечения отрасли здравоохранения соответствующими специалистами, слабое внедрение инновационных технологий сестринского ухода, низкую социальную защищённость. Указанные проблемы обуславливают необходимость ориентации на модель опережающего образования, в основу которого должна быть положена идея всестороннего развития личности. Следовательно, наиболее важной в данном контексте представляется организация различных форм непрерывного образования среднего медицинского персонала.

В рамках повышения квалификации медицинских сестёр ведущей формой обучения представляется лекционно-семинарская система (лекции, семинары, практические занятия). Лекции и практические занятия должны проводить грамотные специалисты, кандидаты медицинских наук, что позволит обеспечить качественный уровень подготовки. Занятия целесообразно проводить в технически оснащённом помещении, где имеется современное оборудование — телевизионные экраны, проекторы, компьютеры, что обеспечивает наглядность занятий. Актуальным представляется использование такой формы обучения, как телекоммуникационные техноло-

гии. Такая форма обучения для медицинских сестёр области обеспечивает возможность осуществлять подготовку слушателей независимо от их фактического местонахождения, обучающиеся могут активно включаться в учебный процесс. Кроме лекционных и семинарских занятий, медицинские сестры знакомятся с работой различных отделений, а также с современными методами лечения. Помимо этого, в процессе обучения медицинские сестры получают знания и умения оказания первой доврачебной медицинской помощи при всех острых состояниях.

О.С.Фомин и С.Г.Боев отмечают, что всё большую популярность в обучении взрослых приобретают такие активные методы обучения, как презентации, семинары, деловые и ролевые игры, бизнес-тренинги, кейсы, дискуссии в малых группах, моделирование и выполнение проектов, обучение действием и т.д. [3, С. 184]. На наш взгляд, данные методы могут быть эффективно применены в системе повышения профессиональной квалификации медицинских сестёр. Итогом указанных мероприятий можно назвать: 1) интересные сестринские конференции, отвечающие потребностям медсестёр; 2) проявление медсёстрами своих творческих способностей; 3) облегчение формирования резерва старших медсестёр; 4) возможности для карьерного роста медсестёр; 5) разработка алгоритмов и инструкций для персонала; 6) участие медсестёр в научно-исследовательской работе.

Подводя итоги вышесказанному, отметим, что во многих странах сестринское дело характеризуется самостоятельным функционированием — медицинскими сёстрами обеспечивается значительный объём лечебно-диагностической и социальной помощи. Высококвалифицированный средний медицинский персонал выполняет ряд функций, присущих нашим врачам, а обучение медсестёр проводится медицинскими сёстрами соответствующей квалификации. Поэтому желательным является такой подход, при котором совершенствование профессионализма медицинской сестры предполагает не участие в единичных мероприятиях, а процесс самоконтролируемого профессионального развития. Акцент должен делаться не на поддержании минимального уровня компетентности, а на максимальной реализации личностного потенциала. Повышение профессиональной квалификации медицинской сестры целесообразно основывать не на формуле «образование на всю жизнь», а на принципе «образование через всю жизнь».

ЛИТЕРАТУРА

1. Спивак И.М. Психологические подходы к обучению взрослых / И.М.Спивак // Среднее профессиональное образование. — 2011. — № 2. — С. 56–58.
2. Тарханова И.Ю. Гуманистический подход к обучению взрослых / И.Ю.Тарханова // Педагогическое наследие К.Д.Ушинского: Материалы научно-практической конференции «Чтения Ушинского. — Ч. 1. — Ярославль, 2014. — С. 411–416.
3. Фомин О.С. Инновационные подходы к обучению взрослых / О.С.Фомин, С.Г.Боев // Образование. Инновации. Качество: Сборник материалов IV Международной научно-методической конференции. — Курск, 2010. — С. 184–186.



Салова М. Н.,
кандидат медицинских
наук, невролог Детского
городского консультативно-
диагностического центра,
г. Иваново, Россия



Жданова Л. А.,
Заслуженный деятель науки
РФ, доктор медицинских наук,
профессор, зав. кафедрой
поликлинической педиатрии
ГОУ ВПО ИВГМА Минздрава
России



Салов А. В.,
учитель ОГКОУ «Ивановская
коррекционная школа № 1»



Прияткина Н. Ю.,
кандидат педагогических
наук, доцент кафедры
педагогики и специального
образования ФГБОУ
ВО «Ивановский
государственный
университет»



Лайкова Т. Л.,
психолог Детского
городского консультативно-
диагностического центра,
г. Иваново, Россия

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Психическое здоровье ребенка является не только важнейшей ценностью для человека, влияя на его физическое и социальное благополучие, но и определяет здоровье, интеллектуальный и социокультурный потенциал нации в будущем. Сложившаяся в последние годы в России социально-экономическая ситуация объективно привела к ухудшению психического здоровья не только взрослого, но и детского населения [3].

По данным НИИ психиатрии РФ, распространенность основных форм психических заболеваний в детском

и подростковом возрасте составляет 15–20%, увеличивается число детей, у которых под влиянием психогенных факторов возникают соматические заболевания. Специальная статистика последнего десятилетия отмечает значительный рост числа умственно отсталых детей в популяции. По данным официальной статистики Ивановской области, за последние 10 лет при уменьшении более чем на 15 тысяч человек числа учащихся общеобразовательных школ число школьников с умственной отсталостью удерживается на постоянном уровне (около

1800–1900 человек). Кроме того, на треть увеличилось число детей-инвалидов среди учащихся коррекционных школ, что свидетельствует об «утяжелении» их состояния здоровья, а также дефиците проводимых для них реабилитационных мероприятий.

Для разработки комплексных программ медико-социального сопровождения детей с интеллектуальными нарушениями было проведено комплексное клиническое обследование 142 детей 7–17 лет с интеллектуальной недостаточностью и 512 учеников средних общеобразовательных школ (СОШ).

Установлено, что среди неблагоприятных факторов перинатального периода у учащихся коррекционной школы достоверно чаще, чем у учащихся СОШ, встречались следующие факторы: анемия у матери во время беременности, угроза прерывания беременности, внутриутробные инфекции, недоношенность, масса при рождении менее 2000 г, фетоплацентарная недостаточность, длительный безводный период, церебральная ишемия II–III степени. Высокая частота выделенных неблагоприятных факторов перинатального периода у учащихся коррекционной школы свидетельствует о нарушении закладки и развития тканей, органов и систем и объясняет высокую частоту нарушений здоровья у этих детей.

Отклонения физического развития были выявлены у 62,7% детей, каждый четвертый ребенок имел избыток массы тела, 21,8% — дефицит массы тела, 16,2% — низкий рост, что превышало аналогичные отклонения физического развития в 1,7–2 раза, по сравнению с учащимися СОШ. Дети с интеллектуальной недостаточностью в 2 раза чаще имели признаки опережения полового развития. Известно, что значительную роль в генезе нарушений нормального роста и развития играет патология внутриутробного периода — эмбрио- и фетопатии, основным проявлением которых являются врожденные пороки и аномалии развития [2].

При анализе частоты аномалий развития у учащихся коррекционного учреждения установлено превышение этого показателя в 3,5–6 раз, по сравнению с учениками СОШ. Деформации костной системы и грыжи у них встречались в 10 раз чаще, чем у учеников СОШ, малые аномалии развития сердца и почек — в 4 раза, желчного пузыря — в 8 раз. Еще одна причина нарушений роста связана с патологией щитовидной железы, диагностированной у 22,54% учащихся школы для детей с умственной отсталостью. Низкий рост ребенка также мог быть связан с поздним вступлением в пубертат, что было установлено у каждого седьмого ученика с умственной отсталостью. Кроме того, на скорость роста может оказывать влияние и факт низкой массы тела при рождении. Установлено, что 40% маловесных (менее 2500 г) детей не включаются в процесс «канализования» роста и растут медленно [1].

По анамнестическим данным было установлено, что 21,2% детей с нарушением интеллекта имели внутриутробную гипотрофию, что также могло повлиять на отставание роста этих детей. Избыток массы тела может быть следствием как повышенного аппетита и переедания, сопровождающего многие расстройства психической сферы и умственную недостаточность, так и следствием патологии эндокринной системы. Сочетание нарушений

нейроэндокринной регуляции и ускоренное половое развитие выявлено у 13,8% учащихся коррекционной школы.

Патология опорно-двигательного аппарата (в виде нарушения осанки и сколиоза) диагностирована у 60,6% учащихся. У детей с интеллектуальной недостаточностью, по сравнению с детьми из СОШ, в 2–3 раза чаще выявлялись гипертрофия аденоидов и гипертрофия небных миндалин. Патология пищеварительной системы диагностирована у 41,6% детей контрольной группы, что в 3 раза чаще, чем в группе сравнения. Причем, у каждого пятого ребенка с умственным дефектом обнаружены гастриты и гастродуодениты, у трети — дисфункции билиарного тракта. Патология мочевыделительной системы выявлена у 30,6% детей с интеллектуальной недостаточностью, что в 2,5 раза чаще, чем в группе сравнения. Атопический дерматит у детей с интеллектуальной недостаточностью выявлялся в 3 раза чаще, чем у детей СОШ. Следует отметить, что на каждого ребенка в среднем приходилось по 5–6 диагнозов. Высокая частота соматической патологии у детей с низким уровнем интеллекта может быть связана с нарушением центральных и периферических механизмов регуляции вследствие перенесенной внутриутробной гипоксии. У большинства детей выявлены частые проявления вегетативной дисфункции в виде метеозависимости, избыточного потоотделения, нарушений сна, аппетита, ритма мочеиспускания, тошноты и вестибулопатий, что нередко служило поводом для обращения к педиатру или врачам узких специальностей. При обследовании детей методом вариабельности ритма сердца установлены нарушения вегетативной регуляции, отражающие ее перенапряжение и истощение, а также сниженные адаптационные резервы.

Все дети коррекционной школы являлись пациентами детского невролога и имели последствия перинатального поражения центральной нервной системы (ЦНС). Органическое поражение ЦНС выявлено у 18,3% детей с интеллектуальным дефицитом, эпилепсия — у 11%, энурез, тикоидные гиперкинезы — у 21%, логоневроз — у 18,3% (у детей СОШ эти заболевания диагностировались эпизодически). Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) установлен у 68,7% учеников коррекционной школы и у 10,9% — СОШ. Доброкачественная внутричерепная гипертензия и венозная дизгемия, подтвержденные данными ультразвукового исследования сосудов головного мозга, диагностированы у 40,5% учеников с интеллектуальным дефицитом и у 18,7% учащихся СОШ.

При сравнительном психологическом обследовании детей — с интеллектуальными нарушениями и без них — было установлено, что неблагоприятным социальным статусом обладал каждый четвертый воспитанник коррекционной школы, что в 3,5 раза чаще, чем у учащихся СОШ. Низкий уровень самостоятельности выявлен у 41,6% детей с интеллектуальными нарушениями и у 12,4% здоровых детей. Повышенный уровень школьной и межличностной тревожности в 2 раза чаще выявлялся у учащихся коррекционной школы — у каждого третьего ребенка. У половины детей с умственным дефицитом выявлена низкая самооценка, что в 5 раз превышало аналогичные показатели учащихся СОШ. В двух третьих семей воспитанников коррекционной школы выявлены нарушения семейного воспитания преимущественно по типу гипо-



или гиперпротекции, что было в 2,5 раза чаще, чем в семьях детей СОШ. Каждый четвертый ребенок с умственной отсталостью воспитывался в условиях гипопротекции (родителям «не до него»), когда дефицит общения определяет недостаточность общего развития. Более чем у половины детей выявлялась гиперпротекция (вариант «мама-наседка»), которая способствует развитию у ребенка таких качеств, как чувство эгоизма, неуверенности в себе, несамостоятельности, что и обуславливало неблагоприятный социальный статус детей.

При опросе подростков обеих групп было выявлено, что для учащихся 5–6 классов определяющим значением в трудовой деятельности можно считать стремление приносить пользу обществу, в 7–8 классах — возможность общения и получение зарплаты, в 9–11 классах — преимущественно материальное вознаграждение за труд.

При распределении детей с интеллектуальными нарушениями на типы темперамента оказалось, что две трети из них относились к эмоционально-нестабильным типам (45,8% — к типу «холерик» (экстравертированный) и 23,9% — к типу «меланхолик» (интровертированный)), умеренным уровнем нейротизма обладали лишь треть учащихся: 18,3% детей были отнесены к типу «сангвиник» (экстравертированный) и 12,0% — к типу «меланхолик» (интровертированный)). Среди учащихся СОШ типы темперамента были представлены примерно в равной степени.

Таким образом, сочетанность нарушений здоровья у детей с интеллектуальными нарушениями обуславливает необходимость создания для них комплексных реабилитационных программ, направленных на профилактику и коррекцию выявленных отклонений здоровья и психологического статуса. В сопровождении таких детей необходимо предусмотреть взаимодействие психиатра с педиатром, неврологом, врачами узких специальностей. Учитывая высокую частоту аномалий развития внутренних органов, необходим регулярный мониторинг их морфофункционального состояния. При коррекционных школах следует создавать «школы здоровья», где родителей и детей можно обучать мероприятиям по предупреждению функциональных нарушений и формирования хронической соматической, ортопедической и неврологической патологии (памятка 1). Высокая частота выявленных у детей с интеллектуальной недостаточностью отклонений эмоциональной и личностной сферы, нарушений социальной адаптации в семье и образовательном учреждении свидетельствует о необходимости оказания им непрерывной психологической помощи. Для индивидуализации психокоррекционной работы может быть использован подход, разделяющий детей на типы темперамента (памятка 2). Также необходимо расширять реабилитационные базы в коррекционных учреждениях, что крайне важно для предупреждения инвалидизации воспитанников, а также повышения качества их социальной адаптации.

Памятка 1

Общие оздоровительные рекомендации

1. Нормализация режима дня.

а) четкое соблюдение временных рамок режима дня (пробуждение, утренняя гимнастика, приемы пищи, прогулки, занятия, укладывание спать должны происходить в одно и то же время);

б) укладывание спать не позднее 21 ч 30 мин, организация дневного сна (сон должен быть не менее 8 часов в день), обязательно проветривание комнаты перед сном;

в) рациональное чередование занятий, отдыха, активных игр, сна;

г) максимальное пребывание на свежем воздухе (не менее 3 часов в день);

д) обеспечение высокого уровня двигательной активности, желательно на свежем воздухе;

е) «пробуждение» организма ребенка утром — обязательное выполнение утренней гигиенической гимнастики.

2. Профилактика переутомления.

а) избегать большого скопления людей, шумных мероприятий, посещения торговых центров;

б) избегать длительного просмотра телевизионных передач, использования компьютера, телефона, планшета (детям до 3 лет не разрешается пользоваться компьютером; 3–7 лет — не более 15 минут в день, не чаще 2 раз в неделю; 7–10 лет — 15 минут; 11–12 лет — 20 минут; 13–14 лет — 25 минут; 15–18 лет — всего 50 минут за два подхода, обязательно завершать гимнастикой для глаз);

в) прослушивание расслабляющей музыки, записей звуков природы, сказок;

г) распыление в комнате или принятие вечерней ванны с использованием аромасел лаванды, базилика, лавра благородного, бессмертника, сосны, мяты, розмарина, розы, благоприятно влияющих на эмоциональный тонус ребенка (учитывать аллергическую настроенность!);

д) предоставление ребенку возможности «выброса» лишней энергии (организация активного досуга; пешие прогулки перед сном; упражнения при нервном возбуждении).

3. Особенности питания. Рекомендации дифференцированы в зависимости от выявленной патологии (солевые диатезы, заболевания желудочно-кишечного тракта, артериальная гипертензия, ожирение и пр.). Например, для детей с неврологическими отклонениями общими рекомендациями по питанию являются:

а) обогащение рациона ребенка продуктами, богатыми витаминами группы В и магнием (необходим для работы нервных клеток): бурый рис, греча, геркулес, зеленостные растения (салат, петрушка, укроп, капуста), фрукты, орехи, рыба, птица, молоко, белок яиц;

б) продукты, содержащие витамины А, Е и С и обладающие антиоксидантным действием: отвар шиповника, рыба, растительные масла, миндаль, фундук, кешью, грецкие орехи, цитрусовые, капуста белокочанная;

в) продукты, содержащие большинство необходимых витаминов и минералов: свежие овощи, фрукты, соки, курага, орехи, чернослив;

г) исключение продуктов, выводящих магний из организма: все продукты и напитки с искусственными подсластителями (кока-кола, лимонад, чипсы, конфеты, бисквиты, торты), «острые» приправы, растворимый кофе.

4. Воспитание с акцентом на снятие эмоционального напряжения.

а) эмоционально-позитивный телесный контакт с ребенком;

б) паритетная модель отношений в семье: адекватное поведение взрослых в любых ситуациях, безусловное принятие ребенка; избегание слов «нет» и «нельзя»; по-

строение взаимоотношений с ребенком на доверии и взаимопонимании; проведение досуга всей семьей; недопустимость физического наказания; объяснение ребенку целесообразности родительских запретов;

в) проявление любви к ребенку безусловно, а не за его хорошие поступки;

г) стимулирующая система вознаграждения: похвала за малейшие достигнутые успехи (не менее 10 раз в день); использование дневника самоконтроля, в котором отмечать только успехи ребенка, обязательно поощрение ребенка;

д) предъявление требований к ребенку с учетом его возраста и возможностей (заключение совместного договора между ребенком и родителями);

е) единство требований к ребенку у всех членов семьи, участвующих в его воспитании;

ж) обсуждение с ребенком «острых» ситуаций, возникающих у него, с последующей возможной помощью ему;

з) создание условий в семье, гарантирующих ребенку стабильность, уверенность и благополучие.

5. Физическое воспитание.

а) проведение физкультминуток дома и в образовательных учреждениях для снятия статического напряжения мышц спины, улучшения мозгового кровообращения, профилактики нарушений зрения и осанки;

б) исключение «травматических» видов спорта, которые могут привести к повреждению головы, шеи, позвоночного столба: бокс, борьба, кувырки через голову; стойка на голове; поднятие штанги.

Памятка 2

Воспитание ребенка с учетом типа темперамента

Сангвиник. «Сильными» качествами личности, на которые стоит опираться при воспитании сангвиника, являются общительность, склонность к новизне, инициативность, активность и жизнерадостность. Несобранность, непостоянство и поверхностность можно считать его «слабыми» сторонами, которые необходимо корректировать. Эти дети неплохо переносят стресс, но чувствительны к избыточным физическим и психоэмоциональным нагрузкам, зачастую бывают раздражительными и капризными. Для сангвиников предпочтителен упорядоченный темп работы, командная деятельность, где он с удовольствием примет роль лидера. При воспитании такого ребенка следует тренировать упорство и настойчивость в достижении цели, самодисциплинированность. Сангвиник нуждается в помощи в постановке цели на каждом этапе деятельности.

Холерик. Активность, настойчивость, быстрота реакции и решительность являются «сильными» свойствами холерика, на которые следует опираться при его воспитании. Корректировать необходимо такие «слабые» качества, как демонстративность в поведении, вспыльчивость, нетерпеливость и эгоистичность. Быстро меняющийся темп деятельности максимально приятен холерику. Зато в стрессовых ситуациях он становится агрессивным, не способным контролировать свои негативные эмоциональные проявления. Ни при каких условиях его не стоит поддерживать в конфликтных ситуациях, напротив, важно обучить ребенка их всячески избегать. Его постоянно нужно удерживать в рамках дозволенного. Для выброса «лиш-

ней» агрессивности холерика следует привлекать к спортивным мероприятиям, оптимально с соревновательным компонентом. Под контролем сильного лидера такой ребенок может работать в команде. Для успешной социальной адаптации холерику необходимо развивать эмпатийные качества и доброжелательное отношение к людям.

Флегматик. «Сильными» качествами флегматика, на которые следует опираться при его воспитании, являются исполнительность, склонность к монотонной работе, доброжелательность, уравновешенность и терпеливость. В коррекции нуждаются его такие «слабые» качества, как медлительность, отсутствие гибкости, чрезмерная пассивность и инфантильность. Флегматик обладает относительно высокой стрессоустойчивостью, но часто проявляет упрямство. Для него подходит медленный темп работы, индивидуальный режим деятельности и минимальное количество участников «рабочей группы». В воспитании флегматика следует использовать приемы тренировки самостоятельности, личной ответственности и инициативности. Для него не приемлем жесткий регламент в деятельности, элементы соревновательности с кем-либо. Он нуждается в постоянстве обстановки, исключении раздражающих факторов (избыточного шума, помех и др.), постоянном поощрении, дружеских советах и оберегающем внимании.

Меланхолик. «Сильными» сторонами меланхолика, которые могут стать основой воспитательных мероприятий, являются чуткость, умение сопереживать и рассудительность. «Негативными» чертами личности, которые нужно нивелировать, можно считать склонность к пессимизму, избыточную необоснованную тревожность, низкую самооценку и беспричинную обидчивость. Меланхолик обладает самой низкой стрессоустойчивостью, у него часто наблюдаются эмоциональные проявления уныния, печали и грусти. Эти дети крайне плаксивы и чувствительны к порицанию. Им необходим размеренный, неменяющийся темп работы. Желательны индивидуальные задания и работа «не на виду». В воспитании им следует тренировать уверенность в себе, постепенно вводить в групповые игры, поощрять участие в общественных мероприятиях. Эти дети больше других нуждаются в повышении самооценки, им необходима честная похвала и поддержка, в трудных ситуациях, как правило, связанных с недостаточностью самоорганизации — важна помощь наставника. ☺

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Кучма В. Р., Скоблина Н. А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий. — М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2008. — 216 с.
2. Вельтищев Ю. Е. Рост ребенка: закономерности, отклонения, патология и превентивная терапия // приложение к журналу «Российский вестник перинатологии и педиатрии». — Лекция № 12. — Москва, 1994. — 80 с.
3. Распространенность психических расстройств в населении Российской Федерации в 2011 году: Аналитический обзор. — М.: ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, 2014. — 43 с.



Кившик М. Ю.,
врач-сурдолог, ведущий специалист Центра слуха «Ю-МЕД»,
Санкт-Петербург, Россия

ГИМНАСТИКА ДЛЯ МОЗГА ИЛИ «НА СЛУХОВОЙ АППАРАТ НАДЕЙСЯ, НО И САМ НЕ ПЛОШАЙ»

СЛЫШАТ НЕ УШИ, А МОЗГ

Слуховые аппараты могут помочь человеку в более эффективном распознавании звуков, но они отнюдь не гарантируют улучшения его слуховых навыков. Не стоит ждать, что слуховой аппарат сделает за человека всю работу: ведь для корректного слуха важна не только громкость звука, но и способность правильно его воспринять, вычленив из бурного аудиопотока те звуковые «жемчужины», которые помогут человеку в полном смысле слова услышать своего собеседника. Хороший слух — это не более чем физическая функция, для реализации которой достаточно иметь нормальную слуховую систему, в то время как понимание речи — это сложный процесс, который в значительной степени зависит от «включения» в работу головного мозга. Именно от последнего зависит правильность восприятия поступающей извне информации. Мы слышим не ушами, а соответствующими отделами коры головного мозга.

СПОСОБНОСТЬ КОРРЕКТНО ВОСПРИНИМАТЬ РЕЧЬ — ЗАЛОГ ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ

Как бы совершенны в техническом плане не были современные слуховые аппараты, самого факта их ношения явно недостаточно, чтобы выработать у пользователя должные слуховые навыки для полноценного общения с окружающим миром. И этому есть свое аргументированное объяснение. Так, чтобы быть хорошим слушателем (как Большой Ух из известного мультфильма), необходимо обладать целым рядом навыков и умений, объединяющих внимательность, способность ясно мыслить и запоминать. К сожалению, по мере биологического старения организма многие когнитивные функции притупляются. Это может проявиться, например, в ухудшении оперативной (кратковременной) памяти или в появившихся трудностях восприятия беглой речи. Однако есть

и хорошие новости: современные технологии в области слухопротезирования на сегодняшний день способны обеспечить режим максимального комфорта лицам с сенсоневральной тугоухостью даже в самых сложных слуховых ситуациях.

ДОКАЗАНО: ПОТЕРЯ СЛУХА ВЛЕЧЕТ ЗА СОБОЙ СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СЛУХОВЫХ ПУТЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Как свидетельствуют результаты исследований, если проводящие пути и слуховые центры головного мозга на протяжении длительного времени не получают должной стимуляции, они начинают претерпевать определенные морфологические трансформации, причем отнюдь не в лучшую сторону. Замечательная английская поговорка «используй, или потеряешь» подходит в данном случае как нельзя кстати, поскольку в отсутствии соответствующей стимуляции мозг слабослышащего человека начинает постепенно утрачивать способность обрабатывать поступающие звуковые сигналы. И чем раньше придет помощь в виде слухового аппарата и исчерпывающей программы сурдореабилитационных мероприятий, тем легче ему будет восстановить свои былые способности.

НЕУВЕРЕННОСТЬ РАЗРУШАЕТ СЛУХ

Зачастую, когда слабослышащие люди начинают терять уверенность в своих способностях общаться в шумном звуковом окружении, они полностью отдаются во власть своих тревог и начинают избегать какого-либо общения. Возможно, на первых порах это и позволит избежать психологического напряжения и негативных эмоций, но впоследствии подобное замыкание в коконе саморефлексии и бегство от окружающей действительности будет стоить пациенту полной социальной изоляции и обрыва всех коммуникативных контактов, что может быть чревато развитием деменции и болез-

ни Альцгеймера. Современные слуховые аппараты в сочетании с продуманной стратегией сурдореабилитации способны не только улучшать слуховые способности, но и препятствовать связанным со старением ухудшением его когнитивных навыков.

Как использовать слуховой аппарат с максимальной эффективностью: приемы, методы, стратегии

1. Формирование реалистичных ожиданий от использования слухового аппарата.
2. Реализация эффективных коммуникативных стратегий в пределах своего круга общения.
3. Использование современных технологий в области слухопротезирования для обеспечения комфортной слышимости в шумной обстановке.
4. Просмотр телевизионных программ и фильмов с субтитрами.
5. Самостоятельная тренировка слухового анализатора для «включения» его центральных отделов в коре головного мозга.

Примеры упражнений для тренировки слуха, которые можно использовать уже сейчас (советы пациентам)

1. Запишите какую-нибудь телевизионную программу или приобретите DVD с интересным фильмом. Устройте просмотр: сначала без субтитров, а затем, подключив функцию субтитров или делая паузу и проигрывая по нескольку раз самые сложные места.
2. Слушайте аудиокнигу, читая одновременно эту же самую книгу в бумажном варианте.

3. Купите две одинаковые газеты. Пусть сначала ваш друг громко и выразительно прочитает вам несколько заметок, затем попробуйте сделать это самостоятельно, проверив тем самым правильность услышанного вами. Устраивайте такие совместные чтения в тихой спокойной обстановке, затем переместитесь в более шумное место.

ПОЛНОЦЕННАЯ СЛУХОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ВСЕСТОРОННЕЙ

Ничуть не преуменьшая роль слухового аппарата в процессе сурдореабилитации, следует предостеречь его потенциального пользователя от пассивности и самоуспокоенности: путь к нормальному слуху будет долгим и тернистым и потребует недюжинных усилий в достижении конечной цели. Сурдолог ответит на любой вопрос пациента, но и сам пациент должен также проявлять инициативу, занимаясь самообразованием. Пользователю слухового аппарата важно самому разбираться во взаимосвязи когнитивных и слуховых функций, встроить в свой жизненный график предложенные сурдологом коммуникативные стратегии, быть инициативным и позитивно настроенным. Современные технологии в области слухопротезирования позволяют на сегодняшний день помочь подавляющему большинству лиц с нарушениями слуха и разработать индивидуальную программу реабилитации, отвечающую потребностям каждого конкретного пациента. Главное — захотеть сделать первый шаг.

СЛУХОВЫЕ АППАРАТЫ



SIEMENS

СКИДКА -20% НА ВСЕ МОДЕЛИ

Новые слуховые аппараты на платформе Binaх и Micon. Акция до 31.07.2017.



Ю-МЕД
ЦЕНТР СЛУХА

ЗАПИШИТЕСЬ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ
И БЕСПЛАТНОЕ ПРОБНОЕ НОШЕНИЕ
(812) 648-28-11

ПОДРОБНОСТИ НА YOU-MED.RU



«Технологический ин-т»
ул. Бронницкая, 5
Мед. лицензия №78-01-007753



«Владимирская»
ул. Большая Московская, 16
Мед. лицензия №78-01-004465

О ВОЗМОЖНЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



Шураева Е.В.,
генеральный директор
ООО «Альсария»,
врач-терапевт,
г. Орел, Россия

Богданов М.Е.,
к.м.н., врач иммунолог,
медицинский центр
«ТАВЛАДА»,
г. Москва, Россия

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МАТРАСОВ «АЛЬСАРИЯ-БЭЙБИ» В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Качественная медицинская реабилитация детей и подростков остается пока актуальной проблемой. Из года в год растет детская и подростковая заболеваемость. Но более всего настораживает рост хронических и рецидивирующих заболеваний в детской популяции. Это свидетельствует о недостаточности мер по профилактике, прежде всего, острой инфекционной патологии, частой простудной заболеваемости детей и тех состояний, которые поддерживают иммунный дисбаланс в организме ребенка. Мало возможностей для реабилитации детей и подростков во многих детских поликлиниках. Часто реабилитационное отделение функционирует лишь в 1–2 поликлиниках района, что не позволяет охватить восстановительными и профилактическими мероприятиями всех нуждающихся в этом виде медицинской помощи детей.

В этой ситуации выходом для многих детей и подростков могут быть средства и методы реабилитации, успешно применяемые в домашних условиях.

Несколько лет назад на российском рынке появились запатентованные и одобренные Рос-сийским Минздравом матрасы с наполнителем из микросфер «Альсария-бэйби». Основная концепция реабилитации в этих матрасах сохране-

на благодаря запатентованному составу из смеси микросфер, создающих свойство «псевдоневесомости», моделирующих состояние псевдоневесомости. Уникальность матрасов связана с наполнителем, который является запатентованной смесью из 3-х видов микросфер. Микросферы — это мельчайшие шарики, размерами от 15 до 200 мкм, полые внутри, производимые из природных минералов — полевого шпата и кварца. В изделиях «Альсария» используются 3 вида микросфер, в том числе кальцийнатриевые микросферы с кремнийорганическим покрытием — те самые медицинские микросферы, которые с 70-х годов используются в противопролежневых кроватях и кроватях для реабилитации новорожденных детей «Сатурн-90».

В создающихся условиях псевдоневесомости ребенок принимает свободную раскованную позу, частично имитирующую позу в утробе матери. Во время сеанса происходит комплексное воздействие, основными эффектами которого являются релаксация и мягкое тонизирующее воздействие на периферические нервные окончания кожи и мышц, улучшение микроциркуляции.

Кроме того, в матрасах «Альсария-бэйби» использованы отражающие свойства микросфер, заключающиеся в том, что происходит отражение инфракрасного излучения лежащего на та-

ком матрасе ребёнка. Это единственное тепло, единственное излучение, не имеющее противопоказаний.

Основное преимущество инфракрасного излучения перед другими тепловыми методами лечения заключается в более глубоком прогревании. Эти лучи могут проникать в ткани на глубину 3–7 см. Но конечный терапевтический эффект от процедур формируют не сами инфракрасные лучи, а те физико-химические и биологические реакции в организме, которые активизируются в результате их воздействия. Такое тепловое действие улучшает периферическое кровообращение и метаболические процессы, активизирует деление и созревание фибробластов, а также эффективно снимает отечность, особенно при воспалительных процессах. А усиленное потоотделение, возникающее в ответ на воздействие инфракрасных лучей, выводит из организма избыток жидкости, тем самым уменьшая сдавление нервов и, соответственно, купируя боль. Поэтому показаниями к назначению инфракрасной терапии являются, прежде всего, подострые и хронические негнойные воспалительные заболевания кожи, ожоги и отморожения, плохо заживающие раны, миозиты и невралгии.

После клинического использования медицинских изделий «Альсария» (МИА) в Ме-

дицинском центре «ТАВЛАДА» в течение 2,5 месяцев Богданов М.Е., описывая механизмы биологического действия этих изделий, призывает, прежде всего, обратить внимание на кожу как орган иммунной системы (ИС). «В рыхлой соединительной ткани дермы накапливаются дифференцированные, но еще не сенсibilизированные лимфоциты, формируя своеобразный оперативный резерв ИС. Здесь лимфоциты проходят этап окончательной «доводки» перед началом функциональной активности. Локализация лимфоцитарного резерва в коже и других барьерных органах связан с возможностью его быстрой мобилизации в случае травмирования эпителия и попадания в организм патогенных факторов. Физиологические реакции, сопутствующие стрессу, как то: резкое изменение тонуса сосудов, сокращение скелетных мышц, пилоэрекция — «гусиная кожа», способствуют выходу депонированных лимфоцитов в кровоток и приведению ИС в «боевую готовность» (1). Автор обращает внимание на тот факт, что «наиболее правдоподобным объяснением механизма биологического действия МИА является отражение (переизлучение, рассеивание) инфракрасного излучения клеток и тканей организма. При этом возможны следующие эффекты:

- Избирательное рассеивание / отражение инфракрасного излучения тканей. В результате

8-800-333-61-64

(по России звонок бесплатный)

Наш сайт: www.alsariya-baby.ru



Медицинское регистрационное удостоверение
№ ФСР 2011/12316 от 24.05.2016 г.



Имеются противопоказания. Проконсультируйтесь со специалистом

ДЕТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ МАТРАС
«АЛЬСАРИЯ-БЭЙБИ» это:

- ✓ Правильное формирование позвоночника
- ✓ Комплексная реабилитация при нарушениях ЦНС
- ✓ Защита от пылевых клещей и бактерий
- ✓ Профилактика аллергических заболеваний
- ✓ Создание комфортного микроклимата в кровати
- ✓ Эффект сухой иммерсии (моделирует состояние невесомости)



РЕКЛАМА



спектр «возвращенного» тканям теплового излучения отличается от исходного, испускаемого ими.

- Наложение прямых и отраженных волн, приводящее или к увеличению их амплитуды (резонанс), или к ее снижению (при наложении волн с противоположной фазой) (1).

Автор предполагает, что «подобная тонкая «модификация» инфракрасного излучения тканей может выполнять функцию естественного регуляторного механизма. Избирательно стимулируя те или иные биохимические процессы, определенные частоты ИКИ повышают функциональную активность тех клеток, в которых протекают эти биохимические реакции» (1). При этом автор замечает, что «клетки ИС, присутствующие в интенсивно функционирующих и поврежденных тканях, отличаются высокой метаболической активностью. Это делает их чувствительными к регуляторному влиянию модифицированного тканевого инфракрасного излучения» (1).

Описанные эффекты позволяют утверждать, что МИА вполне успешно можно использовать для профилактики простудных заболеваний у детей и подростков, а также в комплексной реабилитации часто болеющих детей (ЧБД).

Известно, что организм новорожденного ребёнка обладает несовершенными механизмами терморегуляции. Использование матрасов «Альсария-бэйби» позволяет поместить ребёнка в условия, близкие к нахождению в утробе матери или в кювезе. Большую роль в создании благоприятных условий играет инфракрасное излучение. Эффективность матрасов «Альсария-бэйби» в реабилитации новорожденных подтверждена результатами клинической апробации в ОРИТН БУРК «Перинатальный центр им О.А. Шунгаевой» (2), в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей ОБУЗ ОПЦ г. Курска (3). При этом отмечены следующие позитивные моменты:

- Анатомическая фиксация формы тела новорожденного при достаточной мягкости изделия;
- Для использования в стационаре очень важную роль играет бактерицидный эффект изделия и доступность к обработке;
- При использовании для новорожденных значимую роль имеет антиаллергенный эффект;
- При использовании изделий отмечено улучшение психоэмоционального состояния новорожденного — дети становились спокойнее (3).

Антисептический эффект обуславливается за счёт нанесения на поверхность микрошариков кремнийорганического покрытия, создающего щелочную среду, которая является губительной для патогенных микроорганизмов. В изделиях используются также антибактериальные ткани, которые позволяют бороться



с проблемой распространения инфекций, особенно у детей с ослабленным иммунитетом.

Антиаллергический эффект матрасов «Альсария-бэйби» связан с качеством наполнителя. Наполнитель изделий является неорганическим веществом и исключает размножение пылевых клещей и других паразитов, являющихся источниками аллергенов, что делает их незаменимыми для детей с кожными и аллергическими заболеваниями.

Кроме описанных выше эффектов, надо отметить, что матрасы «Альсария-бэйби» создают уникальный ортопедический эффект. Применение их на регулярной основе способствует правильному формированию позвоночника ребёнка и предупреждает искривление костей черепа.

Подводя итоги, можно сделать следующие выводы:

- матрасы медицинского назначения «Альсария-бэйби» способствуют улучшению микроциркуляции, уменьшению воспалительных реакций и нормализации функционального состояния центральной нервной системы;
- изделия эффективны у детей и подростков для правильного формирования позвоночника и костно-мышечной системы в целом, для профилактики сколиоза, остеохондроза; при синдроме гипервозбудимости и других функциональных и органических нарушениях центральной нервной системы (в комплексе с другими лечебными мероприятиями); для профилактики и комплексного лечения простудных и других воспалительных заболеваний бронхолегочной системы, а также мочеполовой системы и желудочно-кишечного тракта; в комплексном лечении и реабилитации после травм и операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://alsariya.com/klinicheskij-otzy-v-meditsinskij-tsentr-tavlada/>
2. http://alsariya.com/elista_pc/
3. <http://alsariya.com/klinicheskij-otzy-v/>



НА ПУТИ К ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ...

29 марта 2017 года в школе-интернате № 49 Петродворцового района Санкт-Петербурга «Школа здоровья» (директор Поленина Т.М.) прошла одна из секций VI межрегиональной

Открыла конференцию Л.В.Локтионова, заслуженный учитель РФ, начальник отдела образования Администрации Петродворцового района Санкт-Петербурга. В работе мероприятия приняло участие 156 участников

сти, 2 детских сада. Были представители учреждений системы образования из 11 районов Санкт-Петербурга, гости из Кыргызской республики (г. Бишкек), из Ростова-на Дону.

Состав участников был разнообразным: представители из администрации образовательных учреждений, учителя начальных классов, учителя-предметники, педагоги-психологи, учителя-логопеды, учителя физкультуры, инструкторы (ФК, АФК и ЛФК), педагоги дополнительного образования, воспитатели. В конференции приняли участие представители из смежных отраслей науки, культуры, медицины, коммерческие организации: Университет ИТМО, Ленинградский государственный университет имени А.С.Пушкина, ФГКВОУ ВО «Военный институт физической культуры», ФГБУ «НИДОИ им. Г.И.Турнера» Минздрава России, Государственный музей-заповедник «Петергоф», Издательский дом СТЕЛЛА.

Примечательно, что такие мероприятия, объединяющие две важные сферы — медицину и образование — стали проходить все чаще. Необходимость такого объединения диктуют современные условия развития общества.



(с международным участием) научно-практической конференции «На пути к школе здоровья: формирование экологической культуры, культуры здорового и безопасного образа жизни».

Конференция проходила в рамках программы мероприятий Петербургского международного образовательного форума.

В школе-интернате состоялась секция по теме «Организация экологического и здоровьесозидающего образования обучающихся: международное, межрегиональное сотрудничество и социальное партнерство в области экологического и здоровьесозидающего образования». На секции рассматривались вопросы сетевого и межсекторального взаимодействия образовательных организаций в области здоровья и здорового образа жизни, предьявлялся региональный и международный опыт сохранения и укрепления здоровья школьников.

из 47 образовательных учреждений: 31 школа, 6 учреждений повышенного уровня (гимназии, лицеи), 5 учреждений коррекционной направленности,





От редакции. Начало этой статьи читайте в журнале «Пятиминутка» № 1–2017 г.



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

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕКСУАЛЬНОСТИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Есть мнение, что любовь строится на разнице в геномах. Ученые из университета Параны (University of Parana) в Бразилии выяснили, что люди выбирают себе в партнеры тех, чья организация генома отличается от их собственной. Исследование показало, что супруги чаще, чем случайно выбранные пары, имеют генетические различия в части ДНК, которая контролирует иммунную систему, сообщает агентство Reuters.

Специалисты сравнили генетические данные 90 супружеских пар и контрольной группы из 152 пар, выбранных случайно. Обнаружилось, что женатые в реальности люди имеют больше различий в главном комплексе гистосовместимости (ГКГС) — факторе иммунной системы, влияющем на здоровье потомства.

Вероятнее всего, как полагают ученые, таким образом проявляет себя особая эволюционная стратегия, которая гарантирует появления здорового потомства. Однако они не могут объяснить, какие сигналы привлекают генетически непохожих людей друг к другу. Возможно, значимую роль тут могут играть запах тела и симметрия лица (см. предыдущую статью в журнале «Пятиминутка» № 1–2017 г.).

Ранее журнал «Вокруг Света» рассказывал, что мужчины чаще выбирают женщин, наиболее привлекательных внешне, а женщины предпочитают тех мужчин, кто может обеспечить им финансовую защиту.

Было также установлено, что у женщин из развитых стран (в частности, у британских леди) больше не пользуются популярностью мужчины типа «мачо» — с накачанными торсами, квадратной челюстью и авторитарными повадками. Англичанки считают более привлекательными тех мужчин, кто имеет полные губы и достаточно женственные черты лица. Это подтверждает данные предыдущих исследований, согласно которым люди, подыскивая себе потенциальных партнеров, обращают внимание на тех, кто имеет схожие внешние черты.

БЛАГОНАДЕЖНОСТЬ БУДУЩЕГО СУПРУГА МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ ЗА НЕСКОЛЬКО СЕКУНД

С эволюционной точки зрения наиболее важными являются его здоровье, которое определяется качеством

его генов, и его готовность к заботе о потомстве. Недавние работы убедительно показывают, что девушки способны рассчитать эти признаки, глядя всего несколько секунд на фотографию лица мужчины.

Самки, выбирая себе партнера, должны ориентироваться на качество его генов. Согласно теории гандикапа, информативной мерой качества генома может быть только тот признак, который вреден для выживаемости. Чем сильнее выражен такой вредный с эволюционной точки зрения признак, тем качественнее гены носителя данного признака. Например, среди павлинов только самец с качественными генами сможет дожить до половозрелости с длинным хвостом, который мешает ему улетать от хищников. Таким образом, выбор длиннохвостого самца будет гарантировать высокий уровень качества генов. Само по себе слово «гандикап» означает физический или умственный недостаток, мешающий жизни. Какой же гандикап у самцов Homo sapiens? Чтобы ответить на этот вопрос, британские ученые показывали девушкам фотографии молодых людей, среди которых девушки должны были выбрать наиболее понравившихся им (Рис. 1).

У молодых людей из нижнего ряда должно быть меньше вредных мутаций, и большинству девушек именно они показались привлекательнее. Они выглядят более мужественно, у них более широкие скулы, то есть они более маскулинные.

Все 6 представленных фотографий получены в результате компьютерной обработки одной настоящей фотографии. На нижнем ряду тремя разными способами увеличена маскулинность (мужеподобие), а на верхнем — феминность (женоподобие, от лат. femina — «женщина»).

Итак, эксперимент говорит, что мужеподобные мужчины имеют более качественные гены. За развитие вторичных половых признаков, равно как и за степень маскулинности у мужчин, отвечает гормон тестостерон. Если повышенная концентрация этого гормона увеличивает привлекательность для противоположного пола, то, согласно концепции гандикапа, высокий уровень тестостерона должен быть вредным для мужчин. Действительно, повышенный уровень тестостерона оказывает иммуноподавляющий эффект, делая мужчину более уязвимым



Рис. 1

ко многим инфекциям. Однако, несмотря на этот эффект, мужчины с высоким уровнем тестостерона более здоровы. Ситуация кажется парадоксальной, но на самом деле полностью соответствует концепции гандикапа — как и в случае с хвостом павлина, понижение уровня своей иммунной защиты могут позволить себе лишь те мужчины, у которых иммунная защита очень высокая в силу качественных генов. Мужчины с некачественными генами не смогут вынести негативный эффект высокого уровня тестостерона и будут элиминироваться в процессе эволюции, что приведет к тому, что некачественные гены будут сопряжены только с низким уровнем тестостерона.

Обладает ли у женщин род способностью оценивать потенциальные родительские качества мужчины? Чтобы ответить на этот вопрос ученые из калифорнийского университета сфотографировали несколько мужчин и провели с ними психологический тест, целью которого было выявить, насколько сильно они хотят иметь детей. Предполагалось, что если мужчина хочет завести ребенка, то и заботиться о нем он будет хорошо. Также у этих мужчин был взят анализ на уровень тестостерона. Затем их фотографии показали девушкам, которые оценивали каждое фото по двум параметрам: хочет ли этот мужчина иметь детей, и насколько он привлекателен. Парадоксально, но факт: девушки, очень хорошо угадывали желание мужчины завести ребенка! А привлекательность мужчин хорошо коррелировала с уровнем тестостерона. Вот только между собой эти два признака, к сожалению, связаны обратной зависимостью: чем лучше гены (выше уровень тестостерона), тем хуже забота о потомстве, и наоборот. Другими словами, завести детей часто хотят более женоподобные мужчины, а вот гены качественнее у мужеподобных. Что же делать? Обратимся снова за помощью к эволюции.

В следующем эксперименте ученых из калифорнийского университета попросили девушек охарактеризовать каждое фото еще по двум параметрам: привлекательность с точки зрения краткосрочного романтического партнера и привлекательность с точки зрения долгосрочного романтического партнера. Наверное, вы уже догада-

лись, что на роль краткосрочных партнеров выбирались более маскулинные мужчины (то есть с более качественными генами), а вот на роль хороших долгосрочных партнеров чаще выбирались мужчины, желающие завести ребенка (напомню, что никакие желания мужчин девушки не знали — они смотрели только на их лица на фотографии). Женские предпочтения кардинальным образом меняются в течение менструального цикла — маскулинные мужчины кажутся более привлекательными в стадии овуляции, когда есть вероятность оплодотворения яйцеклетки, а в оставшуюся часть цикла привлекательными кажутся фемининные мужчины, более подходящие для воспитания детей.

Итак, глядя на фотографию лица мужчины всего несколько секунд, девушки способны оценить его ключевые характеристики. А что если они еще встретятся и побеседуют пару минут? Наверное, после этого для слабого пола никаких нерешенных вопросов не останется. (<http://inauka.ru/curioz/article69097?subhtml>)

ФАКТОР РОСТА НЕРВОВ

Общепринятые атрибуты пылкой страсти, такие как учащенное сердцебиение, эйфория и повышенная стеснительность в присутствии объекта, могут быть объяснены повышением концентрации фактора роста нервов в крови влюбленных. Эти данные, опубликованные в журнале «Psychoneuroendocrinology», были получены итальянскими учеными после проведения целого ряда лабораторных тестов у 58 страстно влюбленных субъектов. Для сравнения, те же тесты проводили у людей, чье сердце свободно, а также у длительно состоящих в браке.

В отличие от контрольных групп, в крови пылко влюбленных определялся повышенный уровень белка, называемого фактором роста нервов (ФРН). Концентрация ФРН у влюбленных оказалась в 1,5 раза выше, чем у состоящих в многолетнем браке, и в 1,8 раз выше, чем у одиноких. Более того, уровень ФРН оказался напрямую связан с силой романтического чувства, которое участники исследования оценивали по предложенной им шкале страсти.

Спустя 12–24 месяца после первичного исследования, у участников, которые сохранили прежние взаимоотношения с партнером, однако утратили свежесть чувств, был вновь проведен анализ крови на ФРН. Уровень белка оказался у них существенно ниже и вплотную приблизился к показателям контрольных групп.

Фактор роста нервов (ФРН) — это белок, регулирующий развитие и необходимый для жизнедеятельности симпатических нервных клеток и некоторых структур центральной нервной системы, в частности, гипофиза. Источником этого фактора являются слюнные железы, а также клетки центральной нервной системы (ЦНС). В 1986 году американке Рите Леви-Монтальчини (Levi-Montalcini) была присвоена нобелевская премия за открытие ФРН. Благодаря открытию, совершенному итальянскими учеными, не только выяснились причины влюбленности, но также становится понятно, почему любовь не может быть вечной.

(Mednovosti.ru)



СОВРЕМЕННЫЕ БИОПОЛИМЕРЫ В АДРЕСНОЙ ДОСТАВКЕ ЛЕКАРСТВ И В РЕГЕНЕРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Синтетические полимеры и материалы на их основе сыграли в последние 50 лет революционную роль в различных областях, в том числе в медицине (имплантаты, искусственные суставы, и т.д.). Особенно велико значение синтетических полимеров последнего поколения, обладающих высокими показателями устойчивости к термическим, химическим, биологическим и другим воздействиям. В последние 10 лет особое внимание уделяется биополимерам в связи с такими их уникальными свойствами, как дружелюбность по отношению к человеку (и всему живому), биоразлагаемость и комплекс защитных свойств (антимикробные, биоцидные, антиаллергенные, защита от различных видов радиации, гемостатические, противоопухолевые и др.).

Особый интерес представляют биополимеры в очень актуальных, динамично развивающихся направлениях медицины — адресная (направленная) доставка лекарств и восстановительная (регенеративная) медицина, в том числе с использованием стволовых клеток в полимерных матрицах. В обоих случаях полимерный носитель или матрикс должны быть удалены после того, как они выполнили свое предназначение (доставка лекарства к поврежденному органу или выращивание новой ткани или органа). Для этой цели биополимеры с их вышеупомянутыми свойствами незаменимы и имеют безусловное преимущество перед синтетическими.

Наиболее развиваемое в последнее время направление — использование биополимеров в форме гидрогелей. Композиции на их основе технологичны в производстве и удобны в применении.

Следует отметить, что вопросы доставки лекарств занимают сегодня исследователей не меньше, а в ряде случаев больше, чем вопросы синтеза новых препаратов. Системы направленной (адресной) доставки одновременно должны служить как депо лекарств в организме и как средство обеспечения их контролируемого (продолжительного и дозированного) поступления в очаг поражения. Создание такого депо может осуществляться с помощью различных средств доставки: циклодекстринов — циклических олигосахаридов; липосом; дендримеров — сильно разветвленных полимеров; специальных, имеющих сходство к раковым клеткам белковых молекул, к которым лекарства прикреплены химической связью, и др.

Примеры использования полимеров для доставки лекарственных препаратов (ЛП) (иммобилизация ЛП цисплатина на монокарбоксилцеллюлозе, 5-фторурацила в геле полиэтиленгликоля, диетической пищевой добавки

сивидал на полисахаридах ламинарии и др.) сегодня хорошо известны. Наибольший интерес, по нашему мнению, представляет использование для этой цели гидрогелей на основе природных полисахаридов, характеризующихся нетоксичностью, биосовместимостью, хорошими гелеобразующими свойствами, что обеспечивает сравнительную простоту их переработки и широкое использование в медицине. Кроме того, получение гидрогелевых депо-материалов на основе полисахаридов экономично, а источником их служат восполняемые природные ресурсы. Биополимеры композиции (в случае доказанного предварительно отсутствия взаимодействия полимер—лекарство, влияющего на подлинность препарата) являются защитным коллоидом по отношению к лекарствам и позволяют вводить их в гидрогель в высокой концентрации даже при низкой растворимости ЛП.

Разработка лечебных гидрогелевых депо-материалов для каждой из областей медицины (хирургии, онкологии, урологии или ревматологии) требует своей специфики, однако для всех областей применения важны вязкостные характеристики гидрогелей, скорость и полнота высвобождения введенных в них лекарств во внешнюю среду, а также способность удерживаться на поверхности биологических тканей (например, слизистой мочевого пузыря и других полых органов).

Цель настоящего исследования состояла в изучении свойств ЛП на основе гидрогелевых полисахаридов — солей альгиновой кислоты, хитозана, гиалуроновой кислоты и пектинов различной степени метоксилирования. Исследовали такие важные свойства ЛП на основе этих полимеров, как вязкость, динамика высвобождения ЛП из комплексов с этими полимерами, а также влияние состава полимерной композиции на указанные свойства ЛП и ее адгезию к слизистой органа крысы *in vitro*.

Из изучаемых гидрогелей наибольшее внимание уделялось альгинату натрия — полисахариду анионного типа, продукту переработки бурых морских водорослей, обладающему гемостатическими, репаративными (в том числе за счет большого содержания микроэлементов), радиопротекторными и влагоудерживающими свойствами. Исследовали также другие биологически активные полисахариды, такие как гиалуронат натрия и хитозан. Гиалуронат натрия — мукополисахарид, содержащийся в соединительных тканях и синовиальной жидкости человека и способствующий регуляции клеточной активности. Хитозан — природный полиаминосахарид, который наряду с антимикробной и ранозаживляющей



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 «КОЛТЕКС» 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



способностью, обладает радиопротекторной и цитостатической активностью.

Получение гидрогелей на основе полисахаридов не представляет больших сложностей, однако требует учитывать специфику введения каждого из компонентов и влияние обязательной конечной операции — гамма-стерилизации на параметры получаемого лечебного материала и, в частности, на изменение молекулярной массы полимеров и вязкостные параметры композиции.

Используемые в наших исследованиях биополимеры имеют линейную структуру, что обуславливает их способность в умеренных концентрациях образовывать гомогенные водные растворы. По характеру течения эти растворы, как и их смеси, относятся к аномально вязким жидкостям. Вопрос выбора концентрации полимеров в депо-композиции связан как с вязкостными свойствами смесей биополимеров, их совместимостью при различных концентрациях, так и с предполагаемой областью медицинского использования. Например, для введения через катетер урологическим больным композиция должна быть менее вязкая, чем при введении ректально.

Использование гидрогелей как депо-системы способно обеспечить контролируемое высвобождение ЛП за счет изменения состава и соотношения полимеров в композиции.

На основании имеющихся и полученных результатов можно выработать следующие рекомендации по практическому применению биополимеров. Если важна регенерация тканей и гемостатические свойства (например, в хирургии), преимущество имеет депо-композиция на основе альгината натрия (АН), обладающего гемостатическими и репаративными свойствами. Для артрологии целесообразно использовать гиалуронат натрия (ГН) в комбинации с альгинатом, что поможет лучше удерживать ГН на поверхности тканей. Для лечения и предотвращения лучевых реакций в онкологии наряду с альгинатом целесообразно применение растворимых солей хитозана; в этом случае проявляются радиопротекторные и регенерирующие свойства АН, защищающего здоровые ткани от повреждений, и цитотоксические и репаративные свойства хитозана. Для применения в косметологии целесообразно использовать гидрогелевые композиции на основе АН и пектина, а также АН и ГН, обуславливающие влагоудерживающее действие; для урологии — композицию на основе АН и ГН.

Важным свойством гидрогелевых депо-композиций на основе полисахаридов является их способность образовывать полимерную пленку, обладающую высокой адгезией к биологическим тканям, которая определяется полимерным составом композиции. В качестве примера можно привести использование альгинат-гиалуронатной композиции для проведения инстилляций при лечении урологических больных.

Ряд патологических процессов затрагивает гликозаминогликановый слой, содержащий ГН и располагающийся в защитном субэпителиальном слое мочевого пузыря. Снижение концентрации ГН при патологических процессах приводит к повреждению этого слоя и снижению регенерации эпителия. В этом случае депо-композиция с пониженной вязкостью, распределяясь по внутренним стенкам мочевого пузыря, выполняет лечебную

функцию, пролонгированно высвобождая введенный ЛП и одновременно защищая поврежденные ткани. Однако введение ЛП на основе низкоструктурированных (низкоконцентрированных) растворов ГН недостаточно эффективно из-за их быстрой десорбции. Эксперименты на изолированном мочевом пузыре крысы по использованию гидрогелевой композиции (вязкость определялась возможностью проведения инстилляций через катетер) на основе АН и ГН позволили увеличить адгезию ГН к поверхности защищаемого органа и пролонгировать действие как ГН, так и ЛП, введенных в композицию. Десорбцию композиции рассчитывали, как процентное отношение массы биополимера, высвободившегося из композиции, к нанесенному количеству (табл. 1).

Таблица 1.

Десорбция альгинат-гиалуронатных композиций, нанесенных на внутреннюю стенку мочевого пузыря крысы, во внешнюю среду (дистиллированная вода, 37°), % от нанесенного количества, при различном соотношении АН и ГН в биополимере

Время, ч	Процентное соотношение АН/ГН			
	70:30	50:50	30:70	0:100
0,5	13,6	28,8	22,8	92,3
1,0	42,2	35,0	49,4	96,0
1,5	62,7	61,3	60,8	97,0
2,0	69,5	72,0	65,0	98,1

Как следует из данных, представленных в таблице, альгинат-гиалуронатные композиции десорбируются со стенки мочевого пузыря с существенно меньшей скоростью, по сравнению с чистым ГН.

Для визуализации слоя полисахаридной композиции, адгезионно связанного со стенкой мочевого пузыря, использовали анионактивный краситель (C.I.Reactive Blue 21). По окончании эксперимента по десорбции композиции в водную среду подложку с образцом погружали в раствор красителя с концентрацией 0,04% на 30 с, затем ополаскивали в воде и проводили фоторегистрацию. В случае полного удаления полисахарида получали интенсивное синее или сине-зеленое окрашивание. При наличии на поверхности биоматериала адгезионного слоя полисахарида, который сам не окрашивался, но препятствовал доступу красителя к белковому компоненту, получали более светлый образец. Эти данные иллюстрируют степень защиты стенки пузыря полимерной гидрогелевой композицией и согласуются с результатами, представленными в таблице.

Таким образом, полученные данные демонстрируют возможность регулирования адгезии композиции, вводимой в полый орган, на его внутренней стенке путем изменения соотношения компонентов в полимерной смеси.

Технология получения чрезкожных депо-систем на основе биополимеров-полисахаридов для направленной доставки импрегнированных в них лекарств и биологически активных добавок позволит выпускать широкую линейку медицинских изделий, используя отечественное оборудование и не требуя больших капиталовложений. ☺

По материалам компании «КОЛТЕКС» и ООО «Аврора».



Петренко С. Н.,
врач психоневролог,
руководитель проекта «Лечебный Звук AVAILSOUND»,
WWW.AVAILSOUND.COM,
Санкт-Петербург, Россия

НЕЙРОГЕНЕЗИС. НАЧАЛО РАЗГОВОРА О ВОЗМОЖНОСТИ ЗАДЕРЖКИ СТАРЕНИЯ МОЗГА И ТЕЛА. (Немедицинский взгляд на проблему депрессии...)

*Идеи должны распространяться!
Новые идеи — каждый день!*

Можем ли мы, будучи зрелыми людьми, порождать новые идеи?! Имеются разные мнения по этому поводу... Например, из разговора с коллегой-онкологом, выяснилось, что один из его пациентов излечился от рака с помощью хирургической операции, но у него развивается депрессия.

И тогда появилась предположение, имеющее смысл — лекарственные препараты, которые получает пациент, с одной стороны, могут предотвращать размножение раковых клеток, а, с другой стороны, они могут порождать остановку развития мозга и рождения в нём новых нейронов — процесс, называемый «замедлением нейрогенеза».

Долгое время считалось, что рождение новых клеток мозга невозможно, и что они не восстанавливаются. Большинство врачей «старой школы», наблюдая своих пациентов и здоровых людей, по-прежнему придерживаются давно сложившейся системы представлений о том, что количество нейронов головного мозга, данных нам от природы, неизменно, и их количество в процессе жизнедеятельности может только уменьшаться. Но современные актуальные научные исследования, подтверждённые многократными доказательствами, свидетельствуют о том, что количество нейронов на протяжении жизни может меняться, в том числе в сторону увеличения. Может увеличиваться не только их количество само по себе, но и количество их связей — нейросетей, ответственных за передачу, усвоение и хранение информации, осуществление актов движения, чувства и другие специфические свойства человека.

Этот процесс называется нейрогенезом. В отличие от нейрогенеза, существует и другой процесс — нейроапоптоз — старение и умирание нервных клеток.

Современные исследования показывают, что когда нейрогенез превосходит нейроапоптоз, речь идёт о развитии нервной системы, здоровье мозга и тела. И это не зависит от возраста.

Более того, существуют специальные акустические технологии, позволяющие активировать нейрогенез, «тормозить» процессы старения и, более того, омолаживать мозг и тело, восстанавливать ранее утраченные качества — слух, вкус, обоняние, подвижность суставов, быстроту мысли, память, речь, обменные процессы.

Конечно, в каждом случае этот процесс индивидуален, т.к. зависит от индивидуального ресурса. Но, как мы видим из информации выше, этот ресурс есть всегда. Активация нейрогенеза и его восстановление становится возможным, в том числе за счёт применения и сочетания различных нейроакустических (звуковых) технологий.

Этому направлению и возможностям будет посвящена отдельная публикация, которая так и будет называться — «Задержка старения. Методы и возможности нейроакустики». В этой публикации будут освещены возможности профилактики и ранней терапии болезни Альцгеймера, Паркинсона, таких проблем преклонного возраста как: слабоумие, нарушение сна, депрессия и другие. Следите за нашими публикациями (Прим. автора).

Но, продолжим наши размышления о нейрогенезе...

Не наблюдая пациентов, мы бы никогда не узнали, что мозг может порождать новые клетки. Но это стало возможно, как с помощью лабораторных исследований, так и с помощью объективных наблюдений.



Одна из удивительных и фантастических структур мозга — гиппокамп (мозг един, но есть структуры, которые в большей или меньшей степени отвечают за различные процессы и функции). Гиппокамп в переводе на русский язык — это нижний отдел. Собственно все структуры мозга, по большей части, называются в соответствии со своим анатомическим положением. Такой порядок существует для удобства систематизации знаний и представлений.

Гиппокамп — структура, находящаяся в центре мозга, и, как это давно известно, отвечающая за настроение, память, обучение и эмоции. Однако недавно стало известно, это одна из уникальных структур мозга человека, где могут порождаться новые нейроны (Рис. 1).

Гиппокамп получает вводные сигналы практически из всех отделов мозга: из зрительной, обонятельной, вестибулярной, слуховой, тактильной, двигательной и других систем мозга. Гиппокампы обоих полушарий мозга связаны и взаимодействуют.

Гиппокамп очень чувствителен к качеству сна. Недостаток сна производит угнетающее действие на все функции гиппокампа. И нормализация качества сна, достаточная его продолжительность имеют чрезвычайно большое значение. (Во сне, даже кратковременном, происходит синтез нейробелка — нейропептида, миелина, усвоение новой информации и «укладка» ее в тезаурус долговременной памяти и опыта.) И к этому мы ещё вернёмся.

Итак — таинственный гиппокамп... Он не только участвует в нейрогенезе — рождении новых клеток мозга, но и «сотрудничает» с лобной корой больших полушарий мозга, которая отвечает за мотивацию, ориентацию, творчество, применение нового опыта и синтез со старым опытом, моделирование речи, постройку действий, оценку ситуации и пр.

Гиппокамп может «спать», а может быть активным. Его можно активировать, синхронизировать активность гиппокампов левого и правого полушарий. Через гиппокамп можно «тормозить» или активировать деятельность коры больших полушарий, менять физическое состояние и состояние сознания, решать такие серьёзные проблемы, как биполярное расстройство, синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), болезнь Паркинсона, аутизм, состояние хронической усталости, нарушения сна, неврозы, депрессии, улучшение обучаемости, восстановление после травм и операций на мозге, **задержка старения мозга и тела** (этой теме будет посвящена отдельная публикация) и др.

Одно из направлений — нейроакустика — позволяет, действительно, решать множество задач.

Гиппокамп непосредственно связан с ретикулярной фармацией, через которую проходят все черепные нервы и структуры, управляющие функциями «тело-мозг», обменом веществ. Так что теперь мы можем с уверенностью сказать, что от состояния мозга и сознания зависит состояние тела со всеми его многогранными органами и функциями.

Но, вернёмся к нейрогенезу...

Исследования показывают, что в норме человеческий мозг производит, или правильнее сказать, порождает примерно 700 новых нейронов каждый день. И это происходит в глубоких структурах гиппокампа.

Может показаться, что это совсем небольшое количество нейронов, по сравнению с тем, которое имеется во-



Рис. 1. Условное изображение гиппокампа.

обще — миллионы нейронов (!). Но к тому времени, когда возраст человека приближается к 50, происходит полный ренессанс — обмен всех нейронов, с которыми мы были рождены. И это ещё один повод подумать о матрице памяти, которая хранится в сложной белковой молекуле, в которой закодированы все генные сочетания и память о нас — под названием ДНК. Наверное, именно там живёт Бог в каждом из нас...

Почему новые нейроны так важны и какова их функция?!

Во-первых, они важны для обучения и памяти и, в конечном итоге, если заблокировать в мозге взрослого человека способность репродуцировать (создавать) новые нейроны в глубоком гиппокампе, тогда блокируются некоторые возможности памяти. Это особенно важно для способности специального распознавания и опознавания, сопоставления и запоминания. Например, определение дороги в городе, ориентируясь на пространство и пр.

Мы по-прежнему можем узнавать новое, и это важно не только с точки зрения запоминания, но и с точки зрения хранения информации. Но время запоминания информации меняется, а также свойство её различения. Примером может служить то, как мы находим и распознаём свой автомобиль или велосипед на стоянке, среди множества других похожих.

Но вновь обратим внимание на депрессию.

Если рассматривать схематически развитие депрессии на модели гиппокампа то можно заметить низкий уровень нейрогенеза, его замедление. Нейрогенез замедляется.

Исследования показывают, что структуры мозга на фоне депрессии как бы увядают. Уменьшается диэнцефальный

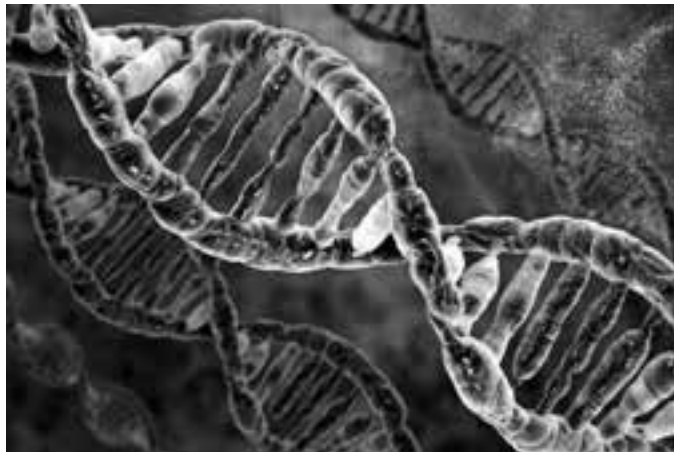


Рис. 2. Условное изображение ДНК

мозг (лимбическая система). Страдают все отделы автономной (вегетативной) нервной системы. Начинаются нарушения иммунитета, обмена веществ, расстройства деятельности органов и систем: пищеварения, сердечнососудистой, дыхательной, выделительной, меняется сознание.

Мышление становится вязким, эмоциональный фон мрачным. Человек как бы глупеет. И это без всякого токсического воздействия. «Просто» депрессия.

Если мы дадим человеку, страдающему депрессией, специальные препараты, которые называют «антидепрессантами», то можем на некоторое время снизить чувство депрессии, и количество нейронов несколько увеличится. Но это не естественный ход событий — это искусственная эксплуатация источников эндорфинов (нейрогормонов, отвечающих за ощущение радости и удовольствия, комфорта) нашего организма, которые так или иначе истощаются или, правильнее сказать, начинают «лениться». Мозг начинает ждать «антидепрессанты» и, в конце концов, впадает в состояние самой настоящей зависимости от них. При этом проблема, послужившая проявлению и развитию такого состояния, как «депрессия», никуда не девается. «Антидепрессанты» ничего не решают и не лечат. Они, «антидепрессанты», закрывают проблему — источник душевной боли и напряжения, собственно, болезненного страха, тоски, тревоги, систематически опьяняя человека и потихоньку лишая его рассудка и воли к изменениям, и, самое главное, лишая возможности к опознаванию причин, послуживших к появлению депрессии.

Современная депрессия многолика. И причины её возникновения многофакторны. Рассмотрению причин и факторов появления депрессии в современном обще-

стве мы уделим отдельное внимание, но важно отметить, что процесс этот принимает форму эпидемии.

Надо чётко понимать, что «лечение» состояния депрессии с помощью «антидепрессантов» есть прямой путь к зависимости и скудоумию или слабоумию, импотенции, снижению репродуктивных возможностей, угнетению функций тела. Так как установлен чёткий коррелят: если сначала от антидепрессантов наступает некоторое облегчение, нейрогенез несколько увеличивается, то потом постепенно, неизбежно развивается угнетение нейрогенеза — ослабление памяти и внимания, иммунодепрессия — угнетение иммунитета, энцефалопатия, тело становится скованным и т.д.

«Депрессию» называют «болезнью», но это не так. Депрессия — это именно состояние. И, в первую очередь, состояние сознания. Конечно, развитие депрессивного состояния могут инициировать информационные потоки (это отдельная тема), бытовые яды, содержащиеся в алкоголе и никотине, в продуктах питания. Депрессивное состояние могут инициировать социальная среда и семейные обстоятельства, утрата, изоляция и т.д. У депрессивного расстройства, на первый взгляд, может быть, казалось бы, много причин, но главная и основная причина — это состояние сознания и мозга как органа. Стар ваш мозг или молод, он всегда имеет свой ресурс для нейрогенеза. Ему всегда можно и нужно помогать быть умнее и продуктивнее. И делать это можно с помощью разных способов.

И об этом мы поговорим в следующей публикации. ☞

Продолжение следует...

НОВОСТИ

Врачебное окружное объединение Мюнхена (ÄKBV) провело опрос среди 1800 медиков, работающих в столице Баварии. По результатам исследования выявлены большие различия в оценке успешности сочетания профессиональной и личной жизни у врачей разного пола. Только 7% мюнхенских врачей-мужчин оказались весьма довольны таким сочетанием, тогда как у женщин этот показатель — втрое выше: 21%.

Примерно половина врачей согласилась, что работа медика в принципе совместима с личной жизнью. Среди мужчин этот показатель оказался выше. Из-за необходимости воспитывать детей женщины-врачи часто отказываются от своей работы. Также исследование показало, что медики, работающие в больнице, гораздо меньше удовлетворены своей личной жизнью, чем частнопрактикующие врачи. 80% медиков хотели бы участвовать в составлении своего рабочего расписания, но только 17% реально могут себе это позволить.

Женщины, работающие в индустрии здравоохранения, зарабатывают в разы меньше, чем их коллеги мужского пола. К такому выводу пришли американские исследователи, проанализировав показатели средней заработной платы медиков, практикующих в Штатах. Полученные учеными результаты доступны для ознакомления на страницах научного журнала Medical Journal.

Исследователи обнаружили в доходах врачей существенные расхождения, обусловленные полом медперсонала. В то время как годовой доход американских мужчин-медиков составляет в среднем \$ 52 тысячи, женщины-врачи зарабатывают за год не больше \$ 34 тысяч. Перевес в сторону сильного пола был зафиксирован по 11 из 13 проанализированных направлений медицины.

«Медики женского пола ежегодно зарабатывают в среднем на \$ 18 тысяч меньше, чем мужчины тех же специальностей. Это очень яркое свидетельство гендерного неравенства, борьба с которым осуществляется в основном лишь на бумаге», — с нескрываемым возмущением комментируют эксперты представленные статистические данные.

Правительство США действительно предприняло целый ряд шагов, направленных на ликвидацию существующей разницы в оплате труда отдельных категорий медицинских работников. Такая дискриминация по половому признаку и по некоторым направлениям специальности неизменно фиксируется в стране на протяжении десятилетий.

Чтобы ликвидировать эту несправедливость, эксперты советуют пересмотреть коэффициенты зарплат среди мужчин и женщин, отдача которых профессии, как правило, никоим образом не зависит от пола.

Источник: http://www.medikforum.ru/news/medicine_news/



От редакции. Ввиду актуальности темы, мы повторяем статью нашего постоянного автора, замечательного психолога А. К. Суворова, опубликованную в журнале «Пятиминутка» более трех лет назад.



А. К. Суворов,
психолог, г. Санкт-Петербург,
тел. +7-904-633-61-82, e-mail: asoborov@mail.ru

ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ВАМПИРИЗМ

Человек в процессе жизни постоянно на разных уровнях обменивается энергией с окружающей средой, т.е. отдает ее и получает. Отдавать энергию естественно и также естественно ее получать. Если бы человек был закрытой системой, он бы не смог жить в мире. Другое дело — какую энергию отдавать и какую получать. К примеру, вы едете в транспорте и чувствуете, что у вас кто-то «отсасывает» энергию. Или родные «вытягивают» вашу энергию. Часто бывает, что пожилые люди, у которых «каркас» уже разваливается, просто, «вампируют» или «забирают» энергию у собак, кошек, детей, врачей, которые к ним приходят и т.п.

Что делать в таком случае? Казалось бы, не отдашь энергию — человеку будет очень плохо, он может обидеться, а отдашь — самому потом надо долго восстанавливаться, можно даже заболеть. Как же решается эта проблема? Двумя способами: если нами руководит жалость, мы как бы говорим себе: «Ладно, бери, пусть мне тоже будет плохо, умрем вместе»; если же нами руководит сострадание, мы реагируем по-другому: «Ты просишь у меня энергию? Хорошо, я спрашиваю свою интуицию, нужно давать тебе энергию или не нужно. Если высшее сознание советует отдать тебе энергию, я отдаю. Но я делаю это сознательно. Это мое решение, и энергия идет именно та, которая нужна конкретно этому человеку». Эта энергия ко мне очень быстро вернется и восстановится, потому что я совершаю сознательное и духовное действие в отличие от варианта, когда у нас «сосят» энергию незаметно. Тогда мы теряем не ту энергию, которую можем отдать, а ту, которая нам самим необходима.

В нашем организме есть несколько видов энергии. Скажем, энергию, выходящую из рук, мы можем отдавать, а энергию, накопленную в нашем животе, отдавать нельзя, эта энергия крайне необходима нашему организму, она его «НЗ». Если мы отдаем специально выработанную нами энергию, мы не разрушаемся и почти не устаем. Поэтому проблема энергетического вампиризма решается так: если вы чувствуете, что надо отдать энергию — отдайте, но сознательно, а если вы чувствуете, что у вас отнимают, крадут энергию, это надо уметь пресекать.

Пресекать утечку энергии можно двумя способами:

1. Можно ставить всевозможные защитные барьеры и «колпаки», как обычно советует большинство экстрасен-

сов. Только почему-то они не объясняют, как при этом человек будет общаться с миром. Также советуют мысленно обрубить присоски вампиров «энергическим топором». В этих случаях мы не понимаем глубоко, что происходит, и испытываем негативные эмоции к «вампиру», которые при этом усиливаются.

2. Лучший способ заключается в том, чтобы отдавать энергию человеку, если вы чувствуете, что он у вас ее берет, но не из того места, откуда он «высасывает», а откуда, откуда вы можете дать. Тогда и человеку станет лучше, потому что вы отдаете ему лучшую энергию, насыщенную намерением, которое вы туда вложили, а не ту, которую он пытался у вас «изъять» из необходимых вам запасов. Одновременно вы осознаете, для чего вы даете свою энергию. Не для того, чтобы поддержать эгоизм этого человека, а чтобы дать ему шанс измениться к лучшему.

Иногда вы чувствуете, что какой-то человек испытывает к вам интерес, что-то ему нужно от вас, а вы, может быть, устали в этот момент, вам не интересно с ним, у вас какие-то срочные дела... Но ваша интуиция вам подсказывает, что ему нужно помочь, и вы начинаете ему помогать. И поскольку вы все делаете правильно, ваша энергетика резко повышается. Вы включаетесь в общий энергетический поток и уже отдаете не свою энергию, а энергию космоса, намерения, общемирового поля и т.д. Вы чувствуете удовлетворение, вам хорошо, потому что вы все сделали правильно. Только при этом не следует думать и говорить: «Какой я замечательный, пусть теперь мне платят за это чем-нибудь...».

Вы постоянно должны опираться на свою интуицию. Если вы чувствуете, что человек уже может сам восстанавливаться, то нужно ему объяснить, по какой причине ему не хватает энергии. То есть ваша подпитка не должна стать для него постоянной «кормушкой». Хотя, в принципе, такая отдача энергии для вас очень положительна: во-первых, она сознательна, во-вторых, с намерением и развивает ваши способности, в-третьих, энергия на это идет свыше. Вы не только почти не тратите своей энергии, а наоборот, становитесь мощным энергоканалом, проводником Высшей Воли.

Некоторые люди не любят ходить туда, где случилась беда, несчастье, потому что там нужно тратиться. Лю-

ди предусмотрительно чувствуют, что когда у человека какие-то беды, ему не хватает энергии, значит, ему нужно сочувствовать, отдавать что-то. Многие боятся этого. А другие, наоборот, чувствуют, что их миссия — отдавать людям хорошую энергию, свою любовь и доброжелательность. Они выбирают профессию врача, медсестры, социального работника. Они приходят к людям, отдают им свою энергию, и люди начинают лучше себя чувствовать, становятся спокойнее, радостнее, увереннее, здоровее. Это происходит потому, что энергия им отдается сознательно и с положительным чувством.

Людям, имеющим такие профессии, **следует контролировать процесс отдачи энергии, чтобы не растратить себя. Когда человек работает с людьми, он должен знать, что он может потерять энергию. Поэтому ему нужно уметь защищаться и восстанавливаться.** Можно применять мантры. Пообщался с человеком, после этого сделал очистительную мантру «ХА!» или «ОХ!», сбросил все, пошел дальше.

Иногда некоторые люди думают о себе с гордостью: «Я помог человеку, я такой хороший и добрый» или же: «Я такой добрый, а он мне не дал денег», и в результате у них на это уходит много энергии. **При правильном настроении помощи людям энергетический потенциал повышается. Вы все время помогаете им хотя бы своим настроением и сами от этого становитесь сильнее.**

Наверное, вы замечали, что когда к вам приходит человек с какой-то проблемой, и вы начинаете ему активно помогать советами, делиться энергией, ваше настроение вдруг резко повышается (хотя до этого оно, может быть, было средне обычным), вы сами становитесь радостным и бодрым. Почему? Потому что через вас стала проходить мощная энергия, вы активизировались на доброе дело. **Поэтому помогать людям надо.** Люди с утечкой энергии любую работу воспринимают, как наказание, как тяжесть (физическую, энергетическую, моральную). А вообще-то **для нормального полноценного человека работа — это благо, потому что любая работа заряжает энергией и радостью.**

Почему долгожители долго живут? Один из принципов долгожительства — потеть каждый день, чтобы кровь активно циркулировала. Если человек будет кутаться, прятаться, избегать любого труда, его организм будет в состоянии застоя. А жизнь, наоборот, — это обмен энергией, активное состояние. Поэтому отдавать энергию надо. От этого ваша собственная энергетика будет развиваться.

А иначе за счет чего она может развиваться? За счет еды, за счет накопления? Много не накопишь. **Энергию надо пропускать через себя. Мы можем стать рекой, потоком, который идет с большой интенсивностью к кому-то на помощь.** Но просто подарить человеку хорошее настроение, поддержать его — это самый начальный этап помощи. Вы поддержали человека, а проблемы-то его не решились. Серьезные проблемы надо решать в разговоре с ним, анализируя причины их возникновения, чтобы человек начал сам развиваться, думать, захотел измениться. Интуиция сама вам все подскажет, нужно только к ней постоянно обращаться за советом.

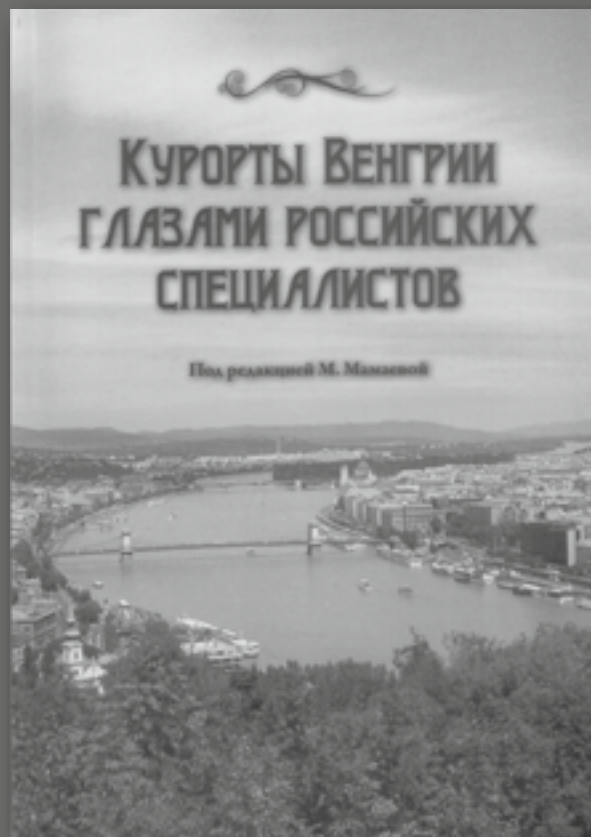
О курортах Венгрии, о лечебных и оздоровительных программах, показаниях и противопоказаниях для санаторно-курортного лечения, а также о достопримечательностях Венгрии вы можете узнать в книге

«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



Уважаемые коллеги!

**Приглашаем принять участие в научно-практическом семинаре
с программой оздоровления и отдыха:**

Шопрон — средневековый оазис на границе Венгрии и Австрии

09–16 декабря 2017 года

в г. Шопрон, Венгрия — самом средневековом городе страны

В программе:

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

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

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

Делегаты проживают в одном из наиболее уютных отелей самого средневекового венгерского города Шопрон, расположенного на границе с Австрией — **Hotel Lövér***superior** с велнес-зоной (бассейн, джакузи, сауны), с центром красоты и тренажерными залами. Отель расположен в лесопарковой зоне.

В отеле созданы все условия для пребывания с детьми.

В свободное время (по желанию) предлагаются экскурсии с посещением старинных венгерских замков, дегустацией вин, блюд национальной кухни, концертными программами, и экскурсии в Австрию, включая Вену, а также лечебные и оздоровительные программы в отеле и городской термальной купальне, выезд в аквапарк, курорты Балф, Бюкфюрдо, поездка в Пандорф (Австрия) за покупками, а также на дегустацию вина и т.д.

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

**Заявку на участие можно отправить на e-mail: stella-mm@yandex.ru
с пометкой «Поездка в Шопрон — 17»**

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



**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ
ГОМЕОПАТИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
РОССИЙСКОЕ
ГОМЕОПАТИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО
ЦЕНТР ГОМЕОПАТИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

**Приглашаем Вас принять участие в XXVII научно-практической
конференции с международным участием**

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГОМЕОПАТИИ»

**которая состоится в Санкт-Петербурге 16–17 июня 2017 г.
по адресу Невский проспект, 86 (Дом актера),
станция метро «Маяковская», «Площадь Восстания».
Начало конференции в 10.00. Начало регистрации в 9.00.**

Вход свободный

Программа конференции включает следующие разделы:

- Классическая гомеопатия
- Гомеопатический метод в клинической практике
- Гомеопатия и электропунктура
- Гомеопатия в системе реабилитационных и оздоровительных мероприятий
- Актуальные проблемы гомеопатической фармации
- Гомеопатия в ветеринарной медицине
- Гомотоксикология
- Актуальные вопросы антропософской медицины
- Геммотерапия (фитоэмбриотерапия)

**По вопросам участия обращаться:
192171, С.-Петербург, ул. Полярников, 15
Тел.: (812) 560-00-77. Факс: (812) 560-00-12
E-mail: ch@lek.ru
<http://www.homeopathy.spb.ru>**



От редакции. Ранее в нашем журнале мы представили читателям целителя из Таджикистана Пахлавона Кучкова (см. «Пятиминутка» № № 5, 6—2015 г.). Его методы исцеления тесно связаны с его религией и включают чтение «Корана», молитвы. Многие из того, что остается невидимым для обычного человека, видят такие люди, как Пахлавон. Видят, чувствуют, улавливают малейшие признаки витающей в пространстве информации... На этот раз в нашей беседе мы затронули вопросы, которые традиционно задаем народным целителям.

НЕПРОСТАЯ МИССИЯ...

— Пахлавон, Вы, как и другие целители, обладающие даром от природы, не сразу поняли, что ЭТО ТАКОЕ и как с ЭТИМ обращаться. Как Вы считаете, надо ли людям, обладающим даром ясновидения, людям с таким обостренным чутьем, чему-то учиться у других, т. е. «развивать свой дар»?

— Да, Вы правы, я сразу не понял откуда это, что это, как с этим быть... Для меня это было не понятно. Но ранее я уже говорил, что путь к целительству был для меня непростым. А вот по поводу того, надо ли у кого-то учиться и развивать этот дар, думаю, что если есть дар, то можно и нужно его развивать. А учиться тоже можно, но аккуратно подходить к этому вопросу. Есть человек, которого я считаю своим Учителем. Но так сложилось, что сама Судьба меня с ним свела. Специально я ничего не предпринимал и никого не искал.

— Сейчас много «курсов» и «школ», где самых разных людей, не имеющих, казалось бы, никаких особенных способностей, обучают экстрасенсорике, «духовным практикам» и даже целительству. Как Вы к этому относитесь?

— Я думаю, что если Богом не дано, то лучше не надо таким вещам учиться специально. Ведь на самом деле это очень тяжелое бремя — быть целителем, брать на себя ответственность за здоровье и благополучие человека. Это по сути миссия, данная свыше. Помните фильм «Зеленая миля»? Так что подобными инициативами человек может сам себе навредить.

— Распространены ли альтернативные методы исцеления — назовем это так — на Вашей Родине, в Таджикистане? И насколько распространены? Как это соотносится с официальной медициной и психологией?

— Да, у нас это очень распространено. И медицина в Таджикистане (конечно, не вся и не повсеместно) признает альтернативные методики и целителей. Более того, сами медики обращаются нередко к целителям за помощью, никто этого не стесняется. Просто, это в порядке вещей. Не могу сказать, конечно, что официальная власть это признает и приветствует. Но ведь в России тоже целителей не жалуют... Тем не менее, люди обращаются, получают помощь, информация распространяется, несмотря на все запреты и неприятие на официальном уровне.

— А как относятся к целителям представители религии в Таджикистане?

— Религия всегда одобряла целительство. И до сих пор все знают, что в старину сам Мухаммед и другие ученые



пользовались «Кораном» в лечебных целях или для улучшения благосостояния и дел.

— Как Вы считаете, надо ли целителю обладать знаниями по медицине? И если да, то в какой степени?

— Было бы отлично, если бы каждый целитель еще обладал бы и медицинскими знаниями, ведь знание лишнее или не нужное не бывает. Но, к сожалению или к счастью, большинство бабушек и дедушек, которые родились и выросли в «глубинках», не имеют вообще никакого образования, но лечат разные недуги, благодаря своим природным способностям, причем, лечат очень удачно и ставят диагнозы без ошибок.

— Приведите примеры чудесных исцелений из Вашей личной практики, что Вас самого удивило. Могли бы там помочь врачи? И если нет, почему?

— Приведу два примера, мой первый наставник из Узбекистана вылечил девушку, которой не смогли помочь обычными медицинскими методами. Второй мой наставник вылечил женщину, когда врачи практически опустили руки и уже думали, что ее скоро не станет, и через три месяца, когда она пришла к врачу, тот был удивлен, что она еще жива. Еще больше он удивился, что она стала здоровым человеком.

А вот в моей личной практике было несколько, действительно, удивительных случаев, причем, также удивительно похожих друг на друга. Ко мне обращались бесплодные пары, отчаявшиеся и потерявшие надежду иметь детей. Медицина помочь ничем не могла. После молитв через пару месяцев обычно они приходили радостные с сообщением о долгожданной беременности.

— Надо ли официальной медицине прислушиваться к целителям и сотрудничать? Или эти две сферы должны существовать самостоятельно и не пересекаться? А люди сами найдут дорогу, куда им идти?

— Будет очень хорошо, если эти две сферы станут официально и серьезно сотрудничать, и будут идти бок о бок. К счастью, на мой взгляд, все идет к этому. Но даже если кто-то не верит в способности целителей и не хочет к ним обращаться, жизнь сама подскажет, надо или не надо менять свое мнение, или, просто, покажет дорогу...



Беседу вела М. Мамаева

Продолжение следует...

ФОРУМЫ И КОНФЕРЕНЦИИ 2017

Место проведения: бизнес-центр отеля «Парк Инн Пулковская»,
г. Санкт-Петербург, пл. Победы, 1, ст. метро «Московская»

В рамках всех Форумов и Конференций проводятся:
Школа повышения квалификации врача-педиатра, Школа по нутрициологии и гастроэнтерологии,
Школа по детской пульмонологии, Школа по детским инфекционным болезням

12–13 сентября 2017 года



IX Российский Форум с международным участием «ПЕДИАТРИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА: ОПЫТ, ИННОВАЦИИ, ДОСТИЖЕНИЯ»

Сателлитные мероприятия в рамках Форума:

- VIII научно-практическая конференция «Высокотехнологичная медицинская помощь в педиатрии»
- VIII региональная научно-практическая конференция «Современная терапия и эффективная профилактика детских инфекций»
- IX Научно-практическая Конференция «Здоровье и образ жизни учащихся в современных условиях: взгляд врача и педагога». Посвящается Всемирному дню учителя

9–10 ноября 2017 года



XII Российский Форум с международным участием «ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ С РОЖДЕНИЯ: МЕДИЦИНА, ОБРАЗОВАНИЕ, ПИЩЕВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2017»

Посвящается Дню матери

Сателлитные мероприятия в рамках Форума:

- Общественные слушания: «Здоровые дети – здоровая нация»
- Школа практического педиатра по рациональному вскармливанию ребенка первого года жизни
- Школа по рациональному вскармливанию детей с пищевой аллергией и пищевой непереносимостью
- Дискуссионный клуб «Вопросы рационального и сбалансированного питания взрослого и пожилого человека»
- Дискуссионные клубы о качестве продуктов питания

13–14 декабря 2017 года



IX Российская научно-практическая конференция с международным участием «АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ И ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ – ПРОБЛЕМА XXI ВЕКА. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2017»

Совместно с ФГАУ «Научный центр здоровья детей»

В рамках Конференции будут проведены:

- Школа по детской пульмонологии
- Школа по аллергологии и иммунологии
- Школа по детской кардиологии и ревматологии
- Школа по детской и подростковой дерматологии, косметологии
- Рабочее совещание по проблемам аллергологии, иммунологии и вакцинопрофилактики в педиатрии

В рамках Форумов и Конференций издаются сборники научных трудов с их размещением в научной электронной библиотеке E-library и Российском индексе научного цитирования (РИНЦ).

[HTTP://WWW.PEDIATRIYA-SPB.RU/](http://www.pediatrinya-spb.ru/)

Уважаемые коллеги!

Приглашаем принять участие в международной научно-практической конференции:

Альтернативная медицина. Возможности сотрудничества медицины народной, природной и классической

03-10 февраля 2018 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 — 2018».

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